



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA
C.N.P.J. 53.638.649/0001-07

e-mail: comprasparaguacu@yahoo.com.br home page: www.hospitalparaguacu.com.br

Rua Caramuru, 568 - Caixa Postal 150 fone: 18-3361-1133 fax: 18-3361-1812
CEP 19700-000 - Paraguaçu Paulista – SP

MANUAL ORGANIZACIONAL

CLÍNICA MÉDICA



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA
C.N.P.J. 53.638.649/0001-07

e-mail: comprasparaguacu@yahoo.com.br home page: www.hospitalparaguacu.com.br

Rua Caramuru, 568 - Caixa Postal 150 fone: 18-3361-1133 fax: 18-3361-1812
CEP 19700-000 - Paraguaçu Paulista – SP

Manual organizacional

Pronto atendimento

Elaborado por:	Data de elaboração	Data de validação CCIH
Carla Andrade Silva	09/11/2015	09/11/2015
Atualizado por:	Data da atualização	Data de validação CCIH
Carla Andrade Silva	15/03/2018	15/03/2018
Lygia Priscila V. de Andrade	11/08/2020	



Índice

1. INTRODUÇÃO.....	Pág.02
2. FINALIDADE	Pág.03
3. CONCEITUAÇÃO UTILIZADA NESTE DOCUMENTO.....	Pág.04
4. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL.....	Pág.05
4.1 Organograma.....	Pág.05
4.2 Atribuições do Serviço.....	Pág.06
4.3 Objetivos e Finalidades.....	Pág.06
4.4 Descrição física da área.....	Pág.06
5. RECURSOS.....	Pág.07
5.1 Recursos Humanos.....	Pág.07
5.1.1 Quadro de pessoal e Escala de Serviço.....	Pág.07
5.1.2 Descrição de Cargo.....	Pág.07
5.2 Recursos materiais.....	Pág.10
5.2.1 Materiais permanente.....	Pág.10
6. IMPRESSOS.....	Pág.11
7. RELATÓRIOS.....	Pág.12
7.1 Relatórios Emitidos.....	Pág.12
7.2 Relatórios Recebidos.....	Pág.13
8. NORMAS ESPECÍFICAS.....	Pág.14
Norma para Anotação de Enfermagem 001.....	Pág.15
Norma para Equipe Multidisciplinar 002.....	Pág.16
9. ROTINAS OPERACIONAIS.....	Pág.17
Rotina de admissão de pacientes 001.....	Pág.18
Rotina de passagem de plantão 002.....	Pág.20

Rotina de anotação de enfermagem 003.....	Pág.21
Rotina de conferência de materiais 004.....	Pág.22
Rotina de entrega de materiais contaminados na central de materiais 005.....	Pág.23
Rotina de solicitação e encaminhamento do paciente para raio x 006.....	Pág.24
Rotina solicitação e encaminhamento do paciente para tomografia 007.....	Pág.25
Rotina de cirurgia para paciente internado e encaminhamento para centro cirúrgico 008.....	Pág.26
Rotina de cuidados no pós-operatório 009.....	Pág.27
Rotina de solicitação de especialidade 010.....	Pág.28
Rotina para inserir paciente na CROSS 011.....	Pág.29
Rotina para coleta de exames laboratoriais 012.....	Pág.30
Rotina de solicitação de hemocomponentes 013.....	Pág.31
Rotina de preenchimento de notificação compulsórias e agravos 014.....	Pág.33
Rotina de preenchimento de não conformidades 015.....	Pág.34
Rotina de preenchimento de alta a pedido 016.....	Pág.35
Rotina de óbito 017.....	Pág.36
10. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS.....	Pág.37
Admissão do paciente 001.....	Pág.38
Anotação de enfermagem 002.....	Pág.39
Alta do paciente 003.....	Pág.41
Administração de medicamentos via auricular 004.....	Pág.42
Administração de medicamentos via cutânea 005.....	Pág.43
Administração de medicamentos via endovenosa 006.....	Pág.44
Administração de medicamentos via inalatória 007.....	Pág.45
Administração de medicamentos via intradérmica 008.....	Pág.46
Administração de medicamentos via intramuscular 009.....	Pág.47
Administração de medicamentos via nasal 010.....	Pág.48
Administração de medicamentos via ocular 011.....	Pág.49

Administração de medicamentos via oral 012.....	Pág.50
Administração de medicamentos via retal 013.....	Pág.51
Administração de medicamentos via sublingual 014.....	Pág.52
Administração de medicamentos via vaginal 015.....	Pág.53
Administração de medicamentos via SNE 016.....	Pág.54
Administração de dieta por SNE 017.....	Pág.55
Administração de alimentos 018.....	Pág.56
Aspiração de Vias Aéreas Superiores 019.....	Pág.57
Aspiração traqueal de pacientes intubados e traqueostomizados sistema aberto 020.....	Pág.59
Arrumação da cama 021.....	Pág.62
Banho no leito 022.....	Pág.65
Banho no chuveiro 023.....	Pág.67
Bolsa de água quente 024.....	Pág.68
Bolsa de gelo 025.....	Pág.69
Cateter venoso central 026.....	Pág.70
Coleta de ponta de cateter venoso central para cultura 027.....	Pág.72
Compressa de gelada 028.....	Pág.73
Compressa quente 029.....	Pág.74
Curativo cateter venoso central 030.....	Pág.75
Curativo de traqueostomia 031.....	Pág.76
Curativos 032.....	Pág.77
Curativo de ferida cirúrgica limpa 033.....	Pág.80
Colocar e retirar comadre 034.....	Pág.81
Colocar e retirar papagaio 035.....	Pág.82
Cuidados com o corpo pós morte 036.....	Pág.83
Drenagem de tórax 037.....	Pág.84
Exame de eletrocardiograma 038.....	Pág. 86

Gasometria 039.....	Pág.87
Higiene das mãos 040.....	Pág.89
Higienização pessoal e oral 041.....	Pág.90
Higiene das mãos e pés 042.....	Pág.92
Higiene íntima feminina 043.....	Pág.93
Higiene íntima masculina 044.....	Pág.94
Irrigação contínua 045.....	Pág.95
Lavagem intestinal 046.....	Pág.96
Massagem de conforto e hidratação 047.....	Pág.97
Mudança de decúbito 048.....	Pág.98
Nebulização contínua 049.....	Pág.100
Oxigenioterapia 050.....	Pág.101
Passar paciente do leito para maca e vice e versa 051.....	Pág.102
Posições do corpo 052.....	Pág.103
Preparo do paciente no pré-operatório 053.....	Pág.106
Punção venosa 054.....	Pág.108
Sentar paciente em cadeira comum ou de rodas 055.....	Pág.110
Sondagem Nasoenteral 056.....	Pág.111
Sondagem Nasogástrica 057.....	Pág.113
Sondagem Vesical de Alívio Feminino 058.....	Pág.115
Sondagem Vesical de Alívio Masculino 059.....	Pág.117
Sondagem Vesical de Demora Feminina 060.....	Pág.119
Sondagem Vesical de Demora Masculina 061.....	Pág.122
Tricotomia 062.....	Pág.125
Troca de Bolsa de Ostomia 063.....	Pág.126
Verificação dos sinais vitais: Temperatura axilar 064.....	Pág.128
Verificação dos sinais vitais: Pulso periférico 065.....	Pág.130

Verificação dos sinais vitais: Frequência respiratória 066.....	Pág.132
Verificação dos sinais vitais: Pressão arterial 067.....	Pág.134
Verificação dos sinais vitais: Peso 068.....	Pág.137
11. REFERÊNCIAS.....	Pág.138



1. INTRODUÇÃO

A estrutura organizacional da Santa Casa de Misericórdia de Paraguaçu Paulista tem a responsabilidade formal de estabelecer as relações funcionais e pessoais da empresa. Este Regimento Interno tem como objetivo estabelecer normas, procedimentos e demais elementos operacionais necessários à administração adequada dos setores que compõem a instituição. Trazendo consigo a finalidade de elaborar, planejar e coordenar as atividades a serem desenvolvidas através de projetos com maior ou menor complexidade e interdependentes entre os setores: administrativos, técnicos e apoio, designando líderes de departamentos a desenvolver os trabalhos frente aos seus colaboradores.



2. FINALIDADE

A Unidade de Clínica Médica presta assistência médica hospitalar a pacientes internados. E a Clínica Cirúrgica atende ao paciente pré e pós cirúrgico. Tem como objetivo:

- Promover para a clientela do hospital, assistência de enfermagem integral e contínua, de forma sistematizada;
- Assegurar meios e condições necessárias para a promoção e/ou manutenção de elevado nível na qualidade da assistência de enfermagem;
- Fornecer os recursos humanos necessários ao desenvolvimento das atividades técnicas, científicas e administrativas, no âmbito de enfermagem;
- Proporcionar recursos materiais, permanente e de consumo, necessários ao desenvolvimento das atividades de enfermagem e zelar pela adequada utilização dos mesmos;
- Propiciar as condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho em equipe e de integração com os órgãos componentes da estrutura da Santa Casa de Misericórdia de Paraguaçu paulista.



3. CONCEITUAÇÃO UTILIZADA NESTE DOCUMENTO

SNE- Sonda Nasoenteral

SVD- Sonda Vesical de Demora

CME- Central de Material de Esterilização

SND- Serviço de Nutrição Dietética

RX – Raio X

DRS- Diretoria Regional de Saúde

CRM- Conselho Regional de Medicina

CROSS- Central Regional de Oferta dos Serviços de Saúde

RG- Registro Geral

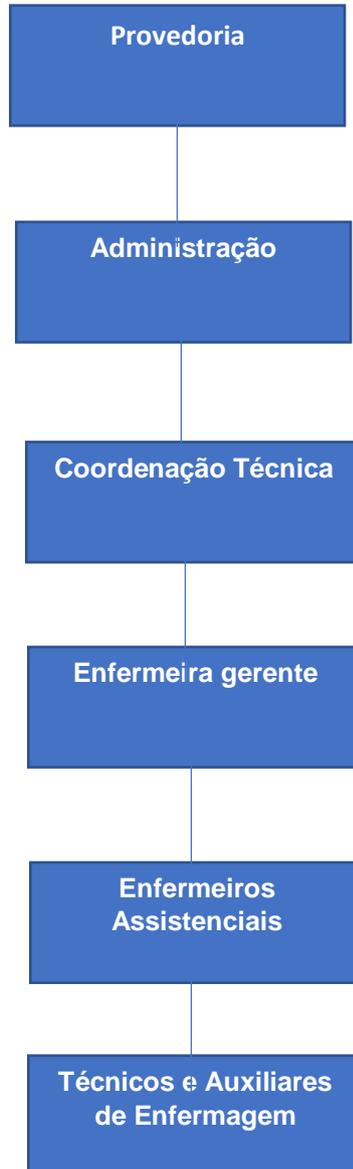
SUS- Sistema Único de Saúde

F.A.A- Ficha de Atendimento Ambulatorial



4. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

4.1 Organograma





4.2 Atribuições do serviço

No serviço clínico e cirúrgico tem como competência:

- Atender todos pacientes internados para tratamento.
- Manter a unidade preparada para atendimento de rotina ou qualquer emergência.
- Interagir com a equipe médica e outros profissionais visando o melhor atendimento ao paciente.

4.3 Objetivos e finalidades

Garantir a agilidade e a humanização no atendimento. Acompanhar a melhora e evolução de pacientes, desde o momento de entrada até sua alta ou transferência para outra unidade hospitalar.

4.4 Estrutura física

A planta física encontra-se na Administração.



5. RECURSOS

5.1 Recursos Humanos

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

5.2 Quadro de pessoal e escala de serviço

Ver anexo I – Escala

5.2.1 Descrição do cargo

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO:

- Desenvolver ações que facilitam a integração entre os profissionais de enfermagem;
- Favorecer a integração entre a Unidade e a coordenação da enfermagem;
- Garantir a implementação do Manual de Normas e Rotinas do serviço de enfermagem elaborados pela Coordenação de Enfermagem;
- Manter atualizada junto ao COREN-SP a relação de profissionais de enfermagem que atuam na sua Unidade;
- Viabilizar aos profissionais de enfermagem treinamento sistematizados, proporcionando um melhor desenvolvimento de suas atividades;
- Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades dos usuários conforme plano de ações da equipe de saúde e suas atividades;
- Desenvolver ações de promoção a saúde, conforme plano de ação da equipe, por meio de atividades educativas, do estímulo a participação e do trabalho intersetorial, visando a melhoria da qualidade de vida da população;
- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas as situações de risco;
- Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população, conforme o planejamento da equipe de saúde;
- Desenvolver monitoramento dos indicadores de saúde, avaliando impacto das ações de planejamento.



ENFERMEIRA GERENTE

- Supervisionar a área de trabalho sob sua responsabilidade;
- Avaliar os cuidados de enfermagem prestados pela equipe de enfermagem em relação à técnica, higiene, ordem do ambiente;
- Manter a disciplina da equipe em relação ao comportamento, faltas e atrasos;
- Convocar reuniões com os funcionários do setor, para análise do serviço, métodos de trabalho, falhas técnicas, sociabilidade, transmissão de ordens superiores, avisos, informação sobre mudanças de rotina;
- Analisar e encaminhar soluções para problemas relacionados com funcionários, materiais e equipamentos;
- Participar de reuniões com a Gerência de Enfermagem e com a Equipe Interdisciplinar;
- Realizar treinamento de servidores recém-admitidos ou transferidos para esta unidade;
- Orientar os enfermeiros assistenciais, auxiliares de enfermagem e outros funcionários em suas necessidades, dificuldades, dúvidas, inexperiência profissional e assuntos relacionados com o RH (recursos humanos);
- Elaborar escala de plantão, folgas e férias;
- Manter entrosamento com o corpo clínico e com os serviços auxiliares do hospital.

ENFERMEIRA ASSISTENCIAL

A enfermeira planeja, orienta, supervisiona e coordena ações de enfermagem visando prevenção, promoção, reabilitação e assistência à Saúde assistindo aos usuários como um todo; O atendimento é feito por Triagem com Classificação de Risco, priorizando o atendimento de Urgência e Emergência;

São suas atribuições:

- Elaborar diagnóstico situacional e plano de trabalho do serviço de enfermagem;
- Garantir cumprimento do regimento do serviço de enfermagem, e protocolos de normas e rotinas assistenciais;
- Atuar de acordo com as diretrizes, normas e rotinas estabelecidas pela instituição;



- Integrar a equipe de saúde, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando à promoção, prevenção e reabilitação da saúde da comunidade;
- Participar de reuniões, rodas e oficinas, na instituição e setor quando convocada ou convidado;
- Realizar trabalho em conjunto com equipe multidisciplinar;
- Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho no atendimento às Urgências e Emergências e a toda população atendida.
- Atuar no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de Urgência e Emergência;
- Desenvolver ações de promoção da saúde, conforme plano de ação da equipe, por meio de atividades educativas, e estimular a participação de toda equipe de trabalho, visando a melhoria no atendimento e na qualidade de vida da população;
- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas as situações de risco para população conforme plano de ações;
- Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população, conforme planejamento da enfermagem;
- Desenvolver monitoramento dos indicadores de saúde, avaliando impacto das ações e planejamento;
- Supervisionar diariamente o setor e as ações desenvolvidas pelo técnico e auxiliar de enfermagem proporcionando a educação em serviço;
- Observar procedimentos de biossegurança;
- Observar e orientar o descarte de material perfuro cortante;
- Garantir privacidade do usuário;
- Receber e passar o plantão;
- Realizar conferência de materiais, medicamentos e equipamentos existentes na unidade de serviço, constar em relatório;
- Conferir kits da sala de emergência a cada plantão;
- Registrar todos e qualquer procedimento realizado nos pacientes na F.A.A ou prontuário, devendo constar data, hora, assinatura e carimbo;



- Passar plantão com todos os equipamentos testados e limpos;
- Administrar e/ou supervisionar as administrações de medicamentos;
- Efetuar as coletas de exames, quando necessário;
- Atuar juntamente com plantonistas e residentes durante as intercorrências;
- Identificar os casos de urgência e emergência priorizando e direcionando a assistência de enfermagem;
- Orientar, avaliar e supervisionar a limpeza e desinfecção dos materiais e equipamentos, realizadas pelo auxiliar de enfermagem;
- Fazer pedidos de farmácia, manutenção e/ou almoxarifado, conforme cota pré-estabelecida;
- Registrar em livro de relatório de enfermagem, todas as intercorrências relativas ao plantão;
- Fazer controle dos psicotrópicos e do carrinho de emergência em todos os plantões.

Observações:

- Todos os colaboradores que atuam neste setor são treinados e orientados quando e como desenvolver suas funções.

5.3 Recursos Materiais

5.3.1 Materiais Permanentes

1.	Carrinho de emergência	01	9.	Ramper	03
2.	Desfibrilador	01	10.	Mesa auxiliar	01
3.	Ambu adulto	01	11.	Maca de transferência	03
4.	Aparelho de glicemia	01	12.	Laringoscópio completo adulto	01
5.	Oxímetro de pulso com sensor adulto	01	13.	Laringoscópio completo infantil	01
6.	Ventilador de parede	01	14.	Esfigmomanômetro	01
7.	Computador	02	15.	Estetoscópio	01
8.	Aspirador portátil	01	16.	Bomba de infusão	01



6. IMPRESSOS

VER ANEXO:

- I- Prescrição e evolução médica
- II- Guia de Referência
- III- Mapa de controle de Terapia (oxigenioterapia)
- IV- Impresso de anotação para Controle de diurese
- V- SAE (Sistematização de Assistência de Enfermagem)
- VI- Pedido de ambulância
- VII- Anotação de Enfermagem
- VIII- Ficha de notificações compulsórias e agravos (pasta específica elaborada pela CCIH)
- IX- Ficha de notificação de não conformidades (pasta específica)
- X- Ficha de solicitação de hemocomponentes
- XI- Impresso de anotação da equipe multidisciplinar
- XII- Ficha de Solicitação de Interconsulta
- XIII- Instrumento de alta pedido
- XIV- Escala de Braden (avaliação de risco para lesão por pressão)
- XV- Escala de Fugulin (classificação de cuidados)



7. Relatórios

7.1 Relatórios emitidos



7.2 Relatórios recebidos



8. Normas Específicas



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Normas do serviço de enfermagem

N.ENF.001

1. Os enfermeiros devem trajar uniformes de acordo com o padronizado pela instituição;
2. Todo auxiliar ou técnico de enfermagem e enfermeiro colocar o número do COREN em suas anotações conforme preconiza o Código de Ética Profissional, Capítulo IV- das obrigadoriedades, Artigo 75: Apor o número de inscrição do Conselho Regional de Enfermagem em sua assinatura, quando no exercício profissional. Usar carimbo;
3. Obedecer às rotinas ditadas no Manual do Serviço de Enfermagem;
4. Não é permitido aos profissionais de enfermagem permanecerem em outras unidades, que não a sua, em horário de trabalho;
5. Integrar os auxiliares e técnicos de enfermagem, objetivando a promoção da saúde por intermédio da qualidade na assistência, a dignidade humana e a mutua cooperação entre os componentes da mesma equipe;
6. Manter em ordem a unidade;
7. Dar assistência com qualidade;
8. Não abrir portas, atender telefone, fazer anotação de enfermagem utilizando luvas;
9. Não é permitido o uso de celulares no ambiente de trabalho;
10. Não é permitido solicitar aos familiares, de qualquer paciente, medicamentos;
11. Permitir a entrada de visitantes somente no horário de visitas, salvo casos liberado pela enfermeira responsável pela unidade e administração.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pág.1/1



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Norma para equipe multidisciplinar

N.ENF.002

1. Todo paciente internado deve ser visto de forma holística e assistido por toda equipe multidisciplinar (psicólogo, nutricionista, assistente social, farmacêutico);
2. A equipe multidisciplinar realizará visita beira leito, ouvindo o paciente e suas queixas;
3. Todas visitas e orientações realizadas deverão ser registradas no prontuário do paciente no impresso próprio da equipe multidisciplinar;
4. A enfermeira responsável pelo plantão, realizará a classificação de cuidados, admissão, evolução de enfermagem e preencherá a SAE.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pág.1/1



9. Rotinas Operacionais



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

**Rotina de admissão de
pacientes**

R.ENF.001

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Recepção	<ol style="list-style-type: none">1. Liga no setor solicitando leito;2. Realiza internação, identifica paciente com pulseira branca no braço direito;3. Orienta familiar ou responsável sobre: permanência de acompanhante, horário de visita e troca de acompanhante, e demais regras da instituição;4. Entrega a equipe de enfermagem a internação, para a mesma conduzir o cliente de cadeira de rodas ou maca até o leito.	*Permitido acompanhante para menores de 18 e maiores de 60 anos, ou mediante a avaliação do enfermeiro.
02	Enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem	<ol style="list-style-type: none">5. Receber solicitação realizada pela recepção para internação;6. Informar leito disponível conforme diagnóstico do paciente;7. Arrumar leito;8. Receber o cliente de forma humanizada;9. Admitir o cliente, colocar nome completo sem abreviações, número do leito, data da admissão, data de nascimento, assinatura do responsável pela admissão;10. Preencher placa de identificação, fixada acima da cabeceira da cama.	
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/2



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

**Rotina de admissão de
pacientes**

R.ENF.001

Passo	Agente	Ação	Observação
03	Enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem	11. Encaminhar prescrição médica com horários padronizados pela instituição, para a farmácia; 12. Avisar a SND; 13. Encaminhar cliente para realização de exames (se houver solicitação);	
04	Enfermeiro	14. Realizar exame físico; 15. Classificar complexidade assistencial aplicando a Escala de Fugulin, e risco de LPP aplicando Escala de Braden; 16. Colocar pulseira laranja no cliente caso apresente algum tipo de risco; 17. Anotar na placa de cabeceira os tipos de riscos e cuidados específicos com o cliente; 18. Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem em impresso próprio, evolução e prescrição de enfermagem de acordo com as necessidades do cliente.	
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.2/2



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

**Rotina de passagem de
plantão**

R.ENF.002

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Enfermeiro	<ol style="list-style-type: none">1. Realizar passagem de plantão com organização e cuidado da enfermagem, pois a eficiência na troca de informações atualizadas entre os turnos propicia a continuidade da assistência e o alcance de resultados efetivos para a resolução de problemas relacionados aos clientes;2. Receber o plantão em rondas à beira leito, tomando cuidado com o que vai ser passado perto do paciente;3. Receber e passar plantão falando o número do leito e nome do cliente, buscando desenvolver a humanização do atendimento;4. Descrever como o cliente passou durante seu turno de trabalho;5. Passar o plantão com objetividade na transmissão das informações.	
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/1



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Rotina de anotação de enfermagem

R.ENF.003

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Enfermeiro	<p>1. Colocar o número do COREN em suas anotações conforme preconiza o Código de Ética Profissional, Capítulo IV- das obrigadoriedades, Artigo 75: Apor o número de inscrição do Conselho Regional de Enfermagem em sua assinatura, quando no exercício profissional. Usar carimbo;</p> <p>2. Anotações de enfermagem devem ser feitas com letra legível e atentar para as regras gramaticais de língua portuguesa e da norma técnica científica;</p> <p>3. Quando ocorrer erros ao escrever uma palavra ou frase, coloque-a entre parênteses, seguido pelo termo “digo” precedido da palavra corrigida. O prontuário não pode ser rasurado. Nunca use corretivo, fitas adesivas ou riscar texto. Rasurar anotações tem implicações frente ao Código de Ética de Enfermagem, Código Penal Brasileiro e Código Civil Brasileiro.</p>	
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/1



