



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
UNIVERSIDADE DE MINAS GERAIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
REDE CEGONHA-UFPI/UFMG/MS



KEROLAINE RUANA MARTINS DE ALMEIDA

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM UTI OBSTÉTRICA

TERESINA-PI

2016

KEROLAINE RUANA MARTINS DE ALMEIDA

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM UTI OBSTÉTRICA

Projeto de Intervenção apresentado à banca de defesa como requisito para obtenção do título de especialista em Enfermagem obstétrica.

Orientadora Prof^aMs. Cilene Delgado Crizóstomo

TERESINA-PI

2016

KEROLAINE RUANA MARTINS DE ALMEIDA

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM UTI OBSTÉTRICA

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO- Rede Cegonha, da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de especialista em Enfermagem Obstétrica.

Aprovado em: 11 de Abril de 2016

Banca Examinadora:

Prof^a FACID. Ms. Cilene Delgado Crizóstomo – Presidente da Banca Examinadora

Prof^a Dra. Inez Sampaio Nery– Universidade Federal do Piauí - 1^a Examinadora

Prof^a Dra. Ieda Andrade – Universidade Federal de Minas Geais – 2^a Examinadora

*Dedico este trabalho à Deus,
aos meus filhos (Guilherme e Ana Clara)
por serem razão do meu viver;
Ao meu esposo pelo incentivo para a conclusão deste curso;
À minha mãe por ter me ensinado a ter determinação.*

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me direcionado nesta profissão em que posso servir de instrumento no cuidado aos enfermos;

À Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal do Piauí por nos disponibilizar curso tão relevante à nossa prática profissional;

À direção e profissionais da Maternidade Dona Evangelina Rosa, campo de estágio, local de intervenção deste trabalho e local onde dedico meus dias de trabalho às mulheres de alto risco em tratamento na UTI obstétrica. Agradeço pela acolhida e apoio para a conclusão dessa especialização;

Às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, o nosso foco para o aprendizado e dedicação;

À todos os professores e preceptores que se dedicaram integralmente para que tivéssemos o melhor aprendizado

Aos membros da banca examinadora (Prof^aDr^a. Inez Sampaio Nery e Prof^a Ieda Andrade) pela contribuição para melhorar o meu trabalho;

À minha orientadora, Prof^a Ms. Cilene Delgado, pela disponibilidade e paciência em me direcionar para o final dessa caminhada;

Aos amigos de turma, pelo incentivo para que eu concluísse o curso;

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão desta etapa.

ALMEIDA, KerolaineRuana Martins de.

Protocolo Assistencial de Enfermagem emUTI obstétrica. 2016.

Monografia apresentada a Universidade Federal do Piauí como requisito para obtenção do título de especialista em Enfermagem Obstétrica, sob orientação da prof. Ms. Cilene Delgado Crizóstomo.

Palavras Chaves: Protocolo, Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem.

RESUMO

Este trabalho trata-se de um plano de intervenção que tem como finalidade implantar e implementar o protocolo assistencial em UTI obstétrica na Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina-PI. O protocolo assistencial é um importante instrumento para a manutenção da qualidade da assistência prestada a pacientes graves pois disponibiliza para consulta os passos de todos os procedimentos e será realizada através de educação permanente. O estudo tem como objetivos: elaborar um protocolo assistencial de Enfermagem para UTI obstétrica da Maternidade Dona Evangelina Rosa; construir o fluxograma da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal de alto risco na UTI obstétrica e realizar ações de educação permanente com reuniões semestrais para qualificar equipe de enfermagem da UTI obstétrica sobre o protocolo assistencial em implantação. No período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016 desenvolveu-se o protocolo assistencial, em março de 2016 realizou-se a primeira reunião com enfermeiros e técnicos de Enfermagem que compõem a equipe da UTI para apresentação e discussão do protocolo e posteriormente serão realizadas reuniões semestrais para avaliação e aplicabilidade do protocolo. Os resultados esperados devem refletir em melhoria significativa da qualidade da assistência às mulheres internadas devido à uniformização dos procedimentos. Este protocolo assistencial após implementação, análise e revisões trará mais segurança aos profissionais e conseqüentemente à mulher de risco internada visto que padroniza o cuidar em Enfermagem.

Palavras Chaves: Protocolo. Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem.