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

**Rotina de conferência
de materiais**

R.ENF.004

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Enfermeiro	POSTO DE ENFERMAGEM E EXPURGO 1. Realizar o Checklist de materiais que irá utilizar durante o plantão; 2. Serão responsáveis pelo material permanente e seu funcionamento e manutenção; 3. Passar diariamente de plantão para plantão o funcionamento dos materiais e equipamentos; 4. Comunicar a enfermeira por escrito para conserto de materiais e equipamentos com problemas; 5. Passar o plantão com expurgo em ordem, levando os materiais para Central de Esterelização nos horários estabelecidos.	*A conferência de materiais é de responsabilidade de todos integrantes da equipe em todos os períodos. * A enfermeira solicita por escrito o conserto dos equipamentos com número de série e patrimônio, encaminhando para manutenção e/ou reposição do mesmo.
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/1



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

**Rotina de entrega de
materiais
contaminados na
central de materiais**

R.ENF.005

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Enfermeiro	<ol style="list-style-type: none">1. Realizar lavagem prévia com água e sabão de todos os materiais usados no setor;2. Realizar conferência dos materiais, comunicar a enfermeira sobre a quantidade dos mesmos;3. Encaminhar os materiais para Central de Material nos horários estabelecidos;4. Realizar anotação no livro do centro cirúrgico de todos os materiais entregues;5. Utilizar luvas de procedimento durante todo processo;6. Materiais como: bomba de infusão, monitores, suporte de soro é realizada limpeza com pano úmido, com água e sabão.	
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/1



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Rotina de solicitação e encaminhamento do paciente para Raio X

R.ENF.006

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Enfermeiro	<p>1. O enfermeiro recebe a solicitação do Raio X feita pelo médico;</p> <p>2. Comunicar ao setor de Raio x sobre exame solicitado;</p> <p>3. Auxiliar ao técnico de raio x, com os pacientes mais críticos nos procedimentos necessários para realização do exame;</p> <p>4. Encaminhar o paciente ao setor de RX, em maca ou cadeira de rodas, conforme necessidade do paciente, acompanhado do auxiliar, técnico de enfermagem ou enfermeiro e acompanhante;</p> <p>2. Encaminhar paciente estável ao RX apenas com acompanhante;</p> <p>3. Instalar fonte de oxigênio, e encaminhar cliente com cilindro de O2, caso paciente necessite da fonte de O2.</p>	<p>1. Paciente crítico só deverá ser encaminhado se estável, visando uma assistência qualificada e segura.</p>
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/1



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Rotina de solicitação e encaminhamento do paciente para tomografia

R.ENF.007

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Enfermeiro	<p>1. O enfermeiro recebe a solicitação da Tomografia feita pelo médico;</p> <p>2. Comunicar ao setor responsável pela realização da mesma, e certifica-se se é necessário jejum ou cuidados especiais;</p> <p>3. Encaminhar o paciente ao setor de tomografia, em maca ou cadeira de rodas, conforme necessidade do paciente, acompanhado do auxiliar, técnico de enfermagem ou enfermeiro e acompanhante;</p> <p>2. Encaminhar paciente estável apenas com acompanhante;</p> <p>3. Instalar fonte de oxigênio, e encaminhar cliente com cilindro de O2, caso paciente necessite da fonte de O2;</p> <p>4. Retornar ao leito após exame realizado, onde permanecerá em observação até alta médica.</p>	<p>Pacientes críticos só deverá ser encaminhado se estável, visando uma assistência qualificada e segura.</p>
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/1



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

**Rotina de cirurgia para
paciente internado e
encaminhamento para
centro cirúrgico**

R.ENF.008

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Recepção	1. Solicitar leito cirúrgico;	
02	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Enfermeiro	2. Avisar ao centro cirúrgico comunicando todos os dados do paciente; 3. Certificar em prontuário pedidos de exames laboratoriais, e por imagem; 4. Realizar tricotomia conforme rotina para cada cirurgia; 5. Realizar banho no leito e/ou encaminhar ao banho de aspersão; 6. Realizar punção venosa conforme rotina e medicar conforme prescrição médica; 7. Retirar próteses dentárias e adornos, esmaltes das unhas, e colocar roupa privativa do centro cirúrgico; 8. Conduzir cliente de maca para centro cirúrgico.	
03	Enfermeiro	9. Comunicar ao médico do cliente sobre a internação; 10. Solicitar avaliação do anestesista e outras especialidades se necessário; 11. Verificar reserva de sangue se necessário; 12. Realizar orientações ao paciente e família sobre o procedimento cirúrgico a ser realizado; 13. Orientar a família sobre o local que podem permanecer até a saída do cliente do centro cirúrgico, que é no quarto do cliente.	
Revisado em:11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/1



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

**Rotina de cuidados no
pós-operatório**

R.ENF.009

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Enfermeiro	<ol style="list-style-type: none">1. Receber paciente na porta do centro cirúrgico na maca, certificando se seus dados estão corretos, colher informações e/ou intercorrências ocorridas no intra operatório e pós-operatório imediato no centro cirúrgico;2. Passar cliente da maca para cama com cuidados adequados: sondas, drenos e venóclise;3. Orientar o cliente e o acompanhante a respeito do jejum, repouso e outros cuidados necessários;4. Orientar ao paciente e ao acompanhante, que no caso de qualquer intercorrência solicitar a enfermagem;5. Anotar no prontuário os sinais vitais, no horário da chegada do paciente;6. Encaminhar prescrição médica para farmácia, com nome legível do cliente, leito e horário dos medicamentos;7. Mediar cliente conforme prescrição, checar e anotar em prontuário.	*Permitido acompanhante para menores de 18 e maiores de 60 anos, ou mediante a avaliação do enfermeiro.
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/1



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

**Rotina de solicitação
de especialidades**

R.ENF.010

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Médico	1. Solicitar pedido de avaliação no impresso próprio e deixa-lo no prontuário; 2. Passar o caso para o médico especialista, para avaliação posteriormente.	
02	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Enfermeiro	3. Tomar conhecimento da avaliação; 4. Comunicar ao enfermeiro responsável; 5. Comunicar ao médico responsável; 6. Registrar no prontuário o horário que comunicou; 7. Comunicar ao cliente e ao acompanhante sobre avaliação e dar esclarecimentos.	
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/1



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

**Rotina para inserir
paciente na CROSS**

R.ENF.011

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Médico	1. Solicita inserção do paciente na CROSS para especialidade que necessita;	
02	Enfermeiro	2. Médico ou enfermeiro do plantão, entra no site da CROSS e insere o paciente via sistema eletrônico; 3. Acompanhar caso inserido, mantendo-o atualizado; 4. Após finalização da ficha, imprimir 2 vias, deixando uma no prontuário e a outra encaminhar junto com paciente; 5. Respeitar sempre o que ficou pactuado na ficha com as outras Unidades, não expondo paciente a riscos, e mantendo a segurança e qualidade do atendimento ao mesmo; 6. Realizar anotação no prontuário.	*Pacientes que necessitam serem transferidos em UTI móvel, solicitar a autorização da Coordenação. *Após liberação, solicitar UTI móvel, passando estado geral do paciente; *Manter sempre informado, paciente e familiares.
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/1



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

**Rotina de coleta de
exames laboratoriais**

R.ENF.012

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Enfermeiro	1. Verificar se há pedido de exames; 2. Comunicar ao laboratório a solicitação de exames laboratoriais conforme prescrição médica; 3. Realizar o pedido de exames no impresso do laboratório, anotando: nome completo, n° do leito, e o nome do médico solicitante.	
02	Técnico do laboratório	4. Realizar a coleta dos exames prescritos; 5. Colocar os resultados no prontuário;	
03	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Enfermeiro	6. Manter o prontuário em ordem, de forma em que as informações estejam disponíveis e prontas, bem como os resultados de exames.	
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/1



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Rotina de solicitação de hemocomponentes

R.ENF.013

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Médico	1. Prescrever no prontuário a quantidade de hemocomponentes solicitado, preenchendo a solicitação corretamente e devidamente assinada e carimbada.	
02	Enfermeiro	1. Tomar ciência da prescrição e comunicar a funcionária da Agência transfusional; 2. Avisar ao paciente e familiares sobre o procedimento.	
03	Funcionário da Agência transfusional	1. Coletar a amostra de sangue necessária pra realização da tipagem e prova cruzada; 2. Identificar a amostra com: nome do paciente, nº do leito, data e horário; 3. Verificar os sinais vitais antes da transfusão; 4. Instalar o hemocomponente este identificado com o nome do paciente, unidade, nº do leito, data e hora; 5. Verificar os SSVV de 15 em 15 min na primeira hora de transfusão, e após de hora em hora para acompanhar e detectar qualquer reação durante o procedimento; 6. Interromper e comunicar ao médico no caso de qualquer reação; 7. Fazer anotações no prontuário no início, durante e término do procedimento; 8. Registrar no livro da Agência Transfusional, a transfusão dos hemocomponentes.	Cabe ao técnico do banco de sangue a instalação e retirada das bolsas de sangue e hemoderivados.
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/2



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

**Rotina de solicitação
de hemocomponentes**

R.ENF.013

Passo	Agente	Ação	Observação
04	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Enfermeiro	<p>9. Os profissionais de enfermagem também podem retirar as bolsas de sangue no término da infusão;</p> <p>10. Os profissionais de enfermagem também são responsáveis por controlar o gotejamento e alterações que possam ocorrer no momento da transfusão;</p> <p>11. Comunicar qualquer intercorrência ao responsável pela Agência Transfusional.</p>	
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.2/2



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

**Rotina de
preenchimento de
notificação de doenças
compulsórias e
agravos**

R.ENF.014

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Profissionais da saúde	<ol style="list-style-type: none">1. A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente. Ela será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo (dano) em paciente.2. Preencher notificação da doença ou agravo e ficha do SINAN enumerado;3. Encaminhar notificação para Enfermeira da CCIH;4. Anotar na F.A.A ou no prontuário para qual doença ou agravo que o paciente foi notificado.	*Os protocolos para cada doença ou agravo estão disponíveis em uma pasta elaborada pela CCIH, em cada setor.
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/1



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

**Rotina de
preenchimento de não
conformidades**

R.ENF.015

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Enfermeiros	<ol style="list-style-type: none">1. As Não Conformidades no trabalho de enfermagem são situações que não atendem aos padrões estabelecidos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), interferindo na qualidade e na segurança hospitalar.2. Notificar as Não Conformidades identificadas diariamente no impresso próprio da Instituição;3. Cadastrar a Não Conformidade identificada no site da ANVISA, e anotar o número gerado da notificação no impresso de Não Conformidade;4. Permanecer com impresso de Não Conformidade na pasta própria, até que o responsável a recolha ao final de cada mês como ficou acordado em nosso serviço.	A pasta de Não Conformidade está disponível em cada setor.
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/1



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Rotina de alta pedido

R.ENF.016

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Paciente e família	1. Solicita alta antes do término do tratamento concluído.	
02	Enfermeiro	1. Orienta o cliente e seus familiares se presentes, sobre os riscos eminentes e futuros de sua conduta; 2. Avisar o médico responsável pelo cliente; 3. Se o cliente recusar mesmo assim, a não permanecer internado, preencher Instrumento Particular de solicitação de alta do paciente, com todos os dados pessoais e seu estado clínico, com data, hora, assinatura do solicitante, do responsável pelo cliente e duas testemunhas; *Se o paciente for menor de 18 anos, acionar Conselho Tutelar e realizar orientação do responsável; 4. Realizar anotação no prontuário.	
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/1



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Rotina de óbito

R.ENF.017

Passo	Agente	Ação	Observação
01	Médico	1. Constatar o óbito; 2. Anotar no prontuário a data, manobras realizadas na tentativa de reanimação e horário; 3. Preencher o atestado de óbito; 4. Avisar os familiares quando estes não estão presentes.	
02	Enfermeira	5. Anotar os procedimentos no prontuário do paciente e encaminhar esse prontuário para dar baixa na portaria;	
03	Técnico ou auxiliar de enfermagem	6. Transportar o corpo até o necrotério devidamente identificado com nome do paciente, data e hora do óbito.	
Revisado em: 11/08/2020		Aprovação:	Pag.1/1



10. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

 <p>SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem					
	Divisão de serviços Assistenciais					
Admissão do paciente	P.ENF.001					
<p>1. Definição: A admissão do paciente na unidade hospitalar ocorre quando há a necessidade de ocupar um leito hospitalar por 24 horas ou mais. Na unidade de internação o paciente é recebido por um profissional da unidade e encaminhado à enfermagem. Deve ser recebido com gentileza e cordialidade para aliviar suas apreensões e ansiedades.</p>						
<p>2. Objetivo: Otimizar a admissão do paciente sistematizando o atendimento; Facilitar a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar; Proporcionar conforto e segurança.</p>						
<p>3. Indicação e contra indicação: Todos pacientes que forem internados.</p>						
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>						
<p>5. Orientações ao paciente: Não se aplica.</p>						
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Prontuário do paciente;</td> <td style="width: 50%;">3. Presença de um familiar ou responsável;</td> </tr> <tr> <td>2. Exames existentes anexados;</td> <td>4. Materiais para aferição de SSVV.</td> </tr> </table>			1. Prontuário do paciente;	3. Presença de um familiar ou responsável;	2. Exames existentes anexados;	4. Materiais para aferição de SSVV.
1. Prontuário do paciente;	3. Presença de um familiar ou responsável;					
2. Exames existentes anexados;	4. Materiais para aferição de SSVV.					
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Certificar-se da identidade do paciente e acompanhá-lo até o leito já preparado; verificar se o prontuário está completo; 2. Apresentá-lo aos demais pacientes do seu quarto; 3. Orientar sobre as normas e rotinas do hospital (horário de visita e repouso); 4. Orientar o paciente em relação à localização das instalações sanitárias, horário das refeições, nome do médico e da enfermeira de plantão; 5. Verificar SSVV e registrar no prontuário; 6. Registrar o paciente no censo (livro de registro); 7. Preencher placa de identificação acima do leito; 8. Encaminhar a farmácia prescrição médica assinada e carimbada; 9. Informar a dieta do paciente ao serviço de nutrição; 10. Encaminhar o paciente para a realização dos exames solicitados; 11. Comunicar o laboratório quanto aos exames de urgência; 12. Realizar sistematização da assistência de enfermagem. 						
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>				



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Anotação de enfermagem

P.ENF.002

1. Definição: São dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados/prescrição; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados, respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem. Assim, a Anotação de Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência. As anotações de Enfermagem devem ser registradas em formulários/documentos, com cabeçalho devidamente preenchido com nome completo do paciente, de acordo com os critérios estabelecidos na instituição.

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

3. Indicação e contra indicação: Todos os pacientes.

4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

5. Orientações ao paciente: Não se aplica.

6. Materiais:

1. Prontuário do paciente;

2. Caneta azul ou preta.

7. Descrição:

- **Durante a admissão devem ser anotados:**

1. Nome completo do paciente, data e hora da admissão;

2. Condições de chegada (deambulando, maca, cadeira de rodas);

3. Presença e acompanhante ou responsável;

4. Condições de higiene;

5. Queixas relacionadas ao motivo da internação;

6. Procedimentos/cuidados realizados, tais como: sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames e orientações prestadas.

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

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.1/2


7. Descrição:

7. Indicar dieta oferecida (geral, leve, branda, pastosa, hipossódica, para diabéticos, dieta por sonda);

8. Aceitação da dieta (total ou parcial);

9. Dieta por sonda (quantidade da dieta e da hidratação, presença de refluxo gástrico);

10. Dieta zero (cirurgia ou exames);

11. Necessidade de auxílio ou não;

12. Em caso de recusa deve-se indicar o motivo (disfagia, mastigação dolorosa, falta de apetite, náusea, etc.).

- **Para evacuação:**

13. Episódios (nos respectivos horários);

14. Quantidade (pequena, média, grande);

15. Consistência (pastosa, líquida, semi-pastosa);

16. Via de eliminação (reto, ostomias);

17. Queixas.

- **Para administração de medicamentos devem ser anotados os seguintes itens:**

18. Somente checar os itens administrados;

19. Caso medicamento injetável registrar o local administrado e não se esquecer de fazer referência ao lado esquerdo ou direito do corpo;

20. No caso de não administrar medicamento deve-se apontar o motivo.

Revisado em: 11/08/2020
Aprovação:
Pag.2/2

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Alta do paciente	P.ENF.003	
<p>1. Definição: A alta hospitalar é a finalização do período de internação que ocorre pela melhora do estado do paciente ou óbito. Outros motivos podem gerar altas hospitalares como: pedido de paciente ou responsável, necessidade de transferência para hospitais especializados, recusa do paciente/responsável em acatar o tratamento indicado, etc.</p>		
<p>2. Objetivo: Otimizar a alta do paciente sistematizando o atendimento.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Todos os pacientes que receberem alta.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Não se aplica.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prontuário do paciente; 2. Receituário médico; 3. Resumo de alta com todas as informações pertinentes; 4. Presença de um familiar ou responsável. 		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entregar e explicar ao paciente/responsável o resumo de alto; 2. Orientar sobre a dieta, retorno, complicações e uso de equipamentos temporários ou realização de curativos; 3. Informar a alta ao Serviço de portaria, Serviço social e Serviço de nutrição. 		
<p>8. Observação:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O procedimento deverá ser realizado pelo médico. À equipe de enfermagem cabe realizar as orientações pertinentes e contactar os setores do hospital para dar os encaminhamentos necessários à saída do paciente e seus familiares. 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem					
	Divisão de serviços Assistenciais					
Adm. de medicamentos: via auricular	P.ENF.004					
<p>1. Definição: É a administração de medicamento no canal auditivo.</p>						
<p>2. Objetivo: Preparar o paciente para exames auriculares. Administrar medicação prescrita em pacientes em tratamento de patologias otológicas, para diminuir o cerúmen, aliviar a dor e anestésiar.</p>						
<p>3. Indicação e contra indicação: Drogas prescritas via auricular.</p>						
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>						
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre procedimento. Solicitar sua colaboração.</p>						
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Luvas de procedimento;</td> <td style="width: 50%;">3. Conta-gotas;</td> </tr> <tr> <td>2. Medicamento prescrito;</td> <td>4. Gazes.</td> </tr> </table>			1. Luvas de procedimento;	3. Conta-gotas;	2. Medicamento prescrito;	4. Gazes.
1. Luvas de procedimento;	3. Conta-gotas;					
2. Medicamento prescrito;	4. Gazes.					
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atentar para 09 (nove) certos da medicação: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, tempo certo, validade certa, abordagem certa e registro certo; 2. Buscar bandeja com medicamento preparado na Central de Preparo de Medicação; 3. Realizar lavagem das mãos; 4. Conferir a prescrição médica e a medicação a ser administrada; 5. Conferir nome do paciente, leito, data e hora, dose e via de administração; 6. Levar bandeja junto ao paciente e calçar luvas; 7. Informar o cliente sobre procedimento e a medicação a ser administrada; 8. Posicionar o paciente em decúbito dorsal ou sentado deixando sempre a cabeça lateralizada; 9. Posicionar o canal auditivo segurando o pavilhão auricular e puxar delicadamente para cima e para trás; 10. Desprezar uma gota do medicamento; 11. Pingar o medicamento no canal auditivo sem contaminar o conta gotas; 12. Instruir a paciente para que permaneça nesta posição por mais alguns minutos; 13. Deixar paciente confortável e lavar as mãos.; 14. Checar o horário da administração do medicamento em prescrição médica assinando-a; 15. Anotar qualquer intercorrência e comunicar ao enfermeiro se necessário. 						
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>				

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Adm. de medicamentos – Via Cutânea	P.ENF.005	
<p>1. Definição: É a administração de medicamento na pele.</p>		
<p>2. Objetivo: Administrar medicamentos via cutânea por fricção na pele, sob formas de pomadas, cremes, pós.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Medicamentos tópicos, sua ação pode ser local ou geral;</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração. Confirmar se paciente tem alergia.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <p>1. Luvas de procedimento; 2. Medicamento prescrito; 3. Gazes.</p>		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atentar para 09 (nove) certos da medicação: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, tempo certo, validade certa, abordagem certa e registro certo; 2. Buscar bandeja com medicamento preparado na Central de Preparo de Medicação; 3. Realizar lavagem das mãos; 4. Conferir a prescrição médica e a medicação a ser administrada; 5. Conferir nome do paciente, leito, data e hora, dose e via de administração; 6. Levar bandeja junto ao paciente; 7. Informar o cliente sobre procedimento e a medicação a ser administrada e calçar luvas; 8. Fazer antissepsia ampla do local; 9. Fazer uma prega na pele com os dedos polegar e indicador, levemente; 10. Introduzir a agulha com impulso. Em seguida, tracionar o êmbolo para certificar-se de que não tenha atingido um vaso; 11. Aplicar o medicamento e retirar agulha fazendo leve compressão do local, sem friccionar a pele; 12. Deixar o paciente confortável, lavar as mãos e checar o horário da administração do medicamento em prescrição médica assinando-a. 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem							
	Divisão de serviços Assistenciais							
Adm. de Medicamentos – Via Endovenosa	P.ENF.006							
1. Definição: É a administração de medicamento por acesso venoso periférico.								
2. Objetivo: Afim de obter uma ação rápida e imediata.								
3. Indicação e contra indicação: Efeito imediato.								
4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.								
5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração. Confirmar se paciente tem alergia.								
6. Materiais: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">1. Bandeja, medicamento prescrito;</td> <td style="width: 50%; border: none;">4. Bola de algodão, Álcool 70 %;</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2. Seringa e agulha, Polifix e torneirinha;</td> <td style="border: none;">5. Luva de Procedimento; Garrote;</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">3. Abocath ou escalpe;</td> <td style="border: none;">6. Esparadrapo ou fita hipoalérgica.</td> </tr> </table>			1. Bandeja, medicamento prescrito;	4. Bola de algodão, Álcool 70 %;	2. Seringa e agulha, Polifix e torneirinha;	5. Luva de Procedimento; Garrote;	3. Abocath ou escalpe;	6. Esparadrapo ou fita hipoalérgica.
1. Bandeja, medicamento prescrito;	4. Bola de algodão, Álcool 70 %;							
2. Seringa e agulha, Polifix e torneirinha;	5. Luva de Procedimento; Garrote;							
3. Abocath ou escalpe;	6. Esparadrapo ou fita hipoalérgica.							
7. Descrição: <ol style="list-style-type: none"> 1. Atentar para 09 (nove) certos da medicação: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, tempo certo, validade certa, abordagem certa e registro certo; 2. Pegar bandeja com medicamento preparado na Central de diluição, devidamente identificado; 3. Conferir a prescrição médica e a medicação a ser administrada e lavar as mãos; 4. Conferir nome do paciente, leito, data e hora, dose e via de administração; 5. Levar bandeja junto ao paciente e informar ao paciente sobre procedimento e a medicação a ser administrada e calçar luvas; 6. Garrotear aproximadamente 4 dedos acima do local escolhido para aplicação e fazer antissepsia da pele com movimento de proximal para distal; 7. Esticar a pele com auxílio do dedo polegar; 8. Puncionar a veia com bisel voltado para cima, refluindo o sangue soltar o garrote; 9. Fixar dispositivo com esparadrapo ou fita hipoalérgica; 10. Identificar acesso periférico (data, hora, nome profissional, calibre dispositivo). Em caso soroterapia identificar os equipos; 11. Injetar o líquido lentamente observando a reação do paciente; 12. Deixar o paciente confortável, lavar as mãos; 13. Checar o horário da administração do medicamento em prescrição médica assinando-a; 14. Anotar qualquer intercorrência e comunicar enfermeiro e médico se necessário. 								
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.1/1						

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Adm. de medicamentos – Via Inalatória	P.ENF.007	
<p>1. Definição: É a administração de medicamento por via inalatória.</p>		
<p>2. Objetivo: Administrar medicamentos pelo sistema respiratório.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Para problemas respiratórios.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração. Confirmar se paciente tem alergia.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Copo nebulizador; 2.Máscara; 3.Medicação prescrita. 		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos; 2. Preparar medicação prescrita no copo da inalação; 3. Conferir nome do paciente, leito, data, hora, dose e via de administração; 4. Informar ao paciente sobre procedimento e a medicação a ser administrada; 5. Ligar o copo da inalação à extensão de látex acoplada ao fluxômetro de ar comprimido ou oxigênio, conforme prescrição médica; 6. Regular o fluxo de 3 a 5l/min; 7. Orientar o paciente a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento; 8. Manter inalação por 15min; 9. Ao término, oferecer papel toalha para o paciente secar umidade do rosto; 10. Lavar as mãos; 11. Anotar, assinar e carimbar em prontuário/receituário; 12. Anotar no Mapa de controle de terapia (Oxigenoterapia/Inalatória); 13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado; 14. Encaminhar copo, máscara e circuito para desinfecção. 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Adm. de medicamentos – Via Intradérmica

P.ENF.008

1. Definição: É a administração de medicamento em pequena quantidade entre a pele e o tecido subcutâneo nas camadas intradérmica.