ABSTRACT

This research is an action plan that aims to deploy and implement the clinical protocol for obstetric ICU at Evangelina Rosa Maternity Hospital in the city of Teresina-PI. The clinical protocol is an important tool for maintaining the quality of care provided to critically ill patients because the steps of all procedures are available for consultation and will be conducted through continuing education. The study aims to: develop an obstetric nursing clinical protocol for Evangelina Rosa Maternity Hospital ICU; to build flowchart of assistance to women in high-risk pregnancy-puerperal cycle in ICU and conduct continuing education activities with biannual meetings to qualify nursing staff of obstetric ICU about the clinical protocol deployment. Between November 2015 and February 2016 the clinical protocol was developed, in March 2016 was held the first meeting with nurses and nursing technicians that make up the ICU staff for presentation and discussion of protocol and biannual meetings will be held for evaluation and applicability of the protocol. The expected results should reflect a significant improvement in the quality of care provided to women hospitalized due to standardization of procedures. After implementation, analysis and review, this clinical protocol will bring more security to professionals and consequently to the risk hospitalized woman since it standardizes the caring in Nursing.

Key Words: Protocol. Intensive Care Unit. Nursing.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO	11
3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	12
3.1 Planta Física, Equipamentos e Dotação do Pessoal.....	13
3.1.1 Planta Física.....	13
3.2 Localização.....	13
3.3 Números de Leitos.....	14
3.4 Forma de Unidade.....	14
3.5 Elementos da Unidade.....	14
3.6 Equipamentos.....	14
4. JUSTIFICATIVA.....	16
5. REFERENCIAL TEÓRICO	17
6. PÚBLICO ALVO	21
7. OBJETIVOS	22
7.1. Objetivo Geral	22
7.2. Objetivos Específicos	22
8. METAS.....	23
9. METODOLOGIA.....	24
10. RESULTADOS ESPERADOS	25
11. CRONOGRAMA	26
12. ORÇAMENTO.....	27
13. RECURSOS HUMANOS.....	28
14. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	29
15. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
16. REFERÊNCIAS.....	31
APÊNDICE I.....	33
APÊNDICE II.....	34
APÊNDICE III.....	35
APÊNDICE IV.....	36
APÊNDICE V.....	37

1. INTRODUÇÃO

Protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais(PIMENTA et al, 2014).

Pimenta et al (2014) expõem que o uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais e também são instrumentos legais. Construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências, oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado. Há princípios estabelecidos para construção e validação de protocolos de assistência/cuidado como a definição clara do foco, da população a que se destinam, quem é o executor das ações, qual a estratégia de revisão da literatura e análise das evidências utilizadas. Um protocolo deve descrever também a forma de validação pelos pares, estratégias de implementação e a construção dos desfechos ou resultados esperados.

Para AQUINO; FILHO (2005), uma atitude necessária à valorização profissional da Enfermagem parece ser a reflexão sobre o processo de trabalho em saúde no qual o planejamento dos cuidados é uma etapa pertinente às profissões que detêm o conhecimento científico e o poder de determinar as estratégias necessárias para alcançar os objetivos.

Assim, os protocolos tornam a assistência mais segura aos usuários e profissionais, diminuem a variação de ações de cuidado, melhoram a decisão assistencial, facilitam a incorporação de novas tecnologias, favorece a inovação do cuidado, além do uso racional dos recursos disponíveis e controle dos custos. Inibe o exercício profissional imperito, negligente ou imprudente. Minimiza danos a clientela, além de reduzir problemas legais e éticos para os profissionais. Protocolos devem estar adequados às características locais e validados pela equipe e usuários (AQUINO E FILHO, 2005).

Para Pimenta et al (2015), a tomada de decisão sobre o cuidado deve ser apoiada na literatura científica de boa qualidade. A autonomia profissional não é anulada por um protocolo já que o mesmo é responsável pelo que faz e deve seguir sua experiência ou

evidências científicas. Quando segue o protocolo institucional, o profissional continuará sendo responsável pelo que faz mas tem o endosso da instituição para fazê-lo.

Dessa forma, o protocolo assistencial da UTI obstétrica da Maternidade Dona Evangelina Rosa deve incluir normas, rotinas e procedimentos operacionais padrão (POPs), para que o trabalho desempenhado torne-se cada vez mais padronizado e desta forma minimizar os danos preveníveis à mulher em tratamento intensivo desde a admissão até a alta.

2. PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

A Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER) encontra-se em implantação de processos de trabalho através da construção de protocolos assistenciais que sejam base para a realização de atividades de forma contínua e uniforme. Apesar da MDER ter sido inaugurada em 1976, a atividade de enfermagem ainda acontece sem uma base científica que possa amparar e orientar os profissionais na realização de procedimentos, nem tão pouco as responsabilidades dos membros da equipe, normas e rotinas da instituição estão disponíveis para consulta em uma publicação normatizada pela instituição. A inexistência de um protocolo acessível pode implicar em maior risco de erros, desperdício de recursos, ausência de uniformidade das atividades dependendo da equipe além de grande risco de comprometer a qualidade da assistência.

A maternidade Dona Evangelina Rosa vem buscando adequar o serviço ofertado às exigências da Rede Cegonha, portanto a qualidade assistencial às mulheres de risco é uma prioridade para que sejam evitadas mortes maternas preveníveis e assim melhorando os índices de mortalidade materna que atualmente são considerados altíssimos.

3.0 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER) localiza-se na região sul de Teresina, à Avenida Higino Cunha, bairro Ilhotas. Possui 248 leitos obstétricos, sendo 8 leitos de UTI obstétrica além de 167 leitos neonatais. É a maior maternidade do estado e responsável por 63% dos nascimentos ocorridos na cidade de Teresina. Realiza em média 1200 internações por mês das quais 900 são partos. Com a implantação da Gestão Plena Municipal no Sistema Único de Saúde a MDER passou a ser referência na rede municipal à assistência a gestante de alto risco, mantendo a referência estadual. O UNICEF concedeu o Título de Hospital AMIGO DA CRIANÇA tendo em vista a dedicação e empenho dos recursos humanos da instituição no incentivo ao aleitamento materno. (SESAPI, 2015)

Segundo SESAPI (2015), a MDER serve como campo de estágio para diversos cursos de graduação da Universidade Federal do Piauí e Universidade Estadual do Piauí, além de pós-graduação com programa de residência médica de ginecologia/obstetrícia e pediatria pela Universidade Federal do Piauí e residência e especialização em Enfermagem obstétrica/UFPI, além de cursos de graduação da Uninovafapi e técnicos de enfermagem conveniados com o Estado.

Em relação aos serviços de Terapia Intensiva, BRASIL (2010) na RDC nº7 define como áreas hospitalares destinadas a pacientes em estado crítico, que necessitam de cuidados altamente complexos e controles estritos. O tratamento intensivo baseia-se no conceito de que, embora haja um grande número de doenças, o mecanismo de morte está sempre limitado a um número relativamente pequeno de fenômenos fisiológicos, passíveis de serem influenciados.

A Unidade de Terapia Intensiva não é apenas um serviço com equipamento especial: implica uma atitude particular da equipe que ali trabalha. Uma atitude orientada para o aproveitamento das facilidades técnicas, em um contexto onde um relacionamento humano, que ofereça segurança e um efetivo apoio emocional, deve ser considerada como fator preponderante (BRASIL, 2010).

Com base no conceito geral de UTI, pode-se afirmar que é possível planejá-la e organizá-la em qualquer tipo de hospital, bastando para isso que haja um grupo inteiramente motivado e com o espírito voltado para os objetivos e finalidades da unidade. Onde em qualquer situação, o paciente é a prioridade de uma unidade. A observação e manutenção das funções básicas de vida desse paciente são as finalidades da unidade, atingidas através de um

atendimento em tempo hábil. Adequadamente planejada, organizada e equipada, a Unidade de Cuidado Intensivo pode servir a uma variedade de propósitos importantes. Entre eles estão:

- 1) Segurança de melhor qualidade de cuidado do paciente seriamente enfermo.
- 2) Uso mais eficiente do pessoal de enfermagem e de terapêutica especial, de tempo e de talento, por estarem concentrados numa área planejada funcionalmente, onde os pacientes necessitados de observação e cuidados especializados estejam agrupados.
- 3) Uso mais econômico do pessoal e do equipamento, reunidos em uma área.
- 4) Maior garantia para a equipe multiprofissional de que o paciente necessitado de cuidado intensivo esteja recebendo a observação e o tratamento requerido.

Portanto, Unidade de Terapia Intensiva Materna da Maternidade Dona Evangelina Rosa recebe pacientes em estado grave, acometidas por patologias durante a Gestação, Parto e Puerpério, sendo tratadas por uma equipe qualificada, sob as melhores condições possíveis: centralização de esforços e coordenação de atividades.

3.1. Planta Física, Equipamentos e Dotação do Pessoal

3.1.1 Planta Física

A planta física da UTI MATERNA proporciona:

- 1) Observação individual e de conjunto dos pacientes;
- 2) Espaço suficiente para mobilização do paciente e locomoção do pessoal;
- 3) Tranquilidade e ambiente agradável;
- 4) Atendimento a pacientes do sexo feminino, pois esta Unidade de Terapia Intensiva é do tipo Especializada (Obstétrica);
- 5) Meios para intercomunicação;
- 6) Fácil acesso;
- 7) Boa iluminação e boa aeração;
- 8) Rápido atendimento, facilitando os cuidados de enfermagem.

- Área total = $2,5 \cdot \sum$ área total dos leitos

A área reservada para cada leito é de cerca de 9m^2 . Uma relativa privacidade e uma íntima proximidade de cada paciente com o posto de enfermagem foram consideradas.