2. Objetivo: Administrar medicamento na derme.

3. Indicação e contra indicação: Absorção mais lenta que a intramuscular. Aplicação de hormônios, vacinas e anticoagulantes;

4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração. Confirmar se paciente tem alergia.

6. Materiais:

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1. Seringa de 1ml; | 4. 5ml de álcool a 70%; |
| 2. Agulha 13x4,5; | 5. Luva de procedimento. |
| 3. 2 bolas de algodão; | |

7. Descrição:

1. Atentar para 09 (nove) certos da medicação: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, tempo certo, validade certa, abordagem certa e registro certo;
2. Conferir medicação prescrita: data dose, via e nome do paciente;
3. Lavar as mãos e preparar a medicação;
4. Orientar o paciente sobre o procedimento e calçar luvas de procedimento;
5. Escolher o local da administração, a face anterior do antebraço é o local mais utilizado;
6. Fazer antisepsia da pele com água e sabão caso seja necessário;
7. Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o indicador;
8. Introduzir a agulha paralelamente à pele, bisel voltado para cima, ângulo de 15 graus;
9. Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo, até introduzir toda a dose que não deve ultrapassar de 0,5ml;
10. Retirar o polegar da extremidade do êmbolo e a agulha da pele;
11. Não friccionar o local;
12. Desprezar os materiais perfuro cortantes em recipiente adequado;
13. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
14. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.1/1



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Adm. de medicamentos – Via Intramuscular

P.ENF.009

1. Definição: É a administração de medicamento nas camadas musculares: Glúteo, vasto lateral da coxa e dorso do glúteo.

2. Objetivo: Ação rápida, porém, não imediata.

3. Indicação e contra indicação: Efeito rápido.

4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração. Confirmar se paciente tem alergia.

6. Materiais:

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Seringa de 3 ou 5ml; | 4.5ml de álcool a 70%; |
| 2. Agulha 25x7, 25x8, 30x7 ou 30x8; | 5. Ampola ou frasco de medicação; |
| 3. 2 bolas de algodão; | 6. Luva de procedimento. |

7. Descrição:

1. Atentar para 09 (nove) certos da medicação: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, tempo certo, validade certa, abordagem certa e registro certo;
2. Conferir a prescrição médica e a medicação a ser administrada; (data dose, via e nome).
3. Lavar as mãos e preparar a medicação;
6. Levar a bandeja junto ao paciente;
7. Calçar luvas de procedimento;
8. Orientar o paciente sobre o procedimento;
9. Expor a área de aplicação e fazer antisepsia da pele;
10. Permanecer com o algodão na mão dominante;
11. Segurar a seringa com a mão dominante;
12. Com a outra mão fazer uma prega segurando o músculo;
13. Introduzir a agulha com o bisel lateralizado, no sentido da fibra muscular, com rapidez e firmeza, com ângulo de 90°;
14. Escolher o local da administração, a face anterior do antebraço é o local mais utilizado;
15. Aspirar para confirmar se não atingiu um vaso sanguíneo;
16. Injetar o líquido lentamente;
17. Retirar agulha rapidamente, e com algodão fazer leve pressão;
18. Deixar o paciente confortável;
19. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.1/1

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem				
	Divisão de serviços Assistenciais				
Adm. de medicamentos – Via Nasal	P.ENF.010				
<p>1. Definição: É a administração de medicamento na mucosa nasal.</p>					
<p>2. Objetivo: Aliviar congestão nasal, facilitar drenagem de secreção nasal.</p>					
<p>3. Indicação e contra indicação: Medicamentos prescrito via mucosa nasal.</p>					
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>					
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração. Confirmar se paciente tem alergia.</p>					
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Luva de procedimento;</td> <td style="width: 50%;">3. Conta gotas;</td> </tr> <tr> <td>2. Medicamento prescrito;</td> <td>4. Gaze.</td> </tr> </table>		1. Luva de procedimento;	3. Conta gotas;	2. Medicamento prescrito;	4. Gaze.
1. Luva de procedimento;	3. Conta gotas;				
2. Medicamento prescrito;	4. Gaze.				
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atentar para 09 (nove) certos da medicação: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, tempo certo, validade certa, abordagem certa e registro certo; 2. Conferir a prescrição médica e a medicação a ser administrada; 3. Lavar as mãos; 4. Preparar a medicação; 5. Levar a bandeja junto ao paciente; 6. Calçar luvas de procedimento; 7. Orientar o paciente sobre o procedimento; 8. Posicionar paciente em decúbito dorsal ou sentado deixando sempre a cabeça inclinada para trás; 9. Pingar o medicamento nas narinas evitando que o conta gotas toque a mucosa nasal; 10. Instruir o paciente para que permaneça nesta posição por mais alguns minutos; 11. Deixar o paciente confortável e lavar as mãos; 12. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica; 13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado. 					
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>			

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Adm. de medicamentos – Via Ocular	P.ENF.011	
<p>1. Definição: É a administração de medicamento no saco conjuntival inferior do olho.</p>		
<p>2. Objetivo: Combater infecção, evitar ulceração de córnea, provocar midríase (dilatação da pupila) ou miose (constricção da pupila), aplicar anestésico.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Drogas prescritas via ocular.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração. Confirmar se paciente tem alergia.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <p>1. Luva de procedimento; 2. Medicamento prescrito; 3. Gaze e espátula.</p>		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atentar para 09 (nove) certos da medicação: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, tempo certo, validade certa, abordagem certa e registro certo; 2. Conferir a prescrição médica e a medicação a ser administrada (data dose, via e nome do paciente); 3. Levar a bandeja junto ao paciente e orientá-lo sobre o procedimento; Lavar as mãos; 4. Calçar luvas de procedimento; 5. Posicionar paciente em decúbito dorsal ou sentado deixando sempre a cabeça inclinada para trás; 6. Antes da aplicação, remover secreção ou crostas; 7. Afastar a pálpebra inferior com o dedo polegar, com auxílio de gaze, apoiando a mão na face do paciente; 8. Desprezar primeira gota do colírio e pedir que o paciente olhe para cima, pingar o medicamento sem tocar na conjuntiva. Quando for pomada aplicar ao longo de toda extensão do saco conjuntival inferior; 9. Solicitar ao paciente que feche as pálpebras e faça movimento giratório do globo ocular, a fim de dispersar o medicamento e remover o excedente do medicamento com gaze; 10. Instruir o paciente para que permaneça nesta posição por mais alguns minutos; 11. Deixar o paciente confortável e lavar as mãos; 12. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem, comunicar ao enfermeiro em caso de intercorrências; 13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado. 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem				
	Divisão de serviços Assistenciais				
Adm. de medicamentos – Via Oral	P.ENF.012				
<p>1. Definição: É a administração de medicamento pela boca.</p>					
<p>2. Objetivo: Administrar medicamentos pela boca é a forma mais fácil e mais desejável.</p>					
<p>3. Indicação e contra indicação: Absorção no trato gastrointestinal.</p>					
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>					
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração. Confirmar se paciente tem alergia.</p>					
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Luva de procedimento;</td> <td style="width: 50%;">3. Copo descartável;</td> </tr> <tr> <td>2. Medicamento prescrito;</td> <td>4. Água potável.</td> </tr> </table>		1. Luva de procedimento;	3. Copo descartável;	2. Medicamento prescrito;	4. Água potável.
1. Luva de procedimento;	3. Copo descartável;				
2. Medicamento prescrito;	4. Água potável.				
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atentar para 09 (nove) certos da medicação: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, tempo certo, validade certa, abordagem certa e registro certo; 2. Lavar as mãos; 3. Conferir a prescrição médica e a medicação a ser administrada; 4. Conferir medicação prescrita: data dose, via e nome do paciente; 5. Levar a bandeja junto ao paciente; 6. Orientar o paciente sobre o procedimento; 7. Calçar luvas de procedimento; 8. Oferecer o remédio junto com a água; 9. Certificar-se que o cliente tenha deglutido o medicamento; 10. Deixar o paciente confortável; 11. Lavar as mãos; 12. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem, comunicar ao enfermeiro em caso de intercorrências; 13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado. 					
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>			

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>		SERVIÇO: Enfermagem
		Divisão de serviços Assistenciais
Adm. de medicamentos – Via Retal		P.ENF.013
1. Definição: É a administração de medicamento pelo reto.		
2. Objetivo: É a administração de medicamento por via retal.		
3. Indicação e contra indicação: São indicadas para pacientes em pré-operatório, pré-parto e lavagem intestinal.		
4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.		
5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração. Confirmar se paciente tem alergia.		
6. Materiais:		
1. Bandeja;	4. Lidocaína Gel;	
2. Luva de procedimento;	5. Sonda Retal;	
3. Gazes;	6. Medicamento.	
7. Descrição:		
1. Atentar para 09 (nove) certos da medicação: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, tempo certo, validade certa, abordagem certa e registro certo;		
2. Lavar as mãos com técnica adequada;		
3. Explicar o procedimento ao paciente, proporcionar privacidade ao paciente (Biombo/cortinas);		
4. Calçar luvas de procedimento;		
5. Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerda com a perna direita fletida;		
6. Lubrificar a sonda com gases umedecido com lidocaína Gel;		
7. Introduzir a sonda conectada ao frasco de medicação/clister, na via retal, comprimindo o frasco de forma que o líquido lentamente entra pelo canal retal;		
8. Se supositório, retira-lo da embalagem e colocá-lo no canal retal o mais profundo possível;		
9. Observar reação do paciente, cobri-lo e orientar para aguardar efeito desejado da medicação;		
10. Recolher material e desprezar em expurgo;		
11. Lavar a bandeja e lavar as mãos;		
12. Anotar em Prontuário o procedimento;		
13. Comunicar Enfermeira e Médico caso ocorra qualquer intercorrência;		
14. Após efeito da medicação, realizar higiene e deixar paciente confortável;		
15. Anotar aspecto, quantidade das eliminações.		
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.1/1

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Adm. de medicamentos – Via Sublingual	P.ENF.014	
1. Definição: É a administração de medicamento sob a língua.		
2. Objetivo: Administrar medicamentos sob a língua.		
3. Indicação e contra indicação: Rápida absorção.		
4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.		
5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração. Confirmar se paciente tem alergia.		
6. Materiais: 1. Luva de procedimento; 2. Medicamento prescrito.		
7. Descrição: 1. Atentar para 09 (nove) certos da medicação: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, tempo certo, validade certa, abordagem certa e registro certo; 2. Lavar as mãos; 3. Conferir a prescrição médica e a medicação a ser administrada; 4. Conferir medicação prescrita: data dose, via e nome do paciente; 5. Levar a bandeja junto ao paciente; 6. Orientar o paciente sobre o procedimento; 7. Calçar luvas de procedimento; 8. Colocar o medicamento sob a língua do paciente e orientá-lo a não deglutir a saliva até dissolver o medicamento, a fim de obter o efeito desejável; 9. Deixar o paciente confortável; 10. Lavar as mãos; 11. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem, comunicar ao enfermeiro em caso de intercorrências; 12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.		
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.1/1

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem					
	Divisão de serviços Assistenciais					
Adm. de medicamentos – Via Vaginal	P.ENF.015					
<p>1. Definição: É a administração de medicamento na mucosa vaginal.</p>						
<p>2. Objetivo: Diminuir a infecção vaginal, prevenir infecção vaginal, preparar a paciente para cirurgias dos órgãos genitais.</p>						
<p>3. Indicação e contra indicação: Medicamento prescrito via vaginal.</p>						
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>						
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração. Confirmar se paciente tem alergia.</p>						
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Luva de procedimento;</td> <td style="width: 50%;">3. Medicamento prescrito;</td> </tr> <tr> <td>2. Aplicador vaginal;</td> <td>4. Vaselina se necessário.</td> </tr> </table>			1. Luva de procedimento;	3. Medicamento prescrito;	2. Aplicador vaginal;	4. Vaselina se necessário.
1. Luva de procedimento;	3. Medicamento prescrito;					
2. Aplicador vaginal;	4. Vaselina se necessário.					
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atentar para 09 (nove) certos da medicação: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, tempo certo, validade certa, abordagem certa e registro certo; 2. Conferir a prescrição médica e a medicação a ser administrada (data dose, via e nome do paciente); 3. Lavar as mãos; Levantar a bandeja junto ao paciente e orientá-lo sobre o procedimento; 4. Calçar luvas de procedimento; 5. Colocar paciente em posição ginecológica; 6. Realizar higiene íntima se necessário; 7. Colocar o óvulo ou pomada em aplicador próprio; 8. Afastar os pequenos lábios com os dedos indicadores e polegar com auxílio de gazes; 9. Introduzir delicadamente o aplicador e pedir a paciente para permanecer deitada; 10. Deixar a paciente confortável; 11. Lavar as mãos; 12. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem, comunicar ao enfermeiro em caso de intercorrências; 13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado. 						
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>				

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Administração de medicamentos – Via SNE	P.ENF.016	
<p>1. Definição: É a administração de medicamento pela sonda nasoenteral.</p>		
<p>2. Objetivo: Administrar medicamentos cuja absorção ocorre na mucosa gástrica, em clientes impossibilitados de deglutir.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Para pacientes que não conseguem deglutir.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração. Confirmar se paciente tem alergia.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Luva de procedimento; 2. Medicamento prescrito; 3. 2 seringas compatíveis com a quantidade de volume a ser administrado; 4. 1 copo descartável com 50ml de água filtrada. 		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atentar para 09 (nove) certos da medicação: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, tempo certo, validade certa, abordagem certa e registro certo; 2. Conferir a prescrição médica e a medicação a ser administrada (data dose, via e nome do paciente); 3. Levar a bandeja junto ao paciente e orientá-lo sobre o procedimento; 4. Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento; 5. Retirar o protetor da sonda e dobrá-la para fechar, conectar uma seringa com ar, injetar o ar enquanto ausculta o borbulhar do mesmo, com o estetoscópio na região epigástrica; 6. Dobrar a sonda para fechá-la, retirando a seringa utilizada para o teste; 7. Conectar a seringa com a medicação e administrá-la lentamente; 8. Lavar a sonda com a mesma seringa, aspirando água filtrada do copo e administrando quantidade compatível com tipo e tamanho da sonda; 9. Fechar a sonda; Em caso de cliente com drenagem gástrica, abrir a sonda após 30 minutos; 10. Deixar a paciente confortável; 11. Lavar as mãos; 12. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem, comunicar ao enfermeiro em caso de intercorrências; 13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado. 		
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.1/1

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem									
	Divisão de serviços Assistenciais									
Administração de dieta por SNE	P.ENF.017									
<p>1. Definição: Dietas introduzidas pela SNE.</p>										
<p>2. Objetivo: Nutrir e hidratar o cliente, reestabelecer o volume líquido do organismo. Elevar ou repor as reservas de eletrólitos, vitaminas aminoácidos e calorias ao cliente que não pode manter a ingesta alimentar por via oral ativamente.</p>										
<p>3. Indicação e contra indicação: Nos horários prescritos pelo médico.</p>										
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>										
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração.</p>										
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Suporte de soro;</td> <td style="width: 50%;">5. 1 estetoscópio;</td> </tr> <tr> <td>2. Dieta prescrita;</td> <td>6. 1 bomba de infusão (para pacientes internados);</td> </tr> <tr> <td>3. 1 equipo de dieta;</td> <td>7. Luva de procedimento.</td> </tr> <tr> <td>4. 1 seringa de 20ml;</td> <td></td> </tr> </table>			1. Suporte de soro;	5. 1 estetoscópio;	2. Dieta prescrita;	6. 1 bomba de infusão (para pacientes internados);	3. 1 equipo de dieta;	7. Luva de procedimento.	4. 1 seringa de 20ml;	
1. Suporte de soro;	5. 1 estetoscópio;									
2. Dieta prescrita;	6. 1 bomba de infusão (para pacientes internados);									
3. 1 equipo de dieta;	7. Luva de procedimento.									
4. 1 seringa de 20ml;										
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar a prescrição de dieta no prontuário; 2. Verificar se a dieta entregue está de acordo com a dieta prescrita pelo médico; 3. Lavar as mãos; 4. Comunicar ao paciente e calçar luvas de procedimento; 5. Elevar cabeceira 30° a 45° para administrar a dieta; 6. Verificar se a dieta está em temperatura ambiente; 7. Retirar o protetor da sonda nasoesnteral e checar a localização da sonda; 8. Conectar o equipo à sonda; 9. Programar a bomba conforme prescrição; 10. Abrir a pinça; 11. Limpar boca do paciente; 12. Deixar a paciente confortável; 13. Lavar as mãos; 14. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem, comunicar ao enfermeiro em caso de intercorrências; 15. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado. 										
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>								

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem
	Divisão de serviços Assistenciais
Administração de alimentos VO	P.ENF.018
1. Definição: Dietas introduzidas via oral.	
2. Objetivo: Auxiliar no porte nutricional.	
3. Indicação e contra indicação: Nos horários de refeições estabelecidos pela instituição.	
4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.	
5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração.	
6. Materiais: 1. Luva de procedimento.	
7. Descrição: 1. Verificar a prescrição de dieta no prontuário; 2. Verificar se a dieta entregue está de acordo com a dieta prescrita pelo médico; 3. Lavar as mãos; 4. Comunicar ao paciente; 5. Calçar luvas de procedimento; 6. Elevar cabeceira para administrar a dieta; 7. Verificar se a dieta está em temperatura agradável ao paciente; 8. Colocar uma toalha sobre peito do paciente; 9. Oferecer a dieta gradualmente e verificar se paciente engoliu; 10. Limpar boca do paciente; 11. Deixar a paciente confortável; 12. Lavar as mãos; 13. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica; 14. Realizar anotação de enfermagem; 15. Comunicar ao enfermeiro em caso de intercorrências; 16. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.	
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:
Pag.1/1	

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Aspiração de vias aéreas superiores	P.ENF.019	
<p>1. Definição: É a definição de secreções existentes nas vias aéreas superiores e faríngeas, por meio de um aspirador ligado ao sistema de vácuo.</p>		
<p>2. Objetivo: Retirar fluídos das vias aéreas superiores do cliente, melhorar a respiração, evitar a broncoaspiração e proporcionar uma ventilação eficaz.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: A aspiração de secreções é indicada para pacientes impossibilitados de remover e eliminar secreções por fatores como alteração do nível de consciência, falência da musculatura diafragmática e intercostal, tosse ineficaz, quadro de caquexia, e, em crianças, por não terem a compreensão necessária sobre expectoração. É ainda indicada para pacientes intubados e traqueostomizados.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e fisioterapeuta.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 01 Par de luvas de procedimento; 2. 01 sonda de aspiração; 3. 01 máscara descartável padrão; 4. 01 aspirador; 5. 01 frasco coletor descartável; 6. 01 extensão de silicone (borracha) esterilizado para aspiração; 7. 01 óculo protetor; 8. 02 ampolas de (10ml) água destilada. 		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar o material; 2. Avaliar o tamanho da sonda de aspiração; 3. Lavar as mãos; 4. Checar o leito e o nome do cliente; 5. Identificar-se e orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento; 6. Posicionar o cliente (decúbito elevado); 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/2</p>



Aspiração de vias aéreas superiores

P.ENF.019

7. Descrição:

7. Abrir o material a ser utilizado;
8. Conectar a sonda de aspiração à extensão do frasco descartável;
9. Ligar o aspirador;
10. Colocar óculo protetor e máscara;
11. Calçar asa luvas;
12. Com a mão dominante, segurar a face do cliente;
13. Pinçar o intermediário de silicone (borracha) de aspiração;
14. Com a mão dominante, introduzir a sonda de aspiração na cavidade nasal (pinçada) e abrir quando - estiver introduzida;
15. Ocluir a válvula e retirar a sonda lentamente, com movimentos circulares;
16. Introduzir a sonda na cavidade oral (pinçada) e retirar lentamente com movimentos circulares;
17. Repetir o processo até a limpeza total da cavidade oral, avaliando condição respiratória do cliente;
18. Aspirar água destilada para limpeza da extensão;
19. Retirar a sonda, as luvas, máscara e óculos;
20. Desligar o aspirador;
21. Deixar o cliente confortável e com a campainha ao alcance;
22. Manter o ambiente limpo e em ordem;
23. Desprezar o material utilizado;
24. Lavar as mãos;
25. Realizar as anotações necessárias;
26. Checar a prescrição de enfermagem;
27. Supervisionar e avaliar continuamente, o procedimento realizado;
28. A frequência das aspirações é determinada pelo acúmulo de secreções;
29. É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores antes de procedimentos como banho, antes de baixar a cabeceira para realizar procedimentos, antes de introduzir alimentos via oral.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.2/2

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem													
	Divisão de serviços Assistenciais													
Aspiração traqueal de pacientes intubados e traqueostomizados sistema aberto	P.ENF.020													
<p>1. Definição: É a retirada passiva de secreções endotraqueais via tubo endotraqueal ou traqueostomia de forma asséptica, por meio de um cateter conectado a um sistema de sucção (aspirador elétrico ou rede de vácuo).</p>														
<p>2. Objetivo: Manter as vias aéreas livres e permeáveis garantindo uma ventilação e oxigenação adequada a fim de prevenir complicações no quadro clínico geral do paciente.</p>														
<p>3. Indicação e contra indicação: A aspiração de secreções é indicada para pacientes impossibilitados de remover e eliminar secreções por fatores como alteração do nível de consciência, falência da musculatura diafragmática e intercostal, tosse ineficaz, quadro de caquexia, e, em crianças, por não terem a compreensão necessária sobre expectoração. É ainda indicada para pacientes intubados e traqueostomizados.</p>														
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e fisioterapeuta.</p>														
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração.</p>														
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">1. Soro fisiológico 0,9 % 100ml;</td> <td style="width: 50%; border: none;">7. Aspirador elétrico ou rede de vácuo;</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2. Água destilada 500ml;</td> <td style="border: none;">8. Gazes estéreis;;</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">3. Seringa 10 ml;</td> <td style="border: none;">9. Máscara;</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">4. Cateter para aspiração nº12 ou nº14;</td> <td style="border: none;">10. Extensão de látex silicone esterilizado;</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">5. Luvas estéreis nº.7,5 ou nº. 8,0;</td> <td style="border: none;">11. Água destilada de 10ml, 02 ampolas.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">6. Óculos de proteção;</td> <td></td> </tr> </table>			1. Soro fisiológico 0,9 % 100ml;	7. Aspirador elétrico ou rede de vácuo;	2. Água destilada 500ml;	8. Gazes estéreis;;	3. Seringa 10 ml;	9. Máscara;	4. Cateter para aspiração nº12 ou nº14;	10. Extensão de látex silicone esterilizado;	5. Luvas estéreis nº.7,5 ou nº. 8,0;	11. Água destilada de 10ml, 02 ampolas.	6. Óculos de proteção;	
1. Soro fisiológico 0,9 % 100ml;	7. Aspirador elétrico ou rede de vácuo;													
2. Água destilada 500ml;	8. Gazes estéreis;;													
3. Seringa 10 ml;	9. Máscara;													
4. Cateter para aspiração nº12 ou nº14;	10. Extensão de látex silicone esterilizado;													
5. Luvas estéreis nº.7,5 ou nº. 8,0;	11. Água destilada de 10ml, 02 ampolas.													
6. Óculos de proteção;														
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar a higienização das mãos; 2. Providenciar todo material necessário ao procedimento (relacionado acima); 3. Explicar o procedimento e finalidade ao paciente; 4. Proteger os olhos do paciente de secreções; 5. Elevar decúbito de 30° a 40°; 6. Colocar máscara e óculo de proteção; 7. Testar o funcionamento do aspirador; 														
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/3</p>												

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Aspiração traqueal de pacientes intubados e traqueostomizados sistema aberto	P.ENF.020	
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Aspirar em uma seringa de 2 a 5ml de água destilada; 9. Abrir a embalagem do cateter de aspiração, de forma a expor apenas a parte que será conectada à fonte de aspiração; 10. Calçar luva estéril; 11. Retirar o invólucro com a mão esquerda, segurando o cateter com a mão direita; 12. Ligar a fonte de sucção com a mão esquerda e desconectar o ventilador ou a macronebulização; 13. Estimular o reflexo da tosse; 14. Introduzir o cateter de aspiração no tubo ou cânula traqueal, sem sucção até o ponto de resistência; 15. Retirar o cateter de aspiração com movimentos circulares suaves; 16. Manter o cateter por um tempo máximo de 15 segundos; 17. Instilar água destilada conforme característica da secreção; 18. Repetir a aspiração quantas vezes for necessário, sempre intercalando com a ventilação do paciente; 19. Desconectar o cateter da fonte de aspiração; 20. Lavar o sistema de aspiração com água destilada; 21. Desligar o aspirador com a mão menos contaminada; <p>Proteger a extremidade da fonte de sucção com o invólucro do cateter de aspiração.</p>		
<p>8. Observações:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O procedimento em paciente graves deve ser realizado pelo Enfermeiro, conforme trata a Resolução do COFEN Nº 0557/2017 e pelos demais profissionais de enfermagem, quando prescritos e supervisionados pelo profissional de nível superior e/ ou em casos de emergência. 2. Qualquer alteração no padrão respiratório observada, como cianose, dispnéia, taquipnéia, dessaturação, desconforto referido, uso de musculatura acessória, batimento de asa de nariz, entre outras, deve ser comunicada imediatamente ao Enfermeiro para avaliação. 3. Pacientes intubados e com PEEP mais elevada utilizarão sistema de aspiração fechado. 		
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.2/3



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

**Aspiração traqueal de pacientes intubados
e traqueostomizados sistema aberto**

P.ENF.020

8. Observações:

4. Segundo a atual Resolução do COFEN Nº 0557/2017 que normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de aspiração de vias aéreas, ressaltamos os seguintes artigos:

*Art. 2º: Os pacientes graves, submetidos a intubação orotraqueal ou traqueostomia, em unidades de emergência, de internação intensiva, semi intensivas ou intermediárias, ou demais unidades da assistência, deverão ter suas vias aéreas privativamente aspiradas por profissional Enfermeiro, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.

* Art. 3º: Os pacientes atendidos em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência, ou demais unidades da assistência, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, deverão ser aspirados pelo profissional Enfermeiro, exceto em situação de emergência, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Código de Ética do Profissional de Enfermagem – CEPE.

* Art. 4º: Os pacientes em unidades de repouso/observação, unidades de internação e em atendimento domiciliar, considerados não graves, poderão ter esse procedimento realizado por Técnico de Enfermagem, desde que avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

*Art. 5º: Os pacientes crônicos, em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva em ambiente hospitalar, de forma ambulatorial ou atendimento domiciliar, poderão ter suas vias aéreas aspirada pelo Técnico de Enfermagem, desde que devidamente avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.3/3

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem							
	Divisão de serviços Assistenciais							
Arrumação da cama fechada, operado, ocupada e aberta	P.ENF.021							
1. Definição: Ato de arrumar o leito colocando a roupa de cama de forma sistematizada.								
2. Objetivo: Preparar uma cama segura e confortável e manter o ambiente limpo e organizado.								
3. Indicação e contra indicação: No momento da internação e sempre que necessário.								
4. Responsável: Técnicos e auxiliares de enfermagem.								
5. Orientações ao paciente: Solicitar a troca caso haja necessidade.								
6. Materiais: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 2 Lençóis;</td> <td style="width: 50%;">4. 1 Cobertor (optativo);</td> </tr> <tr> <td>2. 1 Lençol móvel (optativo);</td> <td>5. 1 Travesseiro (se permitido).</td> </tr> <tr> <td>3. 1 Fronha;</td> <td></td> </tr> </table>			1. 2 Lençóis;	4. 1 Cobertor (optativo);	2. 1 Lençol móvel (optativo);	5. 1 Travesseiro (se permitido).	3. 1 Fronha;	
1. 2 Lençóis;	4. 1 Cobertor (optativo);							
2. 1 Lençol móvel (optativo);	5. 1 Travesseiro (se permitido).							
3. 1 Fronha;								
7. Descrição: <ul style="list-style-type: none"> • 7.1 Cama fechada <ol style="list-style-type: none"> 1. Reúna todo material; 2. Com a cama já limpa, começamos a arrumar o leito da seguinte forma: 3. Lençol de baixo, se possível, preferencialmente com elástico, caso contrário, poderá ser utilizado a técnica de envelope ou amarrar as pontas do lençol; 4. Lençol superior; 5. Travesseiro; 6. Colcha e edredom, se necessário; 7. Durante a arrumação, atente-se para a limpeza das roupas e não utilize em caso de sujidades; 8. Deixe o quarto em ordem; 9. Libere o quarto para internação. • 7.2 Cama de operado <ol style="list-style-type: none"> 1. Reúna todo material; 2. Higienize as mãos; 3. Calce as luvas de procedimento; 4. Realize a assepsia da cama; 5. Estique o lençol inferior sobre a cama; 6. Coloque lençol impermeável na altura do quadril do paciente; 								
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.1/3						

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Arrumação da cama fechada, operado, ocupada e aberta	P.ENF.021	
<p>7. Descrição:</p> <p>7. Coloque o lençol de travessa sobre o impermeável;</p> <p>8. Estique o lençol superior juntamente com o cobertor e enrole-os para a lateral da cama, lado oposto a entrada do paciente;</p> <p>9. Posicione o forro na altura da cabeça;</p> <p>10. Deixe o travesseiro com fronha caso seja autorizado seu uso;</p> <p>11. Durante a arrumação do leito, atente-se para a limpeza das roupas de cama e caso haja sujidade, não as utilize!</p> <p>12. Organize o leito;</p> <p>13. Higienize as mãos;</p> <p>14. Libere o leito para receber o paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7.3 Cama ocupada <p>1. Reúna todo o material;</p> <p>2. Higienize as mãos;</p> <p>3. Calce as luvas;</p> <p>4. Realize a higiene no paciente;</p> <p>5. Coloque o paciente lateralizado no leito, apoiado sobre a grade ou por outro profissional;</p> <p>6. Empurre o lençol sujo para ficar embaixo do paciente;</p> <p>7. Higiene a parte do leito onde não está o paciente;</p> <p>8. Estique o lençol inferior;</p> <p>9. Coloque o impermeável na altura do quadril do paciente, se necessário;</p> <p>10. Coloque a travessa sobre o impermeável;</p> <p>11. Movimente o paciente no leito, trazendo-o para o outro lado da cama, de modo que ele fique sobre os lençóis limpos;</p> <p>12. Retire os lençóis sujos;</p> <p>13. Higienize o lado oposto da cama;</p> <p>14. Estique o lençol inferior, impermeável e travessa sobre o colchão;</p> <p>15. Posicione o paciente em decúbito dorsal;</p> <p>16. Vista-o com pijama ou camisola;</p>		
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.2/3

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Arrumação da cama fechada, operado, ocupada e aberta	P.ENF.021	
<p>7. Descrição:</p> <p>17. Coloque sobre o paciente o lençol superior o cobertor ou edredom e a colcha;</p> <p>18. Caso o paciente faça uso de travesseiros ou coxins, não esqueça de colocar!</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7.4 Cama Aberta <p>1. Reúna todo o material;</p> <p>2. Com a cama já higienizada, realize a arrumação da cama na seguinte ordem: lençol de baixo lençol superior, travesseiro, colcha e edredom se necessário;</p> <p>3. Realizar dobra no lençol superior como envelope para facilitar o acesso do paciente ao leito.</p>		
<p>8. Observações:</p> <p>1. Utilizar as roupas de cama limpa, sem rugas e seca;</p> <p>2. Observar estado de conservação do colchão e travesseiro;</p> <p>3. Não deixar as roupas de cama entrarem em contato com o chão, mobiliários e o próprio uniforme;</p> <p>4. Não “sacudir” as roupas de cama.</p>		
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.3/3

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem					
	Divisão de serviços Assistenciais					
Banho no leito	P.ENF.022					
<p>1. Definição: O banho proporciona, bem-estar, estimula a circulação, remove odores, abre os poros, dá oportunidade para observação do estado da pele e verificação de anormalidades como: úlceras de decúbito, erupções, edema. O banho representa o principal recurso de manutenção da integridade da pele. A pele íntegra constitui uma barreira de proteção contra infecção e lesão dos tecidos.</p>						
<p>2. Objetivo: Limpar e proteger a pele, proporcionar conforto e auxiliar no tratamento e estimular a circulação.</p>						
<p>3. Indicação e contra indicação: Uma vez ao dia ou quando necessário.</p>						
<p>4. Responsável: Técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>						
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento. Solicitar sua colaboração.</p>						
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 1 Luva de banho, algodão, gaze ou pedaço de pano;</td> <td style="width: 50%;">3. Sabonete;</td> </tr> <tr> <td>2. Luvas de procedimento;</td> <td>4. Toalha.</td> </tr> </table>			1. 1 Luva de banho, algodão, gaze ou pedaço de pano;	3. Sabonete;	2. Luvas de procedimento;	4. Toalha.
1. 1 Luva de banho, algodão, gaze ou pedaço de pano;	3. Sabonete;					
2. Luvas de procedimento;	4. Toalha.					
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar o material e lavar as mãos; 2. Explicar ao paciente o que será feito; 3. Despir o paciente; 4. Colocar a toalha sobre o Tórax, descer o lençol até a região pubiana e deixar os braços sobre a toalha; 5. Lavar e enxaguar as axilas, começando pela mais distante; 6. Lavar e enxaguar Tórax; 7. Lavar e enxaguar Abdômen, retirar Toalha; 8. Colocar a toalha sob os membros inferiores, lavar e secar a perna mais distante e em seguida a proximal, iniciando nos pés e terminando região inguinal; 9. Virar o paciente em decúbito lateral; 10. Colocar a toalha sob as costas e abaixar o lençol; 11. Lavar e secar tronco e nádegas; 12. Colocar a roupa de cama limpa; 13. Lavar região íntima, retirar comadre e toalha; 						
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/2</p>				



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Banho no leito

P.ENF.022

7. Descrição:

14. Massagear o paciente com creme se possível;
15. Vestir o paciente;
16. Arrumar a cama;
17. Pentear o cabelo;
18. Deixar o paciente em posição confortável e unidade em ordem;
19. Retirar as luvas e lavar as mãos;
20. Fazer anotação em prontuário.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.2/2



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Banho no chuveiro

P.ENF.023

1. Definição: O banho proporciona, bem-estar, estimula a circulação, remove odores, abre os poros, dá oportunidade para observação do estado da pele e verificação de anormalidades como: úlceras de decúbito, erupções, edema. O banho representa o principal recurso de manutenção da integridade da pele. A pele íntegra constitui uma barreira de proteção contra infecção e lesão dos tecidos.

2. Objetivo: Limpar e proteger a pele, proporcionar conforto e auxiliar no tratamento e estimular a circulação.

3. Indicação e contra indicação: Uma vez ao dia ou sempre que necessário.

4. Responsável: Técnicos e auxiliares de enfermagem.

5. Orientações ao paciente: Instruir o paciente para que tome banho corretamente, mostrando os benefícios para saúde. Pedir ao mesmo, que não tranque a porta quando estiver sozinho no chuveiro.

6. Materiais:

- | | |
|---|--------------|
| 1. Luvas de banho, algodão, gaze ou pedaço de pano; | 3. Sabonete; |
| 2. Luvas de procedimento; | 4. Toalha. |

7. Descrição:

1. Lavar as mãos;
2. Preparar o material;
3. Explicar ao paciente o que será feito;
4. Encaminhar o paciente, se necessário, apoiá-lo ou levá-lo em cadeira de banho;
5. Dispor toalha, sabonete, roupa, de modo acessível ao paciente;
6. Verificar a temperatura da água;
7. Sentar o paciente em cadeira de banho, colocar em baixo do chuveiro e o mesmo não tiver condições de permanecer em pé;
8. Auxiliar o paciente no que for necessário, estimulando sua participação;
9. Após o banho, ajuda-lo a vestir-se, protegendo-o de acordo com a temperatura ambiente, para evitar que se esfrie;
10. Deixar o banheiro em ordem.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.1/1

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Bolsa de água quente	P.ENF.024	
<p>1. Definição: São tratamentos que consistem no uso de calor em aplicação cutânea para auxiliar nas funções fisiológicas.</p>		
<p>2. Objetivo: Aumentar a circulação (vaso dilatação), aliviar a dor, relaxamento muscular, acelerar o processo de cicatrização.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: O calor age estimulando ou acalmando, de acordo com a temperatura, tempo de aplicação e local onde é aplicado. Calor moderado relaxa os músculos, calor mais elevado facilita a circulação, pela dilatação dos vasos sanguíneos e diminui a dor local.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração.</p>		
<p>6. Materiais: 1.Bolsa de borracha; 2.Jarra com água quente; 3.Toalha.</p>		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento ao paciente; 2. Lavar as mãos e reunir o material; 3. Colocar água quente na bolsa e fecha-la verificando se não há vazamento; 4. Envolver a bolsa em pano limpo para proteger a pele; 5. Testar a temperatura colocando a bolsa sobre o dorso da mão; 6. Colocar o paciente em posição adequada à aplicação; 7. Aplicar no local prescrito, permanecendo por mais ou menos 20 minutos; 8. Colocar toalha de banho e a comadre sob região glútea; 9. Observar constantemente o local de aplicação; 10. Remover a bolsa e deixar paciente em posição confortável; 11. Esvaziar, lavar e enxugar a bolsa; 12. Deixar escorrer a água interna e guardá-la; 13. Lavar às mãos; 14. Anotar procedimento realizado em prontuário. 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Bolsa de gelo	P.ENF.025	
<p>1. Definição: São tratamentos que consistem na aplicação de frio em cutânea para auxiliar nas funções fisiológicas;</p>		
<p>2. Objetivo: Aliviar a dor, diminuir a temperatura corporal, controlar hemorragia, diminuir a circulação (vaso constrição).</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Uso da temperatura para o tratamento para ajudar as funções naturais do corpo.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <p>1. Bolsa de gelo; 2. Pano ou Toalha; 3. Gelo ou água gelada.</p>		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento ao paciente; 2. Lavar as mãos; 3. Reunir o material; 4. Colocar gelo ou água gelada na bolsa; 5. Fechar a bolsa verificando se há vazamento; 6. Envolver a bolsa em pano limpo para proteger a pele; 7. Testar a temperatura colocando a bolsa sobre o dorso da mão; 8. Colocar paciente em posição adequada à aplicação; 9. Expor a área, colocar a bolsa no local indicado protegendo o paciente; 10. Observar constantemente o local de aplicação não fazer aplicações frias demoradas, porque podem causar necrose dos tecidos; 11. Remover bolsa; 12. Deixar paciente em posição confortável; 13. Esvaziar, lavar e enxugar a bolsa; 14. Lavar as mãos; 15. Anotar procedimento realizado em prontuário. 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Cateter venoso central	P.ENF.026	
<p>1. Definição: A punção vascular com cateter para acesso profundo é utilizada para infusões em pacientes com limitações de acesso venoso periférico, ou ainda, quando se faz necessário infusões especiais (nutrição parenteral, drogas vasoativas, etc), obtenção de medidas de pressão e hemodiálise. A escolha do local de inserção do cateter depende da anatomia de cada paciente. Os locais mais comuns são respectivamente: veias jugulares internas, veias subclávias e veias femurais.</p>		
<p>2. Objetivo: Para infusão de medicamentos e grandes volumes.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Infusão de drogas vasoativas, hidratação, nutrição parenteral, monitoração da pressão venosa central.</p>		
<p>4. Responsável: Médico, e os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem auxiliam.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração para não tocar no material estéril.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cateter mono, duplo ou triplo lúmen; 2. Bandeja de punção de acesso central; 3. Clorexedina degermante e alcoólica; 4. Campo e avental estéreis, máscara, gorros e óculos; 5. Luva estéril; 6. Micropore; 7. Seringas de 5 e 10 ml; 8. Agulhas 40x12 e 30x7 ou 25x7; 9. Xylocaína 2% sem vasoconstritor; 10. Fio sutura (nylon 3-0); 11. Lâmina de bisturi nº11;14. Gazes estéreis; 13. Monitor cardíaco; 14. Equipo, polifix 2 ou 4 vias 15. SF0,9% 250ml. <p>OBS.: Disponível caixa de intracath na farmácia contendo todos materiais citado acima.</p>		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organizar material e lavar as mãos; 2. Explicar ao paciente/família os benefícios e objetivos do procedimento; 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/2</p>

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Cateter venoso central	P.ENF.026	
<p>3. Expor o local de punção do cateter e fazer a degermação com clorexedina;</p> <p>4. Abrir caixa de intracath fornecida pela farmácia;</p> <p>5. Auxiliar no procedimento médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abrir pacote com a Bandeja de punção; • Abrir e dispor no campo da Bandeja: seringas, agulhas, fio de sutura, campos e o kit cateter; • Colocar clorexedina alcoólica na cuba da bandeja; • Após a paramentação médica (luvas e avental estéreis, gorro, óculos e máscara), apresentar a xylocaína para aspiração pelo médico; • Aguardar o médico realizar a antisepsia do local de punção com a clorexedina, colocar os campos estéreis, aplicar o anestésico local, localizar o vaso sanguíneo, realizar a punção com a agulha do kit, passagem do guia do kit, retirada da agulha do kit, passagem do dilatador do kit (talvez seja necessário fazer uma pequena incisão no sítio de punção), retirada do dilatador, passagem do cateter, retirada do guia; • Após o médico aspirar sangue do cateter para testar a efetividade da punção venosa, apresentar o SF0,9% com o equipo e conectar na via do introdutor para manter a permeabilidade do acesso; <p>6. Aguardar o médico realizar a fixação do cateter com fio de sutura;</p> <p>7. Fazer curativo no sítio de punção e ocluir com gaze;</p> <p>8. Controlar sinais vitais;</p> <p>9. Aguardar radiografia para confirmar a localização do cateter e afastar possíveis iatrogenias.</p> <p>10. Colocar o cliente em posição confortável;</p> <p>11. Recolher o material utilizado, desprezar o lixo em local adequado;</p> <p>12. Retirar as luvas de procedimento e lavar as mãos;</p> <p>13. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.</p> <p>14. Preencher impresso próprio para passagem de acesso venoso central e entrega-lo à responsável da CCIH.</p>		
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.2/2

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem									
	Divisão de serviços Assistenciais									
Coleta de ponta de cateter venoso central para cultura	P.ENF.027									
<p>1. Definição: Retirar a ponta do cateter venoso central com técnica asséptica para realizar exame de cultura.</p>										
<p>2. Objetivo: Investigar presença de microrganismo patogênicos associado ao cateter venoso central.</p>										
<p>3. Indicação e contra indicação: Presença de sinais sugestivos de infecção relacionado ao cateter venoso.</p>										
<p>4. Responsável: Enfermeiros.</p>										
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento. Solicitar sua colaboração.</p>										
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Kit para curativo;</td> <td style="width: 50%;">5. Lâmina de bisturi;</td> </tr> <tr> <td>2. Luva de procedimento;</td> <td>6. Máscara cirúrgica;</td> </tr> <tr> <td>3. Luva estéril;</td> <td>7. Recipiente estéril.</td> </tr> <tr> <td>4. Gaze;</td> <td></td> </tr> </table>			1. Kit para curativo;	5. Lâmina de bisturi;	2. Luva de procedimento;	6. Máscara cirúrgica;	3. Luva estéril;	7. Recipiente estéril.	4. Gaze;	
1. Kit para curativo;	5. Lâmina de bisturi;									
2. Luva de procedimento;	6. Máscara cirúrgica;									
3. Luva estéril;	7. Recipiente estéril.									
4. Gaze;										
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material e explicar o procedimento ao paciente e lavar as mãos; 2. Calçar luva de procedimento e retirar curativo do cateter; 3. Calçar luva estéril; 4. Realizar antisepsia com clorexidina alcoólica a 0,5% em área até 5cm da inserção, com movimentos circulares e unidirecionais; 5. Soltar os pontos e retirar o cateter; 6. Cortar a ponta do cateter aproximadamente 5cm, colocar em um recipiente estéril; 7. Realizar curativo no local da inserção; 8. Identificar amostra com data, hora, nome do executor, nome do paciente e data de nascimento; 9. Deixar paciente em posição confortável e lavar as mãos; 10. Enviar amostra ao laboratório; 11. Anotar procedimento realizado em prontuário. 										
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>								