3.2 Localização

UTI MATERNA localiza-se próxima ao Centro Cirúrgico, com facilidade acesso aos serviços auxiliares de radiologia e laboratórios. E de fácil acesso às rampas.

3.3 Números de Leitos

O número de leitos da UTI MATERNA são 08, no geral, corresponde de 5% a 10 % do total de leitos, considerando o número de pacientes atendidos no hospital e potencialmente destinados ao cuidado intensivo, bem como tipo de serviço a ser implantado.

3.4 Forma da Unidade

A área comum (aberta) para a disposição dos leitos é a melhor para a observação continua do paciente. A separação dos leitos é feita com divisórias leves e laváveis(cortinas), que propiciam uma relativa privacidade aos pacientes.

3.5 Elementos da Unidade

Os elementos da unidade são compostos por:

- 1) Área para estocagem de material e equipamento;
- 3) Posto de enfermagem;
- 4) Área de preparo de medicação;
- 5) Sanitários para pacientes;
- 6) Vestiários;
- 8) Laboratórios;
- 9) Quarto para plantonistas;
- 10) Copa;
- 11) Área de cada leito;

3.6 Equipamentos

É regra geral que a escolha do equipamento para a unidade esteja diretamente ligada às características da mesma. Há uma necessidade real em se estabelecer adequação entre o equipamento a ser utilizado e a práticas desenvolvidas na unidade. Os organizadores e

planejadores da unidade devem estar cientes e convictos de que o equipamento sempre assessorará o pessoal que atua junto ao paciente jamais o substituindo.

- 1) Equipamento especializado para o atendimento de algumas patologias;
- 2) Equipamento de apoio;
- 3) Equipamento geral;
- 4) Equipamento ou material para consumo;
- 5) Suprimentos;
- 6) Medidas de segurança

4. JUSTIFICATIVA

Ao longo de minha vivência como enfermeira assistencial em Maternidade de referência do Estado do Piauí desde 2013, percebi que o atendimento às gestantes de alto risco e às puérperas com complicações obstétricas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Obstétrica necessitava seguir um protocolo assistencial de enfermagem ainda inexistente no setor apesar de já estar implantada há quase 2 anos a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Além disso as reflexões feitas durante o Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha sobre a necessidade de melhorar a qualidade da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal e dessa forma contribuir para reduzir o número, já alarmante, de óbitos de mulheres em idade fértil.

Inicialmente, pensei em desenvolver uma padronização para os procedimentos operacionais padrão mas percebi a importância de além disso desenvolver um protocolo assistencial desde o fluxograma de atendimentos passando pelas competências dos profissionais, normas e rotinas e especificando-se os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) da UTI obstétrica.

5.REFERENCIAL TEÓRICO

O grande desafio que se coloca para todos os profissionais que prestam assistência à mulher é o resgate da atuação ativa da enfermeira obstetra na assistência ao parto, pois estudos já apontam que essas profissionais intervêm positivamente na redução de intervenções desnecessárias, a exemplo da prática excessiva do parto cesárea e com conseqüente diminuição da morbimortalidade materna e perinatal. Dessa forma, o acompanhamento do trabalho de parto e parto por enfermeiras obstetras qualificadas e experientes pode reduzir as complicações deste período, pois as mesmas intervêm minimamente neste processo fisiológico que é o parto natural. (GRAMACHO; SILVA, 2014)

Porém algumas complicações podem acometer a mulher no período gravídico-puerperal e uma atuação oportuna é decisiva para a minimização de complicações mais graves. Durante o período de internação, os profissionais devem estar atentos às anormalidades que podem ocorrer, destacam-se como as principais:

- Hemorragias: as hemorragias puerperais constituem a complicação mais frequente neste período, aparecendo na maioria das vezes, nas primeiras horas após o parto. Quando surgem precocemente podem estar associadas a hipotonia uterina ou presença de restos placentários. Tardiamente estão associadas mais comumente com a retenção de restos placentários e/ou infecção.

A hemorragia pós-parto (HPP) é a causa mais comum de mortalidade materna quando computadas as mortes em todo o mundo, sendo responsável por 25% dessa taxa e contribuindo para a mortalidade e para a elevação dos custos no atendimento perinatal (OMS, 1999).

- Infecção puerperal: a infecção puerperal pode se manifestar na forma de endometrite, miometrite, endomiometrite, anexite, pelviperitonite generalizada e infecções de incisões cirúrgicas, devendo incluir também a infecção das vias urinárias. O principal sinal clínico de infecção é a febre, que surge geralmente nos primeiros dez dias após o parto, executando as primeiras 24 horas. Na presença de sinais e sintomas que sugiram infecção, a puérpera deve ser submetida a um exame clínico e ginecológico completo, solicitando-se exames complementares se necessário (OMS, 1999)

Estas complicações obstétricas muitas vezes evoluem para internações em unidades de terapia intensiva. Dessa forma, a presença de um profissional enfermeiro obstetra nesta

unidade é importante para minimizar as complicações da internação da mulher no ciclo gravídico puerperal.