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Compressa gelada	P.ENF.028	
<p>1. Definição: Tratamento que consiste na aplicação de frio em cutânea para auxiliar nas funções fisiológicas.</p>		
<p>2. Objetivo: Aliviar a dor, diminuir a temperatura corporal, controlar hemorragia, diminuir a circulação (vaso constrição).</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Geralmente usadas para aplicar na testa ou sobre os olhos, para diminuir congestão e dor.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Duas compressas ou toalha de rosto; 2. Bacia com água gelada ou fria; 3. Luva de procedimento. 		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material e explicar o procedimento ao paciente; 2. Lavar as mãos; 3. Proteger o leito com impermeável 4. Colocar a compressa na água gelada, torcer as compressas; 5. Testar a temperatura da compressa na face interna do antebraço; 6. Colocar a compressa no local indicado, preparar outra para substituição; 7. Fazer a aplicação durante 20 a 30 minutos, secar o local de aplicação ao término do procedimento; 8. Deixar paciente em posição confortável; 9. Lavar as mãos; 10. Anotar procedimento realizado em prontuário. 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Compressa quente	P.ENF.029	
<p>1. Definição: São tratamentos que consistem no uso de calor em aplicação cutânea para auxiliar nas funções fisiológicas.</p>		
<p>2. Objetivo: Aumentar a circulação (vaso dilatação), aliviar a dor, relaxamento muscular, acelerar o processo de cicatrização.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: São indicadas com frequência para envolver os membros inferiores no caso de trombose e superiores quando há traumatismo venosos resultantes de punções venosas, flebites e seromas.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento. Solicitar sua colaboração.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compressa ou toalha de rosto; 2. Bacia com água quente. 		
<p>7. Descrição:</p> <p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material e explicar o procedimento ao paciente; 2. Lavar as mãos; 3. Proteger o leito com impermeável 4. Colocar a compressa na água quente, torcer as compressas; 5. Testar a temperatura da compressa na face interna do antebraço; 6. Colocar a compressa no local indicado, preparar outra para substituição; 7. Fazer a aplicação durante 20 a 30 minutos, secar o local de aplicação ao término do procedimento; 8. Deixar paciente em posição confortável; 9. Lavar as mãos; 10. Anotar procedimento realizado em prontuário. 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem									
	Divisão de serviços Assistenciais									
Curativo em cateter venoso central	P.ENF.030									
<p>1. Definição: Realizado na inserção do cateter com sua total cobertura.</p>										
<p>2. Objetivo: Evitar o contato com meio externo.</p>										
<p>3. Indicação e contra indicação: Inspeccionar o sítio de inserção diariamente quanto a coloração, edema, exsudato, e remoção de sujidades.</p>										
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>										
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar a sua colaboração para não tocar no material estéril.</p>										
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Máscara cirúrgica;</td> <td style="width: 50%;">5. Clorexidina alcóolica a 0,5%;</td> </tr> <tr> <td>2. Luva de procedimento;</td> <td>6. Fita hipoalergênica;</td> </tr> <tr> <td>3. Luva estéril;</td> <td>7. Gazes estéril.</td> </tr> <tr> <td>4. Sf 0,9%</td> <td></td> </tr> </table>			1. Máscara cirúrgica;	5. Clorexidina alcóolica a 0,5%;	2. Luva de procedimento;	6. Fita hipoalergênica;	3. Luva estéril;	7. Gazes estéril.	4. Sf 0,9%	
1. Máscara cirúrgica;	5. Clorexidina alcóolica a 0,5%;									
2. Luva de procedimento;	6. Fita hipoalergênica;									
3. Luva estéril;	7. Gazes estéril.									
4. Sf 0,9%										
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeccionar o sítio de inserção observando sinais flogísticos; 2. Calçar luva estéril; 3. Limpar o sítio de inserção e o cateter com gaze úmida em SF 0,9% 4. Secar inserção com gaze estéril; 5. Realizar antissepsia com Clorexidina alcóolica a 0,5% em área de até 5cm da inserção, com movimentos circulares unidirecionais; 6. Cobrir com gaze estéril e fita hipoalergênica; 7. Identificar o curativo com data, hora e nome do executor; 8. Deixar paciente em posição confortável e lavar as mãos; 9. Anotar procedimento realizado em prontuário; <p>EM CASO DE SINAIS DE INFECÇÃO RELACIONADA AO CATETER:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observar sinais de infecção: sinais flogísticos (dor, rubor, edema, hiperemia); 2. Comunicar ao médico responsável; 3. Retirar o cateter sob solicitação médica; 4. Coletar a ponta do cateter para cultura sob solicitação médica. 										
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>								

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Curativo em traqueostomia	P.ENF.031	
<p>1. Definição: Realizar curativo em traqueostomia.</p>		
<p>2. Objetivo: Manter a região da traqueostomia higienizada.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Uma vez ao dia e quando necessário.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar a sua colaboração para não tocar no material estéril.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Máscara cirúrgica; 2. Luva de procedimento; 3. Luva estéril; 4. Sf 0,9%; 5. Cadastrar para fixação; 6. Gazes estéril. 		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material necessário; 2. Lavar as mãos; 3. Explicar o procedimento ao paciente; 4. Posicionar o paciente; 5. Calçar luva de procedimento e retirar curativo; 6. Certificar-se que o cuff está insuflado; 7. Calçar luva estéril; 8. Limpar a área em torno da traqueostomia com gaze úmida em SF 0,9%; 9. Secar inserção com gaze estéril; 10. Colocar gazes ao redor da cânula e novo cadarço para fixar; 11. Deixar paciente em posição confortável; 12. Lavar as mãos; 13. Anotar procedimento realizado em prontuário. 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>		SERVIÇO: Enfermagem
		Divisão de serviços Assistenciais
Curativos	P.ENF.032	
<p>1. Definição: É a proteção da lesão ou ferida, contra a ação de agentes externos físicos, mecânicos ou biológicos.</p>		
<p>2. Objetivo: Limpar a ferida, proteger de traumatismo mecânico, prevenir contaminação, absorver secreções e facilitar a drenagem, imobilizar e promover a cicatrização.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Evitar acúmulo de microrganismos. Trocar conforme prescrição médica ou quando necessário.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Material de curativo estéril; 2. Gazes estéril; 3. Luva estéril; 4. Sf 0,9% 5. Fita crepe, esparadrapo ou micropore; 6. Luvas de procedimento e estéril; 7. Seringa de 20ml e agulha 40x12; 8. Tesoura; 9. Medicamento indicado para cobertura. 		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material necessário; 2. Lavar as mãos; 3. Explicar o procedimento ao paciente; 4. Posicionar o paciente de forma confortável; 5. Colocar biombo se necessário; 6. Calçar luva de procedimento e retirar curativo; 7. Avaliar ferida; 8. Calçar luva estéril; 9. Realizar o curativo utilizando técnica segundo classificação da ferida. 		
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.1/3



7. Descrição:

7.1 Lesões fechadas

- Incisão simples

1. Remover a cobertura anterior com a pinça dente de rato;
2. Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica;
3. Umedecer a gaze com soro fisiológico 0,9%;
4. Proceder a limpeza da incisão de dentro para fora, sem voltar ao início da lesão;
5. Secar incisão de cima para baixo;
6. Ocluir com gaze ou outro curativo prescrito;
7. Fixar com micropore;
8. Trocar curativo conforme prescrição médica;
9. Deixar paciente em posição confortável;
10. Lavar as mãos;
11. Anotar procedimento realizado em prontuário.

- **Incisão com pontos subtotais**

1. Remover a cobertura anterior;
2. Lavar todos os pontos subtotais, introduzindo soro fisiológico no interior de cada ponto, com auxílio de seringa e agulha, colocando gaze do lado oposto para reter a solução;
3. Proceder limpeza como descrita para lesões simples;
4. Proteger a área central com gaze seca;
5. Fixar com micropore;
6. Trocar curativo conforme prescrição médica;
7. Deixar paciente em posição confortável;
8. Lavar as mãos;
9. Anotar procedimento realizado em prontuário.

7.3 Lesões abertas

1. Remover a cobertura anterior, de forma não traumática;
2. Irrigar abundantemente com soro fisiológico, quando a cobertura primária for gaze;
3. Realizar limpeza com a técnica adequada;
4. Manter o leito da úlcera úmido;



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Curativos

P.ENF.032

7. Descrição:

5. Manter a área ao redor da úlcera seca, evitando a maceração e facilitando a fixação da cobertura;
6. Trocar curativo conforme prescrição médica;
7. Deixar paciente em posição confortável;
8. Lavar as mãos;
9. Anotar procedimento realizado em prontuário.

8. Observações:

1. A prescrição do curativo é privativa do enfermeiro e do médico;
2. A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita através de irrigação com jato de soro fisiológico, com seringa de 20ml e agulha 40x12 ou 25x8;
3. Proteger sempre as úlceras com gazes ou compressas, antes de aplicar uma atadura;
4. Não apertar demais a atadura, devido ao risco de gangrena, por falta de circulação;
5. Iniciar o enfaixamento sempre no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro;
6. Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.3/3

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>		SERVIÇO: Enfermagem							
		Divisão de serviços Assistenciais							
Curativo de ferida cirúrgica limpa		P.ENF.033							
<p>1. Definição: É o cuidado dispensado a uma área do corpo que apresenta lesão de continuidade. Atualmente o termo técnico que vem sendo empregado no cuidado com lesão é terapia tópica, termo que engloba as etapas como processo de limpeza e/ou cobertura.</p>									
<p>2. Objetivo: Evitar a contaminação de feridas limpas, facilitar a cicatrização, reduzir a infecção nas lesões contaminadas, absorver secreções, facilitar a drenagem de secreções, promover a hemostasia com os curativos compressivos, manter o contato de medicamentos junto à ferida e promover conforto ao paciente.</p>									
<p>3. Indicação e contra indicação: Uma vez ao dia e quando necessário.</p>									
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>									
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento. Solicitar a sua colaboração para não tocar no material estéril.</p>									
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 01 Par de Luvas de procedimento;</td> <td style="width: 50%;">4. Esparadrapo ou micropore;</td> </tr> <tr> <td>2. 01 Par de Luva estéril;</td> <td>5. 01 Atadura de Crepe (S/N);</td> </tr> <tr> <td>3. 01 frasco de Soro fisiológico a 0,9%;</td> <td>6. Equipamento de Proteção Individual (EPI).</td> </tr> </table>				1. 01 Par de Luvas de procedimento;	4. Esparadrapo ou micropore;	2. 01 Par de Luva estéril;	5. 01 Atadura de Crepe (S/N);	3. 01 frasco de Soro fisiológico a 0,9%;	6. Equipamento de Proteção Individual (EPI).
1. 01 Par de Luvas de procedimento;	4. Esparadrapo ou micropore;								
2. 01 Par de Luva estéril;	5. 01 Atadura de Crepe (S/N);								
3. 01 frasco de Soro fisiológico a 0,9%;	6. Equipamento de Proteção Individual (EPI).								
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos e comunicar o que vai ser realizado ao cliente; 2. Calçar luva de procedimento e retirar o curativo (anterior), e desprezar luvas de procedimento; 3. Colocar máscara e calçar luvas estéreis; 4. Abrir o pacote de curativo. Manipulação do pacote de curativo com técnica asséptica, incluindo a utilização de luvas e utilizar gaze SO com soro fisiológico a 0,9% para limpeza da ferida operatória; 5. Aplicar a gaze umedecida na ferida em um único sentido, repetindo por três vezes; 6. Finalizar curativo conforme prescrição. Colocar o resíduo (lixo) no saco plástico (desprezar no expurgo), retirar as luvas e lavar as mãos; 7. Registrar o procedimento mencionando, o aspecto da ferida, secreção e odor. 									
<p>8. Observações:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A ferida somente será coberta com gaze e fixa com micropore ou esparadrapo (ou atadura de crepe), a critério médico, e após suspensão do curativo, manter a ferida limpa e seca; 3. Orientar o paciente a lavar o local com água corrente e sabonete neutro, e após o banho, secar o local com toalha limpa, e sem fazer fricção ou pressão; 5. Utilizar roupas confortáveis evitando que haja pressão ou fricção sobre o local. 									
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>		<p>Aprovação:</p>		<p>Pag.1/1</p>					

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Colocar e retirar comadre	P.ENF.034	
<p>1. Definição: Colocar e retirar a comadre do paciente.</p>		
<p>2. Objetivo: Colocar e retirar a comadre dos pacientes que necessitam de auxílio para micção ou evacuação.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Utilizado em pacientes com necessidades e cuidados que necessitem de comadre.</p>		
<p>4. Responsável: Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comadre; 2. Luva de procedimento. 		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material necessário; 2. Lavar as mãos; 3. Explicar o procedimento ao paciente; 4. Calçar luva de procedimento; 5. Colocar paciente em posição de decúbito dorsal; 6. Orientar paciente a levantar o corpo, apoiando os pés no colchão; 7. Colocar comadre; 8. Deixar o paciente sozinho, e cobri-lo; 9. Realizar higiene íntima ou permitir que o mesmo realize caso haja condições; 10. Oferecer água para higiene das mãos da paciente se necessário; 11. Deixar paciente em posição confortável; 12. Lavar as mãos; 13. Anotar procedimento realizado em prontuário. 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Colocar e retirar papagaio	P.ENF.035	
1. Definição: Colocar e retirar papagaio do paciente masculino.		
2. Objetivo: Colocar e retirar o papagaio dos pacientes que necessitam de auxílio para micção.		
3. Indicação e contra indicação: Utilizado em pacientes com necessidades e cuidados que necessitem de papagaio para micção.		
4. Responsável: Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;		
5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento. Solicitar sua colaboração.		
6. Materiais: 1. Papagaio; 2. Luva de procedimento.		
7. Descrição: 1. Reunir o material necessário; 2. Lavar as mãos; 3. Explicar o procedimento ao paciente; 4. Calçar luva de procedimento; 5. Levar o papagaio para junto do paciente (não o colocar sobre criado ou chão); 6. Colocar paciente em posição adequada ao seu estado físico; 7. Deixar o paciente sozinho, e cobri-lo, orientar para que o mesmo chame quando estiver pronto; 8. Retirar papagaio e desprezar diurese no vaso sanitário; 9. Oferecer água para higiene das mãos da paciente se necessário; 10. Deixar paciente em posição confortável; 11. Lavar as mãos; 12. Anotar procedimento realizado em prontuário.		
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.1/1

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Cuidados com o corpo pós-morte	P.ENF.036	
1. Definição: Cuidados dispensados ao corpo, após a constatação médica do óbito.		
2. Objetivo: Remover do setor para o necrotério.		
3. Indicação e contra indicação: Corpo após a constatação do óbito pelo médico.		
4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.		
5. Orientações ao paciente: Não se aplica. Porém, deve realizar orientação aos familiares.		
6. Materiais: <ol style="list-style-type: none"> 1. Impresso para identificação do corpo; 2. Atadura crepe; 3. Luva de procedimento. 		
7. Descrição: <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material necessário; 2. Colocar biombo no leito; 3. Retirar travesseiro, deixando o cadáver em posição plana; 4. Retirar sondas, drenos, cateteres e trocar os curativos, fixando-os bem; 5. Colocar prótese dentária se houver; 6. Colocar o paciente na maca com colchão forrado com lençol; 7. Amarrar as mão e queixo se necessário; 8. Colocar o impresso de identificação; 9. Colocar lençol para cobrir o corpo; 10. Encaminhar corpo para o necrotério; 11. Manter unidade em ordem e anotar procedimento realizado em prontuário; 12. Avisar sobre o óbito aos setores de apoio como: farmácia, portaria, nutrição. 		
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.1/1

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Drenagem de tórax	P.ENF.037	
<p>1. Definição: É a colocação de um dreno calibroso no espaço intrapleural para remoção de conteúdo anômalo como: ar, sangue, pus e outros líquidos acumulados.</p>		
<p>2. Objetivo: Permitir a ré expansão do pulmão afetado, normalizando a pressão negativa intrapleural.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Remoção de conteúdo na região da pleura.</p>		
<p>4. Responsável: Médico realiza procedimento. Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, auxiliam no mesmo;</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar a sua colaboração, para não tocar no material estéril.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bandeja de pequena cirurgia; 2. Dreno de tórax; 3. Sistema de frasco coletor para drenagem de tórax; 4. Escova para degermação das mãos (com clorexedina ou PVPI); 5. Gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, capote estéril; 6. Luva estéril; 7. Campo fenestrado; 8. Fio de nylon 3.0; 9. Anestésico local, sem vasoconstrictor; 10. Gaze estéril; 11. Agulhas 40mm x 12mm e 13mm x 4,5mm; 12. Soro fisiológico a 0,9% (frasco de 500ml); 13. Lâmina de bisturi; 14. Seringa de 10 cc.; 15. Esparadrapo; 16. Solução antisséptica (clorexidina degermante 2% ou 4% e clorexidina alcoólica 0,5%). <p>OBS.: Kit de drenagem de tórax (caixa com todos materiais necessários, disponível na farmácia).</p>		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar o cliente sobre o procedimento e enfatizar a necessidade do mesmo de manter-se imóvel; 2. Reunir todo material e proceder a higienização das mãos; 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/2</p>



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Drenagem de tórax

P.ENF.037

7. Descrição:

3. Auxiliar o médico durante a assepsia das mãos (técnica cirúrgica) e vestimenta de capote estéril;
4. Vestir capote, gorro, máscara e óculos de proteção;
5. Calçar luvas de procedimento;
6. Colocar o paciente em posição de "Fowler";
7. Preencher o frasco coletor com 500 ml. de S.F. 0,9 % (selo d'água);
8. Auxiliar o médico durante o procedimento;
9. Após o procedimento, realizar curativo oclusivo;
10. Registrar em prontuário o procedimento e intercorrências, caso haja.

8. Observações:

1. Dispor o material sempre numa superfície limpa e sem que haja risco de contaminação do mesmo;
2. Antes da introdução do dreno, colocar dentro das técnicas assépticas, o selo d'água no frasco do kit de drenagem na seguinte maneira:
3. Abrir o frasco do kit de drenagem;
4. Preenchê-lo com água estéril de modo que a extremidade do dreno permaneça dentro da água;
5. Tampar frasco e despinçar o dreno e observar a drenagem;
6. Anotar débito e aspecto conforme solicitação médica;
7. Comunicar ao enfermeiro qualquer sinal ou sintoma apresentado pelo paciente após procedimento;
8. Nunca o dreno poderá ficar fora da água, para que não entre ar nos pulmões;
9. A troca do selo d'água dever ser feita a cada 24 horas ou conforme solicitação médica;
10. Para realizar troca do selo deve-se pinçar o dreno;
11. Para transporte do paciente nunca deve pinçar o dreno;
12. Após a introdução do dreno, auxiliar na conexão deste a extremidade distal do sistema, sem contaminar;
13. Após término do procedimento, descartar material perfuro cortante em recipiente próprio e os demais no lixo hospitalar.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.2/2



Exame de eletrocardiograma

P.ENF.038

1. Definição: Registro gráfico da atividade elétrica do coração, realizado em aparelho chamado eletrocardiógrafo.

2. Objetivo: Analisar o ritmo cardíaco, a condução do estímulo através do sistema do coração e das suas cavidades, a integridade ou anormalidades do sistema de condução e detectar eventuais sobrecargas das cavidades cardíacas.

3. Indicação e contra indicação: O exame é utilizado sempre que se deseja avaliar a função cardíaca.

4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar a sua colaboração.

6. Materiais:

1. Eletrocardiógrafo; 2. Álcool a 70%; 3. Algodão seco.

7. Descrição:

1. Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo está ligado;
2. Checar a presença e integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente com cinco vias;
3. Seguir as orientações de utilização segundo o fabricante;
4. Solicitar que o paciente retire relógio, correntes, chaves, celulares, etc;
5. Solicitar ao paciente que exponha o tórax, punhos e tornozelos;
6. Cobrir o paciente para que o mesmo não fique totalmente exposto;
7. Orientar o paciente a deitar, evitar movimentação, tossir ou conversar;
8. Efetuar a remoção de sujidades, com algodão embebido em álcool a 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos;
9. Colocar os eletrodos no tórax e nos membros conforme determinado, usando eletrodos autoadesivos ou gel hidrossolúvel ou ainda outro material de condução conforme orientação do fabricante, e iniciar registro no eletrocardiógrafo;
10. Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico; e finalizar o procedimento, auxiliando o paciente a levantar-se da maca;
11. Anotar em livro próprio os seguintes dados: data, idade, categoria, médico solicitante, nome do paciente, nome de quem realizou o procedimento;
12. Identificar impresso do exame com nome do paciente, data, hora, e nome de quem realizou procedimento, lavar as mãos e manter ambiente em ordem.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.1/1

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem							
	Divisão de serviços Assistenciais							
Gasometria	P.ENF.039							
<p>1. Definição: Exame que permite a medida direta do pH, da oxigenação, dos níveis de CO₂, da saturação de O₂ e do excesso ou déficit de bases, de forma a avaliar a natureza e a evolução de distúrbios metabólicos e respiratórios.</p>								
<p>2. Objetivo: Acompanhar a oxigenação, sendo acidobásico e ventilação alveolar de pacientes críticos.</p>								
<p>3. Indicação e contra indicação: Para verificar se os seus pulmões são capazes de mover o oxigênio dos alvéolos para o sangue e remover o dióxido de carbono do sangue.</p>								
<p>4. Responsável: Enfermeiros.</p>								
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre o procedimento e seu desconforto. Solicitar sua colaboração.</p>								
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Seringa própria para coleta de gasometria;</td> <td style="width: 50%;">4. Algodão;</td> </tr> <tr> <td>2. Agulha 25x7 ou escalpe 21;</td> <td>5. Álcool a 70%;</td> </tr> <tr> <td>3. Luva de procedimento;</td> <td>6. Fita Crepe ou esparadrapo.</td> </tr> </table>			1. Seringa própria para coleta de gasometria;	4. Algodão;	2. Agulha 25x7 ou escalpe 21;	5. Álcool a 70%;	3. Luva de procedimento;	6. Fita Crepe ou esparadrapo.
1. Seringa própria para coleta de gasometria;	4. Algodão;							
2. Agulha 25x7 ou escalpe 21;	5. Álcool a 70%;							
3. Luva de procedimento;	6. Fita Crepe ou esparadrapo.							
<p>7. Descrição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arterial <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material necessário e realizar lavagem das mãos; 2. Explicar procedimento ao paciente e calçar luvas de procedimento; 3. Realizar assepsia do local; 4. Palpar artéria com o dedo indicador e médio, para localizar artéria, (preferencialmente o radial); 5. Realizar punção com um ângulo de 30° a 45° para artérias superficiais, e 90° para as mais profundas; 6. Depois de colher, pressionar o local com algodão durante uns 5 minutos, em caso de paciente em terapia anticoagulante, pressionar por uns 10 minutos; 7. Retirar o ar da seringa, tampar a mesma, levar o sangue para leitura no aparelho de gasometria; 8. Identificar o exame e apresentar ao médico; 9. Anotar procedimento em livro próprio e realizar anotação em prontuário. • Venosa central <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material necessário e realizar lavagem das mãos; 								
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/2</p>						



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Gasometria

P.ENF.039

7. Descrição:

2. Explicar procedimento ao paciente e calçar luvas de procedimento;
3. Aspirar 10ml de sangue do cateter venoso central e após desprezar o sangue;
4. Colher 3ml de sangue na seringa própria para gasometria e retirar o ar da seringa;
5. Levar o sangue para leitura no aparelho de gasometria;
6. Identificar o exame e apresentar ao médico;
7. Anotar procedimento em livro próprio e realizar anotação em prontuário.