Complicações na gestação, no parto e no puerpério aparecem com destaque como umas das dez primeiras causas de morte entre mulheres. Segundo o Ministério da Saúde, 92% desses casos poderiam ser evitados, o que nos indica necessidade de aprimoramento de cuidados (LIMA,2009).

Portanto, a UTI obstétrica tem papel primordial no desdobramento eficaz de casos de mulheres que evoluíram com complicações no período gravídico-puerperal pois dispõe de estrutura adequada e equipe treinada para que a resolução seja satisfatória.

Em um estudo realizado na UTI obstétrica do IMIP (Recife-PE), no período de fevereiro de 2003 a fevereiro de 2007, selecionaram-se 291 casos *near miss*¹, dentre as causas de admissão analisadas, as mais comuns foram síndromes hipertensivas (78,4%), hemorragia (25,4%) e infecção (16,5%). A maioria das pacientes foi admitida no puerpério (80,4%) e transferida de outras unidades. A idade variou de 12 a 44 anos e a mediana de paridade foi um. Não havia relato de consultas pré-natais em 9,9% dos casos. A cesárea foi a via de parto em 68,4% das pacientes (AMORIM et al, 2008).

A realidade de Recife é semelhante à piauiense no que tange às complicações obstétricas mais comuns, as quais são as relacionadas às síndromes hipertensivas seguidas de choques hipovolêmicos conforme mostram os indicadores da UTI MDER de 2013 a 2015.

Em estudo realizado em Hospital de referência regional entre junho e outubro de 2009 das 1.544 internações foram identificadas 89 mulheres com morbidade materna grave, considerando os critérios adotados. Os marcadores mais encontrados foram a pré-eclâmpsia grave seguida de hemorragia grave, internação em UTI, Síndrome HELLP e eclâmpsia (MORSE et al, 2011).

Os dados deste estudo podem ser comparados com as causas mais frequentes de internações na UTI obstétrica do Piauí onde predominaram as internações por pré-eclâmpsia grave, seguida de eclâmpsia e choque hipovolêmico, porém a pré-eclâmpsia não é o diagnóstico principal das mortes ocorridas no mesmo período.

O funcionamento adequado do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) seria determinante para a redução de internações de mulheres com complicações obstétricas em Unidades de Terapia Intensiva, mas este programa encontra vieses e entraves

¹*Near miss*: morbidade extremamente grave.

que prejudicam o seu objetivo primordial, dentre eles podemos citar a adesão ao tratamento recomendado e o baixo nível de instrução das usuárias, além da burocratização do atendimento em alguns serviços que gera desistências e descontinuidade do acompanhamento pré-natal. (BRASIL, 2000)

Diante da problemática das internações de mulheres em UTI por complicações obstétricas, o Enfermeiro aparece como profissional de destaque na construção de protocolos dos serviços de saúde, incluindo os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs).

O POP descreve cada passo crítico e sequencial a ser dado pelo profissional para garantir o resultado esperado da tarefa e deve estar relacionado com a técnica. Na Enfermagem estão inseridos em manuais com a finalidade de esclarecer dúvidas e orientar na execução de ações, devem ser atualizados, em acordo com as normas e diretrizes da instituição e com os princípios científicos a ser seguidos pela equipe de forma padronizada. Além disso, os POPs são recursos tecnológicos importantes e devem ser validados, uma vez que dessa forma adquirem credibilidade científica a ponto de serem eficazes no processo de mudança da prática assistencial e melhoria da qualidade do desempenho profissional (NOGUEIRA et al, 2003); (GUERRERO et al, 2008)

Os cuidados em situações de emergência e a pacientes graves são de responsabilidade exclusiva do enfermeiro, dentro da equipe de enfermagem, devido a sua formação acadêmica e titularidade. A regulamentação do exercício profissional dos enfermeiros está disposto na Lei 7.498 de 1986, definindo que os enfermeiros exercem privativamente a consulta de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, além de cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

Segundo Resolução COFEN nº 477/2015 que dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Conforme o artigo 1º desta resolução, o Enfermeiro Obstetra e a Obstetrix exercem todas as atividades de Enfermagem na área de obstetrícia, cabendo-lhes privativamente:

- g) Cuidados diretos de enfermagem a pacientes obstétricas graves, com risco de vida;
- h) Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, ligada à área de obstetrícia, e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Com relação às resoluções que tratam da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a Resolução COFEN nº 358/2009 considera que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumento, tornando possível a organização do Processo de Enfermagem. O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento

metodológico que orienta o cuidado profissional da Enfermagem e a documentação da prática profissional, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional. O registro deve ser realizado formalmente em um instrumento que apresente o resumo dos dados coletados durante a consulta de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem identificados a partir da consulta, as ações de enfermagem realizadas e os resultados alcançados.