• **Venosa**

1. Reunir o material necessário;
2. Realizar lavagem das mãos;
3. Explicar procedimento ao paciente;
4. Calçar luvas de procedimento;
5. Realizar a punção venosa periférica, colher 3ml de sangue na seringa própria para gasometria;
6. Levar o sangue para leitura no aparelho de gasometria;
7. Identificar o exame e apresentar ao médico;
8. Anotar procedimento em livro próprio e realizar anotação em prontuário.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.2/2

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem									
	Divisão de serviços Assistenciais									
Higienização pessoal – Higiene oral	P.ENF.041									
<p>1. Definição: É a limpeza da cavidade oral para prevenir o aparecimento de infecção na boca, pois esta faz parte do sistema digestório e também respiratório.</p>										
<p>2. Objetivo: Manter a cavidade oral higienizada, prevenir cáries dentárias, prevenir infecções bucais, digestivas e respiratórias, combater a infecção já instalada e proporcionar conforto e bem-estar ao paciente, permitindo que ele se sinta socialmente aceitável.</p>										
<p>3. Indicação e contra indicação: Pela manhã, ou sempre que o paciente desejar.</p>										
<p>4. Responsável: Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;</p>										
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre procedimento.</p>										
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Água;</td> <td style="width: 50%;">5. Toalha de rosto;</td> </tr> <tr> <td>2. Escova de dente ou espátula;</td> <td>6. Luva de procedimento;</td> </tr> <tr> <td>3. Creme dental ou solução antisséptica oral;</td> <td>7. Cuba rim;</td> </tr> <tr> <td>4. 1 pacote de gaze;</td> <td>8. Copo descartável.</td> </tr> </table>			1. Água;	5. Toalha de rosto;	2. Escova de dente ou espátula;	6. Luva de procedimento;	3. Creme dental ou solução antisséptica oral;	7. Cuba rim;	4. 1 pacote de gaze;	8. Copo descartável.
1. Água;	5. Toalha de rosto;									
2. Escova de dente ou espátula;	6. Luva de procedimento;									
3. Creme dental ou solução antisséptica oral;	7. Cuba rim;									
4. 1 pacote de gaze;	8. Copo descartável.									
<p>7. Descrição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente independente dos cuidados de enfermagem <ol style="list-style-type: none"> 1. Conversar com paciente, orientando-o sobre o cuidado. <ul style="list-style-type: none"> • Paciente dependente do cuidado de enfermagem <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar o material e lavar as mãos; 2. Explicar procedimento ao paciente e calçar luvas; 3. Erguer a cabeceira da cama ou sentar o paciente; 4. Colocar toalha para proteger o tórax; 5. Colocar cuba rim próximo ao rosto do paciente; 6. Umedecer a escova na água, colocar o creme dental ou umedecer espátula com gaze; 7. Realizar escovação ou limpeza na cavidade oral, e na língua; 8. Oferecer água para paciente realizar bochecho e enxague da boca, enxugar a boca do mesmo; 9. Enxaguar a escova de dente e guardá-la; 10. Deixar o paciente em posição confortável e lavar as mãos; 11. Realizar anotação em prontuário. 										
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/2</p>								



Higienização pessoal – Higiene oral

P.ENF.041

• **Paciente totalmente dependente do cuidado de enfermagem**

1. Preparar o material e lavar as mãos;
2. Explicar procedimento ao paciente e calçar luvas de procedimento;
3. Erguer a cabeceira da cama ou sentar o paciente;
4. Colocar toalha para proteger o tórax;
5. Colocar cuba rim próximo ao rosto do paciente;
6. Umedecer a escova na água, colocar o creme dental ou umedecer espátula com gaze;
7. Proceder limpeza dos dentes e gengivas, limpar a mucosa das bochechas, palato e língua;
8. Lavar os lábios e lubrificá-los com óleo, se estiverem ressecados;
9. Enxugar a boca do paciente;
10. Enxaguar a escova de dente e guardá-la;
11. Deixar o paciente em posição confortável e lavar as mãos;
12. Realizar anotação em prontuário.

• **Cuidados com prótese dentária (dentadura ou ponte móvel)**

1. Se o paciente estiver inconsciente ou tiver que ser submetido a uma cirurgia, a prótese dentária não deverá ser colocada;
2. A enfermagem tem responsabilidade pela guarda da prótese dentária dos pacientes;
3. Retirar a prótese dentária com auxílio de gaze e com todo cuidado para não machucar as gengivas;
4. Proceder a limpeza das gengivas, língua e lábios;
5. Escovar e lavar prótese dentária;
6. Guardá-la coberta em lugar seguro;
7. Recolar a prótese dentária assim que paciente apresente condições;
8. Deixar o paciente em posição confortável;
9. Lavar as mãos e realizar anotação em prontuário.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.2/2

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem							
	Divisão de serviços Assistenciais							
Higienização das Mãos e dos Pés	P.ENF.042							
1. Definição: É a limpeza das mãos, dos pés e das unhas.								
2. Objetivo: Prevenção de infecções e proporcionar conforto e segurança.								
3. Indicação e contra indicação: Manter higienizados mãos, pés e unhas e evitar contaminações.								
4. Responsável: Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;								
5. Orientações ao paciente: Informar sobre procedimento. Solicitar sua colaboração.								
6. Materiais: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Tesoura;</td> <td style="width: 50%;">4. Bacia e jarro com água;</td> </tr> <tr> <td>2. Sabonete;</td> <td>5. Toalha;</td> </tr> <tr> <td>3. Gaze;</td> <td>6. Luva de procedimento.</td> </tr> </table>			1. Tesoura;	4. Bacia e jarro com água;	2. Sabonete;	5. Toalha;	3. Gaze;	6. Luva de procedimento.
1. Tesoura;	4. Bacia e jarro com água;							
2. Sabonete;	5. Toalha;							
3. Gaze;	6. Luva de procedimento.							
7. Descrição: <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar o material; 2. Lavar as mãos; 3. Explicar procedimento ao paciente; 4. Calçar luvas; 5. Colocar as mãos ou os pés do paciente na bacia com água e sabão; 6. Enxugar e cortar as unhas retas para evitar encravamento das mesmas, mantendo mão ou pé sobre a toalha, após desprezar a água; 7. Deixar o paciente em posição confortável; 8. Lavar as mãos; 9. Realizar anotação em prontuário. 								
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação	Pag.1/1						



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Higiene íntima feminina

P.ENF.043

1. Definição: É a limpeza da região genital e perianal para proporcionar sensação de limpeza e higiene.

2. Objetivo: Prevenção de infecções, proporcionar conforto e combater infecção já instalada;

3. Indicação e contra indicação: Diariamente pela manhã, após micção ou defecação, com maior frequência em caso de corrimentos abundantes;

4. Responsável: Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

5. Orientações ao paciente: Informar sobre procedimento. Solicitar sua colaboração.

6. Materiais:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Biombo; | 5. Toalha; |
| 2. Sabonete ou solução medicamentosa prescrita; | 6. Luva de procedimento; |
| 3. Comadre; | 7. Algodão. |
| 4. Bacia e jarro com água; | |

7. Descrição:

1. Preparar o material e lavar as mãos;
2. Explicar procedimento ao paciente e calçar luvas;
3. Colocar comadre sob nádegas da paciente;
4. Solicitar a paciente para fletir as pernas mantendo-as separadas e protegida com um lençol;
5. Irrigar a coxa e o púbis;
6. Ensaboar a face interna da coxa e região pubiana, após enxaguar;
7. Separar com uma das mãos os grandes lábios e com bola de algodão, ensaboá-los fazendo movimentos de cima para baixo;
8. Utilizar outra bola de algodão para fazer limpeza do vestibulo vaginal, observando as condições do clitóris e dos orifícios;
9. Lavar o ânus e a região perianal por último, enxaguar irrigando;
10. Retirar a comadre e enxugar a região molhada com a toalha;
11. Deixar o paciente em posição confortável e lavar as mãos;
12. Realizar anotação em prontuário.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.1/1



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Higiene íntima masculina

P.ENF.044

1. Definição: É a limpeza da região genital e perianal para proporcionar sensação de limpeza e higiene.

2. Objetivo: Prevenção de infecções, proporcionar conforto e combater infecção já instalada;

3. Indicação e contra indicação: Diariamente pela manhã, após micção ou defecação, com maior frequência em caso de corrimentos abundantes;

4. Responsável: Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

5. Orientações ao paciente: Informar sobre procedimento. Solicitar sua colaboração.

6. Materiais:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Biombo; | 5. Toalha; |
| 2. Sabonete ou solução medicamentosa prescrita; | 6. Luva de procedimento; |
| 3. Comadre; | 7. Algodão. |
| 4. Bacia e jarro com água; | |

7. Descrição:

1. Preparar o material;
2. Lavar as mãos;
3. Explicar procedimento ao paciente;
4. Calçar luvas;
5. Colocar comadre sob nádegas da paciente;
6. Levantar o pênis com uma gaze e fazer irrigação com água;
7. Ensaboar a região com gaze, afastando bem o prepúcio, irrigar toda a região tirando sabão;
8. Lavar o ânus e a região perianal por último;
9. Enxaguar irrigando;
10. Retirar a comadre e enxugar a região molhada com a toalha;
11. Deixar o paciente em posição confortável;
12. Lavar as mãos;
13. Realizar anotação em prontuário.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.1/1

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem					
	Divisão de serviços Assistenciais					
Irrigação contínua	P.ENF.045					
<p>1. Definição: É a instalação de solução fisiológica continuamente por meio de sondagem vesical de demora, e a lavagem da mucosa que reveste a bexiga.</p>						
<p>2. Objetivo: Manter permeabilidade da sonda, permitir drenagem da urina e outros líquidos introduzidos, observar o aspecto do líquido drenado.</p>						
<p>3. Indicação e contra indicação: Remover o sangue presente na urina em pós-operatório de cirurgia de próstata. Hematúria.</p>						
<p>4. Responsável: Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;</p>						
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre procedimento. Solicitar sua colaboração.</p>						
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Frasco com SF0,9%;</td> <td style="width: 50%;">3. Luva de procedimento;</td> </tr> <tr> <td>2. Equipo;</td> <td>4. Kit sondagem vesical com três vias S/N.</td> </tr> </table>			1. Frasco com SF0,9%;	3. Luva de procedimento;	2. Equipo;	4. Kit sondagem vesical com três vias S/N.
1. Frasco com SF0,9%;	3. Luva de procedimento;					
2. Equipo;	4. Kit sondagem vesical com três vias S/N.					
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar o material; 2. Lavar as mãos; 3. Explicar procedimento ao paciente; 4. Calçar luvas; 5. Pinçar o equipo do frasco de solução instada; 6. Prender o frasco ao suporte de soro; 7. Conectar o equipo a sonda; 8. Abrir a pinça, estabelecendo o gotejamento imediato e controlar a velocidade; 9. Tirar as luvas e desprezar em lixo próprio; 10. Deixar o paciente em posição confortável; 11. Lavar as mãos; 12. Preencher impresso de irrigação contínua e anexar ao prontuário; 13. Realizar anotação em prontuário. 						
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>				

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Lavagem intestinal	P.ENF.046	
<p>1. Definição: É a introdução de uma solução medicamentosa ou não, no intestino grosso através de uma sonda retal.</p>		
<p>2. Objetivo: Limpeza da porção final do intestino.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Aliviar a constipação intestinal, preparo do paciente para cirurgia, exames, fins terapêuticos.</p>		
<p>4. Responsável: Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar sobre procedimento e possível desconforto. Solicitar sua colaboração.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frasco com solução Clister ou Fleet enema (conforme prescrição); 2. Sonda retal; 3. Equipo; 4. Luva de procedimento; 5. Lubrificante – Lidocaína gel; 6. Biombo. 		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar o material e lavar as mãos; 2. Colocar o biombo, explicar procedimento ao paciente e calçar luvas; 3. Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo, com a perna direita fletida posição de Sims; 4. Colocar forro sobre o paciente; 5. Retirar o ar da sonda e lubrificá-la com Lidocaína gel; 6. Solicitar ao paciente que respire, afastar a prega interglútea e introduzir a sonda; 7. Abrir a sonda e deixar a solução correr, em caso de Clister introduzir o líquido; 8. Retirar a sonda ao término e cobri-lo, deixando-o na mesma posição por alguns minutos; 9. Colocar comadre no paciente ou leva-lo ao banheiro se possível; 10. Realizar higiene no paciente ou permitir que ele mesmo realize se possível; 11. Tirar comadre e retirar as luvas; 12. Deixar paciente confortável e lavar as mãos; 13. Manter ambiente em ordem e realizar anotação no prontuário. 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Massagem de conforto e hidratação

P.ENF.047

1. Definição: É a compressão manual, metódica dos tecidos corporais, com fins terapêuticos e de conforto.

2. Objetivo: Produzir relaxamento muscular, ativar a circulação sanguínea, ajuda na prevenção de lesões por pressão.

3. Indicação e contra indicação: Oferecer cuidados sempre que necessário para diminuir desconforto, dor e ansiedade.

4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.

6. Materiais:

1. Creme para facilita no deslizamento das mãos;
2. Luva de procedimento.

7. Descrição:

1. Preparar o material;
2. Lavar as mãos;
3. Colocar o biombo;
4. Explicar procedimento ao paciente;
5. Calçar luvas;
6. Colocar o paciente em decúbito dorsal ou sentado;
7. Descobrir a área a ser massageada;
8. Colocar o creme sobre as mãos;
9. Executar massagem delicadamente;
10. Deixar paciente confortável;
11. Lavar as mãos;
12. Realizar anotação no prontuário.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.1/1



7. Descrição:

- **Virar paciente em decúbito ventral**

1. Lavar as mãos;
2. Explicar procedimento ao paciente e calçar luvas;
3. Colocar o paciente em decúbito lateral. A seguir, colocar uma das mãos no seu ombro e a outra na coxa, auxiliando o paciente a ficar na posição adequada;
4. Colocar travesseiro sob suas pernas, peito e abdome;
5. Deixar o paciente em posição confortável e realizar anotação em prontuário.

- **Levar o paciente para cabeceira do leito (quando paciente ajuda)**

1. Lavar as mãos;
2. Explicar procedimento ao paciente e calçar luvas;
3. Pedir ao paciente que flexione os joelhos e firme os pés no colchão;
4. Colocar um dos braços debaixo do ombro do paciente até a axila oposta;
5. Colocar o outro braço na altura da região lombar;
6. Pedir ao paciente que dê um impulso para cima e levantar o paciente para cabeceira, com movimento ritmado;
7. Deixar paciente confortável e realizar anotação em prontuário.

- **Levar o paciente para cabeceira do leito (quando paciente não pode ajudar)**

1. Lavar as mãos;
2. Explicar procedimento ao paciente e calçar luvas;
4. A 1ª pessoa coloca um braço no ombro e o outro na região glútea;
5. A 2ª pessoa coloca um braço na região lombar e outro na altura dos joelhos;
6. Num movimento ritmado as duas levam o paciente para cabeceira;
7. Deixar paciente confortável;
8. Realizar anotação em prontuário.

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem							
	Divisão de serviços Assistenciais							
Nebulização contínua	P.ENF.049							
<p>1. Definição: É a administração de oxigênio, através do trato respiratório por um aparelho chamado nebulizador.</p>								
<p>2. Objetivo: Fornecer suporte de oxigênio.</p>								
<p>3. Indicação e contra indicação: Umidificar a via aérea superior. Facilitar a drenagem de muco das vias aéreas superiores e pulmonares.</p>								
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>								
<p>5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.</p>								
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Kit de nebulização (máscara, copo, traquéia);</td> <td style="width: 50%;">4. Cadastrar;</td> </tr> <tr> <td>2. Fluxômetro;</td> <td>5. Fonte de oxigênio.</td> </tr> <tr> <td>3. Água destilada;</td> <td></td> </tr> </table>			1. Kit de nebulização (máscara, copo, traquéia);	4. Cadastrar;	2. Fluxômetro;	5. Fonte de oxigênio.	3. Água destilada;	
1. Kit de nebulização (máscara, copo, traquéia);	4. Cadastrar;							
2. Fluxômetro;	5. Fonte de oxigênio.							
3. Água destilada;								
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar o material; 2. Verificar prescrição médica ou de enfermagem; 3. Lavar as mãos; 4. Explicar procedimento ao paciente; 5. Posicionar paciente em cabeceira elevada 45°, de maneira confortável e de acordo com seu estado físico; 6. Instalar umidificador colocando água destilada até o nível indicado; 7. Fixar a máscara no rosto do paciente com cadarço, atentar para o posicionamento correto da máscara; 8. Ligar o oxigênio conforme a necessidade do paciente e a prescrição médica; 9. Manter nebulização contínua ou conforme a prescrição médica; 10. Identificar o copo de nebulização com data, horário e nome de quem instalou; 11. Deixar paciente confortável; 12. Lavar as mãos; 13. Checar prontuário e registrar procedimento em impresso próprio; 14. Realizar anotação no prontuário. 								
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>						

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>		SERVIÇO: Enfermagem
		Divisão de serviços Assistenciais
Oxigenioterapia	P.ENF.050	
<p>1. Definição: É a administração de oxigênio, através do trato respiratório por cateter nasal tipo óculos.</p>		
<p>2. Objetivo: Fornecer suporte de oxigênio.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Umidificar a via aérea superior. Facilitar a drenagem de muco das vias aéreas superiores e pulmonares.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cateter tipo óculos; 2. Extensão; 3. Frasco umidificador; 4. Fluxômetro; 5. Água destilada; 6. Fonte de oxigênio. 		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar o material e verificar prescrição médica ou de enfermagem; 2. Lavar as mãos; 4. Explicar procedimento ao paciente; 5. Posicionar paciente em cabeceira elevada 45°, de maneira confortável e de acordo com seu estado físico; 6. Instalar umidificador colocando água destilada até o nível indicado; 7. Colocar cateter tipo óculos nas narinas do paciente; 8. Ligar o oxigênio conforme a necessidade do paciente e a prescrição médica; 9. Manter oxigenioterapia contínua ou conforme a prescrição médica; 10. Identificar o copo umidificador com data, horário e nome de quem instalou; 11. Deixar paciente confortável; 12. Lavar as mãos; 13. Checar prontuário e registrar procedimento em impresso próprio; 14. Realizar anotação no prontuário. 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/1</p>

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Passar o paciente da maca para o leito e vice-versa	P.ENF.051	
1. Definição: Transferir o paciente da maca para o leito, e do leito para a maca.		
2. Objetivo: Transferir o paciente.		
3. Indicação e contra indicação: Transferência intra-setores. Encaminhamento para cirurgia, internação ou alta hospitalar.		
4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.		
5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.		
6. Materiais: 1. Luvas de procedimento; 2. Lençol.		
7. Descrição: 1. Lavar as mãos; 2. Comunicar ao paciente sobre o procedimento; 3. Calçar as luvas; 4. Descer em leque o lençol que está cobrindo o paciente; 5. Soltar o lençol móvel e enrolar as pontas bem próxima ao paciente; 6. Colocar a maca paralela e encostada no leito; 7. AS pessoas devem colocar-se duas ao lado da cama e duas ao lado da maca; 8. Segurando o lençol móvel, apoiar a cabeça com travesseiro, se paciente estiver inconsciente ou impossibilitado de colaborar; 9. Passar o paciente ritmadamente num movimento só; 10. Deixar o paciente em posição confortável; 11. Lavar as mãos; 12. Realizar anotação em prontuário.		
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.1/1

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Posições do corpo	P.ENF.052	
1. Definição: É o ato de mudar e colocar o paciente em determinada posição.		
2. Objetivo: Mudar posição de pacientes acamados.		
3. Indicação e contra indicação: Proporcionar conforto, realizar exames, procedimentos e cirurgias.		
4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.		
5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.		
6. Materiais: 1. Luvas de procedimento.		
7. Descrição: <ul style="list-style-type: none"> • Posição decúbito dorsal <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar procedimento ao paciente; 2. Manter o paciente de barriga para cima; 3. Colocar um travesseiro sob a cabeça se necessário; 4. Colocar os braços ao longo do corpo ou sobre o tórax; 5. Manter o paciente confortável. • Posição decúbito ventral <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar procedimento ao paciente; 2. Manter paciente com abdome para baixo e cabeça voltada para o lado; 3. Colocar um travesseiro sob a cabeça se necessário; 4. Colocar os braços ao longo do corpo; 5. Manter o paciente confortável. • Posição decúbito lateral <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar procedimento ao paciente; 2. Manter o paciente com abdome virado para o lado direito ou esquerdo; 3. Colocar um travesseiro sob a cabeça se necessário; 4. Colocar um travesseiro ao lado do dorso; 5. Colocar os braços ao longo do corpo; 6. Manter o paciente confortável. 		
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.1/3



7. Descrição:

- **Posição de Fowler**

1. Explicar procedimento ao paciente;
2. Manter o paciente em decúbito dorsal;
3. Elevar cabeceira do leito cerca de 30°;
4. Colocar rolos ou travesseiros sob joelhos e nos pés;
5. Manter o paciente confortável.

- **Posição de Trendelenburg**

1. Explicar procedimento ao paciente;
2. Manter paciente em decúbito dorsal;
3. Elevar os pés no leito;
4. Manter o paciente confortável.

- **Posição Sims**

1. Explicar procedimento ao paciente;
2. Manter o paciente em decúbito lateral direito ou esquerdo;
3. Colocar travesseiros sob cabeça do paciente para servir de apoio;
4. Colocar os braços para cima ou longo do corpo;
5. Flexionar a perna que estiver por cima;
6. Manter o paciente confortável.

- **Posição ginecológica**

1. Explicar procedimento ao paciente;
2. Manter o paciente em decúbito dorsal, mantendo suas pernas flexionadas sob as coxas, colocar a planta dos pés apoiada no colchão e deixar joelhos afastados;
3. Cobrir paciente com lençol e retirar parte dele somente no momento do exame;
4. Manter o paciente confortável.