6. PÚBLICO ALVO

A população beneficiada com o protocolo assistencial de Enfermagem da UTI obstétrica é composta por gestantes, parturientes e puérperas em condições obstétricas de alto risco em sua maioria residentes em Teresina-PI ou procedentes de municípios do interior do Piauí além de usuárias do SUS procedentes de outros estados vizinhos. As mulheres atendidas neste serviço são em sua maioria de baixa renda e baixa escolaridade, porém atende a outros estratos sociais visto que a UTI em questão é a única do estado do Piauí especializada em obstetrícia.

7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo Geral

Implantar e implementar o protocolo assistencial da UTI obstétrica da Maternidade Dona Evangelina Rosa.

7.2 Objetivos Específicos

- Elaborar um protocolo assistencial de Enfermagem para UTI obstétrica da Maternidade Dona Evangelina Rosa;
- Construir o fluxograma da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal de alto risco na UTI obstétrica.
- Realizar ações de educação permanente com reuniões semestrais para qualificar a equipe de enfermagem da UTI obstétrica sobre o protocolo assistenciais em implantação.

8. METAS

- Implementação do protocolo assistencial de Enfermagem da UTI obstétrica da Maternidade Dona Evangelina Rosa;
- Utilização de fluxograma da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal de alto risco da UTI obstétrica;
- Realização de ações de educação permanente com reuniões semestrais visando avaliar e revisar o protocolo assistencial de Enfermagem da UTI obstétrica junto à equipe no período de um ano, de 2016 a 2017.

9. METODOLOGIA

O projeto de intervenção é uma ação com vistas à tomada de decisão, nasce de um desejo de mudança e para isso deve-se conhecer a realidade a qual se pretende atuar. Busca alcançar os objetivos propostos a fim de resolver problemas da realidade através de estratégias/ações para transformar esta realidade, conscientizar-se de que exige esforços e capacidade para propor e programar a intervenção. (PAZ et al, 2013)

Trata-se de um projeto de intervenção desenvolvido na Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), local em que ocorreram grande parte das práticas da especialização, é local de trabalho da autora e funciona como referência estadual em obstetrícia. O protocolo assistencial de Enfermagem inclui o fluxograma da assistência na UTI, normas e rotinas, responsabilidades dos profissionais e procedimentos operacionais padrão.

Primeiramente foi realizada mobilização da equipe de Enfermagem através de um convite (APÊNDICE I) para participar de uma reunião que aconteceu em 28 de março de 2016 no auditório DrUrsulino Martins na MDER (APÊNDICE II).

A reunião teve o objetivo de apresentar o projeto de intervenção construído e o protocolo assistencial (APÊNDICE V) a ser utilizado na prática diária pela equipe, neste momento foram feitas sugestões por parte dos participantes e novas avaliações semestrais previstas entre 2016 e 2017.

Algumas informações necessárias para a construção deste projeto de intervenção foram obtidas através da Responsável técnica da Unidade em questão. Foi solicitado da direção da Maternidade a autorização e aprovação da intervenção (APÊNDICE IV), sendo o mesmo deferido.

10.RESULTADOS ESPERADOS

Diante dos objetivos propostos, realizou-se a construção de uma versão preliminar do protocolo assistencial de enfermagem na UTI obstétrica que inclui um fluxograma assistencial à mulher na UTI obstétrica, as responsabilidades e atribuições da equipe de Enfermagem, as normas e rotinas da UTI obstétrica e os procedimentos operacionais padrão (APÊNDICEV). Apresentou-se o protocolo à equipe de Enfermagem da UTI Obstétrica (APÊNDICE II) com definição de reuniões posteriores para acompanhamento, avaliação e validação da versão preliminar do protocolo pela equipe de Enfermagem.