- **Posição Litotomia**

1. Explicar procedimento ao paciente;
2. Colocar paciente em decúbito dorsal, com os ombros e a cabeça ligeiramente elevados. As coxas flexionadas e afastadas sobre o abdome. Em caso de pernas colocar sobre a mesa;



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Posições do corpo

P.ENF.052

7. Descrição:

3. Cobrir paciente com lençol e retirar parte dele somente no momento do exame;
4. Manter paciente confortável.
 - **Posição genupeitoral**
 1. Explicar procedimento ao paciente;
 2. Orientar o paciente para ficar de joelhos sobre o leito, e com peito apoiado na cama;
 3. Colocar um travesseiro sobre o tórax e a cabeça do paciente;
 4. Manter a cabeça lateralizada;
 5. Cobrir paciente com lençol e só tirar parte dele no momento do exame;
 6. Manter o paciente confortável.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.3/3

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Preparo do paciente no pré-operatório	P.ENF.053	
<p>1. Definição: Consiste nos cuidados de enfermagem a todos os pacientes em preparo para submeter-se a cirurgia. Dependendo da cirurgia a ser realizada, o preparo pré-operatório poderá ser feito em alguns dias ou até mesmo nas primeiras horas antes da cirurgia. O pré-operatório é o período de tempo em que se reconhece a necessidade de uma cirurgia até o momento em que o paciente chega à sala de cirurgia. O pré-operatório imediato são as vinte quatro horas anteriores à cirurgia.</p>		
<p>2. Objetivo: Preparar paciente para realização de procedimento cirúrgico.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Pacientes que irão realizar procedimento cirúrgico.</p>		
<p>4. Responsável: Técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prontuário com exames laboratoriais e radiográficos; 2. Camisola; 3. Gorro; 4. Lençol; 5. Tesoura (para aparar os pêlos S/N) ou aparelho e aparelho de tricotomia descartável. 		
<p>7. Descrição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • VÉSPERA DA CIRURGIA <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar se no mapa cirúrgico do dia seguinte consta o nome do paciente, da cirurgia, horário da cirurgia, e nomes do médico e anestesista; 2. Comunicar ao paciente e ao acompanhante que a cirurgia será no dia seguinte; 3. Explicar ao paciente e acompanhante sobre a cirurgia, tipo de anestesia, dependendo da necessidade, solicitar a presença do cirurgião ou anestesista para maiores esclarecimentos ao paciente; 4. Tranquilizar o paciente em caso de ansiedade e medo; 5. Ouvir o paciente, dando importância as queixas e relatos; 6. Providenciar a coleta de exames laboratoriais se necessário; 7. Fazer clister glicerinado, se prescrito; 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/2</p>



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Preparo do paciente no pré-operatório

P.ENF.053

7. Descrição:

8. Iniciar jejum após as 22:00 horas, da noite anterior à cirurgia, ou de acordo com a prescrição médica ou de acordo com a cirurgia proposta e/ou horário de realização da cirurgia.

- **NO DIA DA CIRURGIA**

1. Fazer tricotomia ou aparar os pelos da região a ser operada, caso seja solicitado;
2. Encaminhar o paciente ao banho de aspersão (plantão noturno), ou fazer o banho no leito, pela manhã, 2 horas antes da hora prevista para a cirurgia;
3. Verificar sinais vitais;
4. Comunicar a enfermeira alterações dos sinais vitais ou sintomas como febre, tosse, coriza e dor;
5. Pedir ao paciente para urinar antes da troca da roupa do centro cirúrgico;
6. Pedir ao paciente para retirar próteses, joias, óculos, prendedores de cabelo e roupas íntimas;
7. Administrar medicação pré-anestésica caso prescrita;
8. Auxiliar o paciente a trocar a camisola/ pijama pela camisola do centro cirúrgico;
9. Realizar contato com o maqueiro;
10. Auxiliar no transporte do paciente da cama para a maca;
11. Cobrir o paciente com lençol, preservando sua intimidade;
12. Fazer o registro da hora e condições do paciente na ficha única, colocando-a no prontuário.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.2/2

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Punção venosa	P.ENF.054	
<p>1. Definição: É a inserção de um cateter no vaso sanguíneo.</p>		
<p>2. Objetivo: Instalar um acesso venoso em um vaso periférico.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Obter efeito imediato do medicamento. Permitir introdução de solução em grandes quantidades de volume em caso de desidratação, choque, hemorragias, cirurgias. Instalar terapêutica com sangue e hemoderivados.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração para não tocar no material estéril.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bandeja; 2. Garrote; 3. Clorexidina alcoólica 0,5% ou álcool à 70%, quando não houver clorexidina alcoólica; 4. Bolas de algodão/gazes; 5. Cateter intravenoso periférico sobre agulha apropriado ao calibre da veia e rede venosa do paciente (ex: Jelco® nº 24 – 22 em neonatologia/pediatria; Jelco® nº 20 à 14 em adultos); 6. Esparadrapo ou micropore; 7. Luvas de procedimento; 8. Dispositivo a ser conectado ao cateter venoso de acordo com o objetivo da punção (torneirinha, tubo extensor, tubo em “Y”). 		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar prescrição médica, nome do cliente, leito, solução a ser infundida, volume, data e horário e organizar material; 2. Lavar as mãos; 3. Comunicar ao paciente sobre o procedimento e posicionar o cliente de maneira confortável e adequada à realização do procedimento e calçar as luvas; 4. Expor a área de aplicação, verificando a condição das veias; 5. Palpar a rede venosa para escolher o local a ser puncionado, de preferência vasos periféricos superficiais de grosso calibre e distante das articulações. Indicadas: cefálica, basílica, mediana, as do antebraço e as do plexo venoso do dorso da mão; sentido distal para proximal; 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/2</p>

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Punção venosa	P.ENF.054	
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Escolher o cateter adequado ao calibre do vaso periférico; 7. Prender o garrote acima do local escolhido (não o colocar sobre as articulações); 8. Pedir ao cliente para abrir e fechar a mão e, em seguida, mantê-la fechada; 9. Fazer a antissepsia da área usando algodão/gaze embebido em clorexidina alcoólica 0,5%, com movimentos no sentido do retorno venoso ou circular do centro para fora; 10. Tracionar a pele do cliente (no sentido da porção distal do membro) com a mão não dominante, posicionando o dedo polegar cerca de 2,5 cm abaixo do local selecionado para a punção; 11. Informar ao cliente o momento da punção, solicitando que faça uma inspiração profunda; 12. Inserir a agulha com o bisel voltado para cima, até observar o refluxo do sangue; 13. Retirar o mandril quando puncionar com cateter sobre agulha, fazendo pressão acima da ponta do cateter com o indicador da mão não dominante; 14. Soltar o garrote e solicitar ao cliente para abrir a mão; 15. Adaptar a conexão de duas vias ao cateter; 16. Testar a permeabilidade do sistema. Observar se não há formação de soroma local; 17. Fixar o cateter à pele do cliente, utilizando película transparente estéril de maneira que fique firme, visualmente estético e que não atrapalhe os movimentos; 18. Identificar no próprio curativo do cateter o dia e hora da punção, o responsável pela mesma e o calibre do cateter utilizado; 19. Colocar o cliente em posição confortável; 20. Recolher o material utilizado, desprezar o lixo em local adequado; 21. Retirar as luvas de procedimento; 22. Lavar as mãos; 23. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente. 		
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.2/2

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Sentar paciente em cadeira comum ou de rodas	P.ENF.055	
1. Definição: Sentar paciente em cadeira comum ou de rodas.		
2. Objetivo: Proporcionar conforto e transporte.		
3. Indicação e contra indicação: Pacientes acamados e imobilizados.		
4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.		
5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.		
6. Materiais: 1. Luvas de procedimento.		
7. Descrição: 1. Lavar as mãos; 2. Comunicar ao paciente sobre o procedimento; 3. Calçar as luvas; 4. Posicionar a cadeira próximo a cama; 5. Virar o paciente de lado, colocando um braço no ombro do paciente e o outro na região posterior do joelho. O braço mais distante do paciente se apoia no ombro do executante e com um impulso, senta-o no leito; 6. Observar seu estado geral; 7. Colocar chinelo no paciente; 8. Levar o paciente apoiando-o nos ombros do executante que assegura pela cintura; 9. Virar o paciente, e senta-lo na cadeira e cobri-lo; 10. Deixar o paciente confortável; 11. Lavar as mãos; 12. Realizar anotação em prontuário.		
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.1/1

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem									
	Divisão de serviços Assistenciais									
Sondagem nasoenteral	P.ENF.056									
<p>1. Definição: É a passagem de uma sonda através das fossas nasais, geralmente até o jejuno.</p>										
<p>2. Objetivo: Finalidade de alimentar ou hidratar pacientes com problema na deglutição ou rebaixamento de nível de consciência.</p>										
<p>3. Indicação e contra indicação: Manutenção ou correção do estado nutricional. Administração de medicamentos.</p>										
<p>4. Responsável: Enfermeiros.</p>										
<p>5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.</p>										
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Bandeja;</td> <td style="width: 50%;">5. Gazes;</td> </tr> <tr> <td>2. Sonda enteral com fio guia;</td> <td>6. Lidocaína gel;</td> </tr> <tr> <td>3. Seringa 20ml;</td> <td>7. Esparadrapo ou micrope;</td> </tr> <tr> <td>4. Luva de procedimento;</td> <td>8. Estetoscópio.</td> </tr> </table>			1. Bandeja;	5. Gazes;	2. Sonda enteral com fio guia;	6. Lidocaína gel;	3. Seringa 20ml;	7. Esparadrapo ou micrope;	4. Luva de procedimento;	8. Estetoscópio.
1. Bandeja;	5. Gazes;									
2. Sonda enteral com fio guia;	6. Lidocaína gel;									
3. Seringa 20ml;	7. Esparadrapo ou micrope;									
4. Luva de procedimento;	8. Estetoscópio.									
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar a prescrição médica ou de enfermagem e preparar material e lavar as mãos; 2. Comunicar ao paciente sobre o procedimento e calçar as luvas; 3. Posicionar paciente na posição Fowler ou sentado com a cabeça ligeiramente inclinada para frente; 4. Cortar esparadrapo para marcar a sonda; 5. Medir a sonda da ponta do nariz ao lóbulo inferior da orelha, até o apêndice xifoide, acrescentando 5cm aproximadamente; 6. Lubrificar a sonda com Lidocaína gel; 7. Passar a sonda através de uma das narinas solicitar ao paciente que auxilie (quando possível) deglutindo a sonda quando passar pela faringe. Pode haver náuseas e vômitos, portanto deixe-o repousar alguns minutos. A flexão cervical, nesta tarefa, pode ser útil em pacientes intubados e sedados; 8. Introduzir a sonda até a porção marcada com o esparadrapo; 9. Verificar se a sonda está bem posicionada no estômago: aspirando o conteúdo gástrico e injetando 20 ml de ar através da sonda e com o estetoscópio sobre o epigástrico, auscultar a presença de som estridente; 										
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/2</p>								



7. Descrição:

10. Ajustar a sonda na posição correta e fixá-la com micropore sobre a pele do paciente (região nasal);
11. De acordo com a rotina de serviço, o médico solicita Raio X para confirmar posicionamento da sonda antes de autorizar infusão da dieta;
12. Após confirmação de posicionamento, retirar o fio guia e guarda-lo na embalagem da sonda identificando a embalagem com data, horário e nome de quem executou procedimento;
13. Recolher o material, retirar as luvas e lavar as mãos;
14. Anotar o procedimento realizado registrando intercorrências, sinais de resíduos e posicionamento da sonda.

8. Observações:

- Em caso de perda proposital ou acidental e obstrução de SNG, o enfermeiro deverá preencher impresso de não conformidade e notificar o agravo no site da ANVISA.

• **Riscos**

1. Obstrução da sonda;
2. Remoção acidental da sonda;
3. Úlcera nasal.

• **Prevenção de agravo**

1. Seguir procedimento técnico;
2. Fixar a sonda adequadamente;
3. Tratar agitação psicomotora.

• **Tratamento da não conformidade**

1. Comunicar as intercorrências ao enfermeiro e médico;
2. Em caso de remoção acidental repassar a sonda caso necessário;
3. Lavar a sonda com 20 ml de água filtrada em caso de obstrução
4. Assegurar tratamento dos agravos e atenção à família.

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem										
	Divisão de serviços Assistenciais										
Sondagem nasogástrica	P.ENF.057										
<p>1. Definição: É a passagem de uma sonda através das fossas nasais, até o estômago.</p>											
<p>2. Objetivo: Pode ser introduzida para remover secreções do estômago, remover doses excessivas de medicamentos ingeridos ou venenos, para esvaziamento gástrico antes de cirurgias e para administração de medicações.</p>											
<p>3. Indicação e contra indicação: Remover secreções do estômago, remover doses excessivas de medicamentos ingeridos ou venenos, para esvaziamento gástrico antes de cirurgias e para administração de medicações.</p>											
<p>4. Responsável: Enfermeiros.</p>											
<p>5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.</p>											
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Bandeja;</td> <td style="width: 50%;">6. Gazes;</td> </tr> <tr> <td>2. Sonda nasogástrica em calibre adequado;</td> <td>7. Lidocaína gel;</td> </tr> <tr> <td>3. Frasco coletor;</td> <td>8. Esparadrapo ou micrope;</td> </tr> <tr> <td>4. Seringa 20ml;</td> <td>9. Estetoscópio.</td> </tr> <tr> <td>5. Luva de procedimento;</td> <td></td> </tr> </table>		1. Bandeja;	6. Gazes;	2. Sonda nasogástrica em calibre adequado;	7. Lidocaína gel;	3. Frasco coletor;	8. Esparadrapo ou micrope;	4. Seringa 20ml;	9. Estetoscópio.	5. Luva de procedimento;	
1. Bandeja;	6. Gazes;										
2. Sonda nasogástrica em calibre adequado;	7. Lidocaína gel;										
3. Frasco coletor;	8. Esparadrapo ou micrope;										
4. Seringa 20ml;	9. Estetoscópio.										
5. Luva de procedimento;											
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar a prescrição médica ou de enfermagem e preparar material e lavar as mãos; 2. Comunicar ao paciente sobre o procedimento e calçar as luvas; 3. Posicionar paciente na posição Fowler ou sentado com a cabeça ligeiramente inclinada para frente; 4. Cortar esparadrapo para marcar a sonda; 5. Medir a sonda da ponta do nariz ao lóbulo inferior da orelha, até o apêndice xifoide, acrescentando mais 3cm e marque com esparadrapo; 6. Lubrificar a sonda com Lidocaína gel; 7. Passar a sonda através de uma das narinas solicitar ao paciente que auxilie (quando possível) deglutindo a sonda quando passar pela faringe. Pode haver náuseas e vômitos, portanto deixe-o repousar alguns minutos; 8. Introduzir a sonda até a porção marcada com o esparadrapo; 											
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>										
<p>Pag.1/2</p>											



Sondagem nasogástrica

P.ENF.057

7. Descrição:

9. Verificar se a sonda está bem posicionada no estômago: aspirando o conteúdo gástrico e injetando 20 ml de ar através da sonda e com o estetoscópio sobre o epigástrico, auscultar a presença de som estridente;
10. Adaptar a sonda no frasco coletor;
11. Ajustar a sonda na posição correta e fixá-la com micropore sobre a pele do paciente (região nasal);
12. Recolher o material e retirar as luvas e lavar as mãos;
13. Anotar o procedimento realizado registrando intercorrências, sinais de resíduos e posicionamento da sonda.

8. Observações:

- Em caso de perda proposital ou acidental e obstrução de SNG, o enfermeiro deverá preencher impresso de não conformidade e notificar o agravo no site da ANVISA;

- **Riscos**

1. Obstrução da sonda;
2. Remoção acidental da sonda;
3. Úlcera nasal.

- **Prevenção de agravo**

1. Seguir procedimento técnico;
2. Fixar a sonda adequadamente;
3. Tratar agitação psicomotora.

- **Tratamento da não conformidade**

1. Comunicar as intercorrências ao enfermeiro e médico;
2. Em caso de remoção acidental repassar a sonda caso necessário;
3. Lavar a sonda com 20 ml de água filtrada em caso de obstrução
4. Assegurar tratamento dos agravos e atenção à família.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.2/2

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem									
	Divisão de serviços Assistenciais									
Sondagem vesical de alívio feminino	P.ENF.058									
<p>1. Definição: É um procedimento estéril que consiste na introdução de uma sonda no interior da bexiga, através da uretra.</p>										
<p>2. Objetivo: Drenar a urina, sendo removida após atingida a finalidade do procedimento.</p>										
<p>3. Indicação e contra indicação: Pacientes que apresentem retenção, bexigoma, ou para coleta de exames.</p>										
<p>4. Responsável: Enfermeiro.</p>										
<p>5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.</p>										
<p>6. Materiais:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Luva estéril;</td> <td style="width: 50%;">5. Gaze;</td> </tr> <tr> <td>2. Luva de procedimento;</td> <td>6. PVPI tópico;</td> </tr> <tr> <td>3. Sonda uretral;</td> <td>7. Kit de cateterismo;</td> </tr> <tr> <td>4. Lidocaína gel;</td> <td>8. Frasco para coleta de urina se necessário.</td> </tr> </table>			1. Luva estéril;	5. Gaze;	2. Luva de procedimento;	6. PVPI tópico;	3. Sonda uretral;	7. Kit de cateterismo;	4. Lidocaína gel;	8. Frasco para coleta de urina se necessário.
1. Luva estéril;	5. Gaze;									
2. Luva de procedimento;	6. PVPI tópico;									
3. Sonda uretral;	7. Kit de cateterismo;									
4. Lidocaína gel;	8. Frasco para coleta de urina se necessário.									
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos; 2. Comunicar ao paciente sobre o procedimento; 3. Calçar as luvas de procedimento; 4. Verificar as condições de higiene do períneo, se necessário, proceder à higienização com água morna e sabão. Secar após; 5. Abrir o pacote de sondagem, acrescentando: quantidade suficiente de antisséptico na cuba rim, pacotes de gaze sobre o campo estéril e a sonda; 6. Calçar luvas estéril; 7. Dobrar aproximadamente 07 folhas de gaze e colocar na cuba com o antisséptico; 8. Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral; 9. Colocar a cuba rim sobre o campo fenestrado; 10. Expor a genitália com a mão esquerda que ficará contaminada a partir desse momento; 11. Afastar os pequenos lábios com o dedo polegar e indicador da mão esquerda, mantendo-o firmemente e tracionando-o em direção a sínfise púbica; 12. Proceder à antissepsia da região interna dos pequenos lábios e meato uretral no sentido anteroposterior usando uma gaze para cada movimento; 										
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/2</p>								



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Sondagem vesical de alívio feminino

P.ENF.058

7. Descrição:

13. Lubrificar a sonda com Lidocaína gel, segurar a extremidade proximal da sonda com a mão direita deixando a extremidade distal dentro da cuba rim;
14. Introduzir a sonda lentamente no meato uretral sem tocar as áreas adjacentes;
15. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial;
16. Remover a sonda suavemente, quando a sonda parar de fluir;
17. Deixar o paciente confortável;
18. Manter ambiente em ordem;
19. Lavar as mãos;
20. Realizar a anotação em prontuário.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.2/2



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Sondagem vesical de alívio masculino

P.ENF.059

1. Definição: É um procedimento estéril que consiste na introdução de uma sonda no interior da bexiga, através da uretra.

2. Objetivo: Drenar a urina, sendo removida após atingida a finalidade do procedimento.

3. Indicação e contra indicação: Pacientes que apresentem retenção, bexigoma, ou para coleta de exames.

4. Responsável: Enfermeiro.

5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.

6. Materiais:

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. Luva estéril; | 5. Gaze; |
| 2. Luva de procedimento; | 6. PVPI tópico; |
| 3. Sonda uretral; | 7. Kit de cateterismo; |
| 4. Lidocaína gel; | 8. Frasco para coleta de urina se necessário. |

7. Descrição:

1. Lavar as mãos
2. Comunicar ao paciente sobre o procedimento;
3. Calçar as luvas de procedimento;
4. Verificar as condições de higiene do períneo, se necessário, proceder à higienização com água morna e sabão. Secar após;
5. Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com as pernas afastadas e visualizar o meato uretral;
6. Retirar as luvas de procedimento;
7. Organizar o material sobre uma mesa ou local disponível;
8. Abrir o pacote de sondagem, acrescentando: quantidade suficiente de antisséptico na cuba rim, pacotes de gaze sobre o campo estéril e a sonda;
9. Calçar luvas estéril;
10. Dobrar aproximadamente 07 folhas de gaze e colocar na cuba com o antisséptico;
11. Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
12. Colocar a cuba rim sobre o campo fenestrado;
13. Proceder à antisepsia do períneo, bolsa escrotal e posteriormente do pênis, utilizando as gazes embebidas no antisséptico iniciando com movimentos circulares ou perpendiculares, no

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.1/2



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Sondagem vesical de alívio masculino

P.ENF.059

7. Descrição:

sentido do prepúcio para a base do pênis, depois, com auxílio de uma gaze estéril, afastar o prepúcio e com a glândula exposta fazer antissepsia da região peniana, novamente com movimentos circulares, no sentido da glândula para a raiz do pênis, mantendo o prepúcio tracionado, por último realizar a antissepsia do meato em movimento circular, no sentido do meato para glândula;

14. Lubrificar sonda;

15. Com a mão não dominante posicionar o pênis a 90° em relação ao corpo do paciente e com a mão dominante introduzir a sonda no meato uretral do paciente até retornar urina na cuba rim;

16. Desprezar a urina no frasco graduado, clampeando a sonda com a ponta de um dos dedos, esvaziando a cuba quantas vezes for necessário;

17. Retirar a sonda, quando parar de sair urina, clampeando a sonda com os dedos e puxando-a da bexiga, liberando a urina restante no interior da sonda para dentro da cuba rim;

18. Retornar o prepúcio a posição anatômica;

19. Retirar o antisséptico da pele do paciente com auxílio de compressa úmida, secando em seguida;

20. Deixar o paciente confortável;

21. Manter ambiente em ordem;

22. Lavar as mãos;

23. Realizar a anotação em prontuário.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.2/2

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Sondagem vesical de demora feminino	P.ENF.060	
<p>1. Definição: É um procedimento estéril que consiste na introdução de uma sonda até a bexiga, através da uretra, com a finalidade de facilitar a drenagem da urina ou instilar medicação ou líquido, com tempo de permanência longo (pode variar de dias a meses) determinada pelo médico.</p>		
<p>2. Objetivo: Aliviar distensão vesical pela retenção urinária. Evitar a constante umidade em pacientes com incontinência urinária. Proceder o preparo pré-operatório de algumas cirurgias. Possibilitar o controle rigoroso da diurese.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Pacientes cirúrgicos e com necessidades especiais. Controle hídrico adequado. Tratamento da retenção urinária. Obter amostra de urina para exames.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiro.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cateterismo de sondagem vesical; 2. 01 par de luvas estéreis; 3. 01 par de luvas de procedimento; 4. Sonda vesical duas vias de calibre adequado; 5. Xilocaína geleia 2%; 6. 02 pacotes de gaze; 7. 01 seringa de 20 ml; 8. 01 seringa de 20 ml ou 10 ml (deve ter ponta luer slip - simples - que encaixe no dispositivo de preenchimento do balonete da sonda); 9. 20 ml de água destilada (02 flaconetes de água destilada estéril); 10. 01 agulha de aspiração (40x12); 11. 01 bolsa coletora de urina (sistema fechado); 12. Micropore; 13. PVPI ou Clorexidina Aquoso a 2%). 		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos; 2. Comunicar ao paciente sobre o procedimento; 3. Promover ambiente iluminado e privativo; 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/3</p>



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Sondagem vesical de demora feminino

P.ENF.060

7. Descrição:

4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Verificar as condições de higiene do períneo, se necessário, proceder à higienização com água e sabão;
6. Posicionar a paciente em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas e afastadas. Visualizar o meato uretral;
7. Retirar as luvas de procedimento;
8. Organizar o material sobre uma mesa ou local disponível;
9. Abrir o pacote de sondagem, acrescentando: quantidade suficiente de antisséptico na cuba rim, pacotes de gaze sobre o campo estéril, uma porção de xilocaína gel (após descartar o primeiro jato) sobre o campo e/ou sobre a extremidade da sonda após testar o balonete¹ e a bolsa coletora;
10. Calçar as luvas estéreis;
11. Conectar a sonda à bolsa coletora;
12. Dobrar aproximadamente 07 folhas de gaze e colocar na cuba com o antisséptico;
13. Proceder à antisepsia do períneo com as gazes que foram embebidas no antisséptico no sentido anteroposterior e lateral-medial;
14. Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
15. Com a mão não dominante e auxílio de gaze estéril, afastar os grandes lábios e expor o meato uretral; em seguida, com a mão dominante introduzir a sonda com xilocaína 2% na sua extremidade no meato uretral da paciente até retornar urina no intermediário da bolsa coletora, sendo seguro introduzir mais uma porção a fim de evitar inflar o balonete no canal uretral, pois o mesmo deve ser inflado no interior da bexiga urinária;
16. Inflar o balonete com 15-20 ml de água destilada e tracionar a sonda para verificar se está fixa na bexiga e retirar o campo fenestrado;
17. Remover o antisséptico da pele da paciente com auxílio de uma compressa úmida, secando em seguida;
18. Fixar com micropore o corpo da sonda na parte interna da coxa da paciente, tendo o cuidado de não deixá-la tracionada;
19. Pendurar a bolsa coletora em suporte localizado abaixo do leito (e não nas grades);

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.2/3



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Sondagem vesical de demora feminino

P.ENF.060

7. Descrição:

20. Deixar o paciente confortável;
21. Manter ambiente em ordem;
22. Lavar as mãos;
23. Realizar a anotação em prontuário;
24. Atentar para as características e volume urinário;
25. Registrar controle de diurese em impresso próprio.