11.CRONOGRAMA

Procedimentos da intervenção – Ação	2015			2016			2016 e 2017
	Mês	SET	OUT	NOV	FEV	MAR	ABR
Elaboração do projeto	X	X					
Desenvolvimento do Protocolo		X	X	X			
Apresentação do protocolo para equipe de enfermagem da UTI obstétrica						X	
Finalização do projeto de Intervenção						X	
Entrega de cópia do trabalho final para direção da maternidade						X	
Apresentação do trabalho de conclusão							X
Acompanhamento do protocolo assistencial na UTI							X

12. ORÇAMENTO

MATERIAIS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Resma de papel a4	01	15,00	15,00
Formatação	200 folhas	0,60	120,00
Recarga cartucho	01	20,00	20,00
Caneta esferográfica	03	0,80	2,40
TOTAL			157,40

13. RECURSOS HUMANOS

FORMAÇÃO	RESPONSABILIDADE/AÇÃO A DESENVOLVER	VÍNCULO COM O PROJETO
Médico	Diretor da Maternidade	Autorização e ciência
Enfermeira	Mestre docente	Orientadora
Enfermeira	Coordenadora da Unidade	Participação na elaboração do protocolo
Enfermeira	Enfermeira assistencial da Maternidade	Autora
Enfermeiro	Enfermeiros assistenciais da UTI	Sugestões e levantamento de potencialidades para o protocolo
Técnicos de Enfermagem	Técnicos de Enfermagem assistenciais da UTI	Sugestões e levantamento de potencialidades para o protocolo

14. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

- Elaborou-se o protocolo assistencial da UTI obstétrica da Maternidade Dona Evangelina Rosa (versão preliminar);
- Realizou-se reunião de apresentação do Protocolo Assistencial da UTI obstétrica da Maternidade Dona Evangelina Rosa (versão preliminar) à equipe de Enfermagem na perspectiva de reuniões de revisão e avaliação semestral dos procedimentos operacionais padrão, formação de grupos de discussão para avaliação e análise da aplicabilidade de cada procedimento durante a execução. Este acompanhamento acontecerá com a ajuda da equipe de enfermeiros da UTI Obstétrica que juntos discutirão cada item do protocolo, o mesmo será revisado e adequado conforme as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- Construiu-se um fluxograma da assistência à mulher da admissão à alta da UTI, que está sendo aplicado na prática diária;

15. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação deste protocolo assistencial de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica da Maternidade Dona Evangelina Rosa representa um avanço nos processos de trabalho desta instituição e contribuirá para uma melhoria na qualidade da assistência à mulher visto que a padronização dos procedimentos torna o cuidado científico, normatizado e uniforme, além disso a utilização deste instrumento pela equipe de Enfermagem durante o trabalho diário poderá minimizar erros, falhas, negligências ou possíveis complicações por imperícia.

A possibilidade de consultar normas e rotinas do setor, torna embasado as atividades já realizadas e as orientações passadas às famílias das mulheres internadas. Considera-se também que a aplicação do fluxograma facilita os encaminhamentos e condutas a serem tomadas pela equipe a fim de reduzir os dias de internação e conseqüentemente reduzindo riscos à mulher e devolvendo-a ao contato com o recém-nascido e demais familiares.

Enfim, este trabalho contribuirá para tornar a assistência mais qualificada, a internação menos demorada e o atendimento mais humanizado. Dessa forma, retornando a mulher de risco ao contato mais precoce possível com seu rebento.

16. REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R. DE; KATZ, L.; VALENÇA, M.; ARAÚJO, D. E. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, região nordeste do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.54 nº.3 São Paulo May/June 2008.54(3). 261-266

AQUINO, D. R; FILHO, W. D. L. Protocolos assistenciais de Enfermagem: uma proposta para a melhoria do cuidado na unidade de internação materno-infantil. **Rev. RENE.** Fortaleza, v.6, n.2, p.102-108, maio/agosto 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.** Portaria GM nos 569 de 01 de junho de 2000.

_____. **Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010.**

Disponível

em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em 05 de dezembro de 2015.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358/2009.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 10 de novembro de 2015.

_____. **Resolução nº 477/2015.** Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html. Acesso em: 10 de Novembro de 2015.

GRAMACHO, RCCV; SILVA, RCV. **Enfermagem na cena do parto.** Nursing in the scene of labour in Brasil. Ministério da saúde. Humanização do parto e do nascimento / ministério da saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

GUERRERO, G.P; BECCARIA, L.M; TREVIZAN, M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de Enfermagem em serviços hospitalares. **Rev Latino Am. Enfermagem** (serial online) 2008. Nov-Dez 16 (6). 966-972 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16_n6/pt-05.pdf.

LIMA, J. R. **Puerpério- Minimizando riscos. Projeto de Intervenção em Diadema-Horizonte-CE.** Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2009.

MORSE, M. L; FONSECA, S. C; GOTTGROY, C.L; WALDMANN, C.S; GUELLER, E. Morbidade Materna Grave e near misses em Hospital de Referência Regional. **Rev Bras. Epidemiologia.** Vol.14. n.2. São Paulo. Jun 2011

PAZ, A. A. M. A. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL).** II Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadaniacom ênfase na Educação de Jovens e Adultos (EJA) - 2013-2014. Universidade de Brasília (UnB).

Universidade Aberta do Brasil (UAB). Faculdade de Educação. Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Educação. Brasília (DF): UnB. 2013.