8. Observação:

O teste do balonete pode ser feito em um destes momentos:

1. Dentro do campo estéril: colocando a seringa e a sonda no campo estéril, a água destilada na cuba rim. Aspira-se a água destilada e testa-se se o balonete está íntegro;
2. Antes de dispor o material no campo: aspira-se a água destilada e testa-se o balonete segurando a sonda dentro do pacote, expondo apenas o local de preenchimento do balonete.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.3/3

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Sondagem vesical de demora masculino	P.ENF.061	
<p>1. Definição: É um procedimento estéril que consiste na introdução de uma sonda até a bexiga, através da uretra, com a finalidade de facilitar a drenagem da urina ou instilar medicação ou líquido, com tempo de permanência longo (pode variar de dias a meses) determinada pelo médico.</p>		
<p>2. Objetivo: Aliviar distensão vesical pela retenção urinária. Evitar a constante umidade em pacientes com incontinência urinária. Proceder o preparo pré-operatório de algumas cirurgias. Possibilitar o controle rigoroso da diurese.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Pacientes cirúrgicos e com necessidades especiais. Controle hídrico adequado. Tratamento da retenção urinária. Obter amostra de urina para exames.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiro.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cateterismo de sondagem vesical; 2. 01 par de luvas estéreis; 3. 01 par de luvas de procedimento; 4. Sonda vesical duas vias de calibre adequado; 5. Xilocaína geleia 2%; 6. 02 pacotes de gaze; 7. 01 seringa de 20 ml; 8. 01 seringa de 20 ml ou 10 ml (deve ter ponta luer slip - simples - que encaixe no dispositivo de preenchimento do balonete da sonda); 9. 20 ml de água destilada (02 flaconetes de água destilada estéril); 10. 01 agulha de aspiração (40x12); 11. 01 bolsa coletora de urina (sistema fechado); 12. Micropore; 13. PVPI ou Clorexidina Aquoso a 2%). 		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos; 2. Comunicar ao paciente sobre o procedimento; 3. Promover ambiente iluminado e privativo; 4. Calçar as luvas de procedimento; 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/3</p>



7. Descrição:

1. Lavar as mãos;
2. Comunicar ao paciente sobre o procedimento;
3. Promover ambiente iluminado e privativo;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Verificar as condições de higiene do períneo, se necessário, proceder à higienização com água e sabão; secar após.
6. Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com as pernas levemente afastadas;
7. Retirar as luvas de procedimento;
8. Organizar o material sobre uma mesa ou local disponível;
9. Abrir o pacote de sondagem, acrescentando: quantidade suficiente de antisséptico na cuba redonda, pacotes de gaze sobre o campo estéril, uma porção de xilocaína gel a 2% (após descartar o primeiro jato) sobre o campo e/ou sobre a extremidade da sonda após testar o balonete¹ e a bolsa coletora;
10. Acrescentar aproximadamente 10 ml de xilocaína gel a 2% na seringa, tendo o cuidado de descartar o primeiro jato e de não contaminar a seringa (pode-se segurá-la com o próprio invólucro e retirar o êmbolo com uma gaze, apoiando-o no campo). Após, dispor a seringa com a xilocaína sobre o campo;
11. Calçar as luvas estéreis e conectar a bolsa coletora à sonda;
12. Dobrar aproximadamente 07 folhas de gaze e colocar na cuba com o antisséptico;
13. Proceder à antisepsia do períneo, bolsa escrotal e posteriormente do pênis, utilizando as gazes embebidas no antisséptico iniciando com movimentos circulares ou perpendiculares, no sentido do prepúcio para a base do pênis, depois, com auxílio de uma gaze estéril, afastar o prepúcio e com a glândula exposta fazer antisepsia da região peniana, novamente com movimentos circulares, no sentido da glândula para a raiz do pênis, mantendo o prepúcio tracionado, por último realizar a antisepsia do meato em movimento circular, no sentido do meato para glândula;
14. Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
15. Introduzir no meato urinário 10 ml de xilocaína gel 2% com auxílio da seringa ou colocar a xilocaína gel na extremidade da sonda (em torno de 15 a 20 centímetros) que está sobre o campo estéril. Com a mão não dominante posicionar o pênis a 90° em relação ao corpo do paciente e com a mão dominante introduzir a sonda no meato uretral do paciente até retornar urina no



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Sondagem vesical de demora masculino

P.ENF.061

7. Descrição:

intermediário da bolsa coletora, sendo seguro introduzir mais uma porção a fim de evitar inflar o balonete no canal uretral, pois o mesmo deve ser inflado no interior da bexiga urinária;

16. Inflar o balonete com 15-20 ml de água destilada e tracionar a sonda para verificar se está fixa na bexiga;

17. Retornar o prepúcio a posição anatômica e retirar o campo fenestrado;

18. Retirar o antisséptico da pele do paciente com auxílio de compressa úmida, secando em seguida;

19. Fixar com micropore o corpo da sonda na região inguinal ou supra púbica do paciente, tendo o cuidado de não deixá-la tracionada;

20. Pendurar a bolsa coletora na lateral em suporte localizado abaixo do leito (e não na grade);

21. Deixar o paciente confortável, manter ambiente em ordem e lavar as mãos;

22. Realizar a anotação em prontuário, atentando para as características e volume urinário;

23. Registrar controle de diurese em impresso próprio.

8. Observação:

O teste do balonete pode ser feito em um destes momentos:

1. Dentro do campo estéril: colocando a seringa e a sonda no campo estéril, a água destilada na cuba rim. Aspira-se a água destilada e testa-se se o balonete está íntegro;

2. Antes de dispor o material no campo: aspira-se a água destilada e testa-se o balonete segurando a sonda dentro do pacote, expondo apenas o local de preenchimento do balonete.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação

Pag.3/3

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem									
	Divisão de serviços Assistenciais									
Tricotomia	P.ENF.062									
1. Definição: É a retirada de pelos de determinada área.										
2. Objetivo: Remover os pelos de determinada área.										
3. Indicação e contra indicação: Preparar uma área para exame ou cirurgia, facilitar higiene. Permitir a fixação de curativos, drenos, cateteres e sondas.										
4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.										
5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.										
6. Materiais: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Aparelho de barbear;</td> <td style="width: 50%;">5. Gaze;</td> </tr> <tr> <td>2. Recipiente com água;</td> <td>6. Luva de procedimento;</td> </tr> <tr> <td>3. Recipiente com sabão;</td> <td>7. Toalha;</td> </tr> <tr> <td>4. Cuba rim;</td> <td>8. Biombo.</td> </tr> </table>			1. Aparelho de barbear;	5. Gaze;	2. Recipiente com água;	6. Luva de procedimento;	3. Recipiente com sabão;	7. Toalha;	4. Cuba rim;	8. Biombo.
1. Aparelho de barbear;	5. Gaze;									
2. Recipiente com água;	6. Luva de procedimento;									
3. Recipiente com sabão;	7. Toalha;									
4. Cuba rim;	8. Biombo.									
7. Descrição: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos; 2. Comunicar ao paciente sobre o procedimento; 3. Organizar material e dispor o mesmo em superfície limpa; 4. Colocar biombo se necessário; 5. Calçar as luvas de procedimento; 6. Colocar sabão na área em que será feito o procedimento; 7. Esticar a pele com uma das mãos, e com a outra raspar seguindo direção do crescimento dos pêlos; 8. Revisar a área tricotomizada e refazer raspagens se necessário; 9. Encaminhar paciente ao banho ou lavar área; 10. Manter ambiente em ordem; 11. Lavar as mãos; 12. Realizar anotação em prontuário. 										
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.1/1								

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Troca de bolsa de ostomia	P.ENF.063	
<p>1. Definição: Estoma intestinal é a abertura temporária ou permanente de um segmento do cólon na parede abdominal, com a função de desviar o trânsito intestinal para o meio externo.</p>		
<p>2. Objetivo: Higienização do estoma e sistema coletor. Prevenção de lesões na pele peri-estoma. Avaliação do estoma.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Substituição de sistema coletor quando a placa estiver saturada ou com extravasamento de efluente.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Luva de procedimento; 2. Gaze; 3. S.F. 0.9% ou água morna; 4. Sistema coletor (bolsa), com clamp, de acordo com o tipo de estoma; 5. Medidor de estoma; 6. Tesoura curva, ponta romba; 7. Pasta adesiva e/ou pó de resina sintética para ostomias. 		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Separar todo material e acondicioná-lo na bandeja, mantê-lo próximo ao paciente; 2. Lavar as mãos; 3. Manter o paciente em posição confortável; 4. Colocar um campo de proteção abaixo da região onde será trocado a bolsa, para proteção da roupa do paciente; 5. Explicar ao paciente o procedimento que será realizado; 6. Calçar as luvas de procedimento; 7. Retirar o dispositivo coletor com S.F 0.9% e/ou água morna; 8. Descartar bolsa em local próprio para resíduos biológicos; 9. Limpar o estoma e a região peri-estomal com S.F. 0.9% e/ou água morna, observando as condições da pele e do estoma; 10. Secar a pele com gaze sem friccionar; 11. Manter uma gaze sobre o estoma para evitar drenagem de fezes na pele já limpa; 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/2</p>



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Troca de bolsa de ostomia

P.ENF.063

7. Descrição:

12. Medir o estoma com o medidor (em caso de estoma irregular fazer molde);
13. Traçar o molde no verso da placa;
14. Recortar base de resina do dispositivo e friccionar com o dedo toda base recortada corrigindo irregularidades;
15. Retirar o papel protetor da base;
16. Colocar a pasta de resina sintética na base recortada e se necessário preencher espaços vazios na região peri-estoma;
17. Aderir a base de resina na pele e pressionar toda extensão da base de resina para obter maior aderência;
18. Colocar o clamp/presilha no dispositivo fechando-o;
19. Recolher todo material mantendo o ambiente em ordem.
20. Lavar as mãos e realizar anotação em prontuário.

8. Observação:

1. Em pacientes acamados adaptar bolsa na posição horizontal e se o paciente já estiver deambulando, fixar na vertical;
2. Esvaziar o sistema coletor quando estiver com 50% de sua capacidade;
3. Na alta realizar orientações e cuidados sobre bolsas coletoras.

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.2/2



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Verificação dos SSVV: Temperatura axilar

P.ENF.064

1. Definição: Os sinais vitais são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo. Neste caso, trata-se da mensuração e do registro da temperatura axilar.

2. Objetivo: Determinar a temperatura axilar do paciente; avaliar a resposta da temperatura às terapias médicas e aos cuidados de enfermagem e auxiliar no diagnóstico médico e de enfermagem.

3. Indicação e contra indicação: Conforme rotina estabelecida pela instituição e quando necessário.

4. Responsável: Enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem;

5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.

6. Materiais:

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1. Termômetro digital; | 4. Solução alcoólica; |
| 2. Bandeja; | 5. Caneta e papel. |
| 3. Algodão; | |

7. Descrição:

1. Organizar o material necessário em sua bandeja e lavar as mãos;
2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
3. Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o com algodão umedecido em solução alcoólica;
4. Enxugar a axila do paciente, se necessário;
5. Colocar o termômetro na região axilar com o bulbo em contato direto na pele do paciente;
6. Retirar o termômetro após o aviso sonoro e realizar a leitura;
7. Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o com algodão umedecido solução alcoólica;
8. Recolher o material e lavar as mãos;
9. Comunicar ao Enfermeiro alterações nos valores;
10. Anotar o procedimento realizado e registrar o valor encontrado no prontuário do paciente;
11. Assinar e carimbar os respectivos registros;

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.1/2



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE PARAGUAÇU PAULISTA

SERVIÇO: Enfermagem

Divisão de serviços Assistenciais

Verificação dos SSVV: Temperatura axilar

P.ENF.064

8. Observação:

- Valores de referência:

Hipotermia	Abaixo de 35°C
Afebril ou normotermia	35,5 a 36,9°C
Estado subfebril	37 a 37,7°C
Febre	37,8°C
Febre moderada	38 a 39°C
Febre alta	Acima de 39°C
Febre muito alta	Acima de 40°C

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.2/2

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Verificação dos sinais vitais: Pulso periférico	P.ENF.065	
<p>1. Definição: Os sinais vitais são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo. A Aferição da FC é a verificação dos batimentos cardíacos dos pacientes de forma manual em um minuto.</p>		
<p>2. Objetivo: Avaliar e monitorar as condições hemodinâmicas do paciente; detectar e monitorar arritmias cardíacas; avaliar efeitos de medicamentos que alterem a frequência cardíaca e; verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Conforme rotina estabelecida pela instituição e quando necessário.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relógio de pulso ou de parede que tenham demonstrador de segundos; 2. Caneta e papel. 		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organizar o material necessário em sua bandeja e lavar as mãos; 2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; 3. Palpar a artéria escolhida; 4. Colocar as polpas digitais dos dedos médio e indicador sobre uma artéria superficial, comprimindo-a levemente. O local para aferição do pulso do paciente dependo do seu estado. Comumente são as artérias: carótida, femoral, radial, braquial, poplítea e pediosa; 5. Contar os batimentos arteriais durante um minuto; 6. Recolher o material e lavar as mãos; 7. Comunicar ao Enfermeiro alterações nos valores; 8. Anotar o procedimento realizado e registrar o valor encontrado no prontuário do paciente; 9. Assinar e carimbar os respectivos registros. <p>Obs.: Não verificar o pulso no braço onde se fez cateterismo cardíaco.</p>		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/2</p>



**Verificação dos sinais vitais: Pulso
periférico**

P.ENF.061

8. Observação:

- Valores de referência:

Lactente	120 a 160 bpm
Todller (criança de 1 a 3 anos)	90 a 140 bpm
Pré-escolar	80 a 110 bpm
Criança em idade escolar	75 a 100 bpm
Adolescente	60 a 90 bpm
Adulto	60 a 100 bpm

Local de Verificação do pulso:

- Artérias: temporal, carotídeo, apical, braquial, radial, ulnar, femoral, poplítea, tibial posterior, dorsal do pé.
- Em bebês não aferir pulso em artéria carótida (interrupção do fluxo).
- Os locais para verificação dependem do estado do paciente;
- As artérias, femoral e carótida são locais de fácil palpação utilizadas normalmente para pacientes inconscientes;
- Evite verificação do pulso durante situações de estresse para o paciente;
- A avaliação do pulso inclui a verificação da frequência (bpm), do ritmo (rítmico ou arritmico) e da amplitude (cheio ou filiforme).

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.2/2

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Verificação dos SSVV: Frequência respiratória	P.ENF.066	
<p>1. Definição: Os sinais vitais são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo. Para mensuração da FR, deve-se contar o número de incursões respiratórias em um minuto (rpm).</p>		
<p>2. Objetivo: Verificar alteração na frequência respiratória e monitorar a frequência das vias aéreas superiores e inferiores.</p>		
<p>3. Indicação e contra indicação: Conforme rotina estabelecida pela instituição e quando necessário.</p>		
<p>4. Responsável: Enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.</p>		
<p>6. Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relógio de pulso ou de parede que tenham demonstrador de segundos; 2. Caneta e papel. 		
<p>7. Descrição:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organizar o material necessário em sua bandeja e lavar as mãos; 2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; 3. Colocar a mão no pulso radial do paciente como se fosse controlar o pulso e disfarçar, observando os movimentos respiratórios durante um minuto; 4. Recolher o material e lavar as mãos; 5. Comunicar ao enfermeiro alterações nos valores; 6. Anotar o procedimento realizado e registrar o valor encontrado no prontuário do paciente; 7. Assinar e carimbar os respectivos registros. 		
<p>8. Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • É importante que o paciente não perceba que o número de respirações está sendo verificado, para não ocorrer indução do valor correto. • O termo DISPNEIA refere-se à sensação subjetiva relatada pelo paciente de falta de ar ou percebida pelo profissional. Pode ou não estar associada à alteração da frequência respiratória (FR). 		
<p>Revisado em: 11/08/2020</p>	<p>Aprovação:</p>	<p>Pag.1/2</p>



Verificação dos SSVV: Frequência respiratória

P.ENF.066

- **Nomenclatura e valores de referência:**

1. Adulto

Bradipneico	Abaixo de 12 rpm
Eupneico	12 a 22 rpm
Taquipneico	Maior que 22 rpm

2. Crianças

Bradipneico	Menor que 20 rpm
Eupneico	20 a 25 rpm
Taquipneico	Maior que 25 rpm

Bradipneico	Menor que 30 rpm
Eupneico	30 a 60 rpm
Taquipneico	Maior que 60 rpm

3. Recém-Nascidos

Bradipneia: frequência de respiração é regular, mas anormalmente lenta (menos de 12 respirações/minuto).

Taquipneia: frequência de respiração é regular, mas anormalmente rápida (maior que 20 respirações/minuto).

Apneia: respirações cessam por vários segundos. Cessação persistente resulta em parada respiratória.

Hiperpneia: respirações são trabalhosas, aumentadas em profundidade e aumentadas em frequência (maior que 20 respirações/minuto). Ocorre normalmente durante o exercício físico.

- Alterações do aparelho respiratório:

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.2/2



Verificação dos SSVV: Pressão arterial

P.ENF.067

1. Definição: Os sinais vitais são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo. A mensuração da PA é a medida da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias quando o sangue é ejetado na corrente sanguínea pelo ventrículo esquerdo.

2. Objetivo: Avaliar a capacidade e eficácia do sistema cardiovascular e verificar alterações na pressão arterial fisiológica.

3. Indicação e contra indicação: Conforme rotina estabelecida pela instituição e quando necessário.

4. Responsável: Enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem;

5. Orientações ao paciente: Informar ao paciente o procedimento e solicitar sua colaboração.

6. Materiais:

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1. Bandeja; | 4. Algodão; |
| 2. Esfigmomanômetro; | 5. Solução alcoólica; |
| 3. Estetoscópio; | 6. Caneta e papel. |

7. Descrição:

1. Organizar o material necessário em sua bandeja e lavar as mãos;
2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
3. Realizar a desinfecção do estetoscópio e esfigmomanômetro com algodão umedecido em solução alcoólica;
4. Escolher o manguito adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial;
5. Posicionar, se possível, o paciente sentado, e expor o braço para colocar o manguito;
6. Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo levemente fletido;
7. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até o seu desaparecimento para estimativa da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar um minuto para inflar novamente;
8. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;
9. Inflar rapidamente de 10 em 10mmHg, até ultrapassar de 20 a 30mmHg o nível estimado da pressão sistólica;

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.1/3

 <p style="text-align: center;">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA</p>	SERVIÇO: Enfermagem	
	Divisão de serviços Assistenciais	
Preparo do paciente no pré-operatório	P.ENF.053	
<p>7. Descrição:</p> <p>10. Proceder a deflação com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente;</p> <p>11. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade da deflação;</p> <p>12. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder a deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff);</p> <p>13. Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente;</p> <p>14. Posicionar o paciente no leito de forma confortável;</p> <p>15. Realizar a desinfecção do estetoscópio e do esfigmomanômetro com solução alcoólica;</p> <p>16. Recolher o material e lavar as mãos;</p> <p>17. Comunicar ao Enfermeiro alterações nos valores;</p> <p>18. Anotar o procedimento realizado e registrar o valor encontrado no prontuário do paciente;</p> <p>19. Assinar e carimbar os respectivos registros.</p>		
<p>8. Observação:</p> <p>1. Não aferir a pressão arterial em membros que tiveram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fístula endovenosa • Cateterismo • Plegias • Punção venosa • Infusão de líquidos • Membro que for do lado mastectomizado do paciente 		
Revisado em: 11/08/2020	Aprovação:	Pag.2/3



Verificação dos SSVV: Pressão arterial

P.ENF.067

- Valores de referência:

Idade	Pressão arterial (mmHg)
Recém-nascido	40 (média)
1 mês	85x54
1 ano	95x65
6 anos	105x65
10 a 13 anos	110x65
14 a 17 anos	119x75
A partir de 18 anos	< 120 x <80

- Classificação da pressão arterial a partir de 18 anos de idade:

Categoria	Sistólica	Diastólica
Normal	< 120	< 80
Pré- hipertenso	120 a 139	80 a 89
Hipertensão estágio I	≥140	≥90
Hipertensão estágio II	≥160	≥90

Revisado em: 11/08/2020

Aprovação:

Pag.3/3



Referências

1. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Nº 0557/2017, normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de aspiração de vias aéreas. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html. Acesso em: 10/11/2017
2. PRADO, Marta Lenise do et al (Org.). Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: Ufsc, 2013. 548 p. Revisada e ampliada. UNIVERSIDADE
3. FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Manual de procedimentos operacionais de rotinas básicas da clínica médica I (CM1). Atualizado em 2013.
4. Procedimento Operacional Padrão/ DE/HU: “Cuidados com produtos da assistência ventilatória e inaloterapia”. Disponível em: www.hu.ufsc.br; WILKINS RL.; STOLLER JK; KACMAREK RM. Egan.
5. MOTTA, A. L. C. Normas, rotinas e técnicas de enfermagem. São Paulo: lática, 2003.
6. CINTRA, E. A.; NISCHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. São Paulo: Atheneu, 2003.
7. HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
8. VIANA, Dirce Laplaca. Boas práticas de enfermagem. 1ª Ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.
9. SANTOS, VLCG; CESARETTI, IUR. Assistência em Estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015. Treinar e educar em ostomias – Coloplast Ostomy forum.
10. BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. Brunner – Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgico. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
11. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
12. PORTO, C.C. Semiologia Médica. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
13. CARVALHO, R.; BIANCHI, E. R.F. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri (SP): Manole, 2007.
14. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.
15. SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico- cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.