PIMENTA, C. A. de M. et al. **Guia para a construção de Protocolos assistenciais de Enfermagem**. COREN-SP. Gestão 2012-2014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Complicações do Trabalho de Parto. Organização Mundial da Saúde; 1999. Disponível em: <http://www.abcdoparto.com.br/assistencia.php>. Acesso em 25 de outubro de 2015.

SERRUYA, S.J; LAGO, T. G; CECATI, G.J. **Avaliação preliminar do programa de humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Rev Bras. Ginec. Obst. V.26.n.7, p.517-525.2004.

SESAPI. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/33-paginas-maternidade-evangelina-rosa>. Acesso em 10 de dezembro de 2015

APÊNDICE 1



CONVITE

Venho por meio deste, convidar os enfermeiros e técnicos de Enfermagem da UTI Materna a participar de reunião que realizar-se-á no dia 28 de março de 2016 na sala de reuniões da UTI materna, na Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER) para discussão de propostas de melhoria da qualidade da assistência na UTI Obstétrica através da implantação do Protocolo Assistencial de Enfermagem da UTI Obstétrica da MDER. Trata-se de projeto de intervenção oriundo do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UFMG/UFPI.

PROGRAMAÇÃO:

-ABERTURA

-APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM DA UTI OBSTÉTRICA

A PRESENÇA E A COLABORAÇÃO DA EQUIPE DA UTI É DE GRANDE VALOR!

Kerolaine Ruana Martins de Almeida

Especializanda de Enfermagem Obstétrica UFMG/UFPI



APÊNDICE II

REUNIÃO DE APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA UTI OBSTÉTRICA DA MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA





APÊNDICE IV

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROJETO DE INTERVENÇÃO

Através do presente instrumento, solicitamos do Gestor da Maternidade Dona Evangelina Rosa autorização para realização de pesquisa integrante de Trabalho de conclusão de curso ((TCC) da discente KerolaineRuana Martins de Almeida orientada pela Profa Ms. Cilene Delgado Crizóstomo, tendo como título PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM DA UTI OBSTÉTRICA DA MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA. A presente atividade é requisito para conclusão do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Minas Geais UFMG) em convênio com a Universidade Federal do Piauí(UFPI).

- Deferido
- Indeferido

Teresina, 28 de Março de 2016.

José Araújo Brito
Direção Geral Maternidade Dona Evangelina Rosa

APÊNDICE V

PROTOCOLO



**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM NA UTI
OBSTÉTRICA DA MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA**

**TERESINA/PI
2016**

UTI OBSTÉTRICA DA MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA
FEVEREIRO/2016

Kerolaine Ruana Martins de Almeida
Enfermeira - Especializanda de Enfermagem Obstétrica UFMG/UFPI

Cilene Delgado Crizóstomo
**Enfermeira Obstetra – Mestre em Enfermagem- Orientadora-
FACID/UFPI**

José Araújo Brito
Direção Geral

Tiago de Sousa Macedo
Gerencia de Enfermagem

Sandra Valéria Nunes Barbosa
Responsável técnica de Enfermagem da UTI obstétrica

APRESENTAÇÃO

Este protocolo foi construído como projeto de intervenção da Especialização de Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em convênio com a Universidade Federal do Piauí (UFPI). Foi organizado baseando-se nos modelos de protocolos já utilizados em outros serviços e com o objetivo de uniformizar as atividades ou procedimentos, normas e rotinas do setor/serviço e nas responsabilidades dos membros da equipe de enfermagem, além de definir o fluxograma da mulher ao entrar e sair da UTI. Tem como finalidade padronizar o atendimento, evitar erros de procedimentos e consequentemente melhorar a qualidade da assistência prestada e reduzir a morbimortalidade materna.

Trata-se um trabalho construído na intenção de uniformizar os procedimentos de enfermagem desde a admissão até a alta, melhorando dessa forma a qualidade da assistência prestada e reduzindo os eventos que possam complicar a internação e piorar os índices de morbimortalidade.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	44
2. OBJETIVOS.....	45
3. BENEFÍCIOS.....	45
4. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM DA UTI OBSTÉTRICA.....	45
4.1 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO.....	46
4.2 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL DIARISTA.....	47
4.3 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL PLANTONISTA.....	48
4.4 ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM.....	49
5. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À MULHER NA UTI OBSTÉTRICA.....	50
6. NORMAS E ROTINAS DA UTI OBSTÉTRICA.....	52
7. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO NA UTI OBSTÉTRICA.....	53
7.1 ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL.....	53
7.2 ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES.....	54
7.3 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO TÓPICA.....	55
7.4 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO ENDOVENOSA.....	56
7.5 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR.....	58
7.6 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA NASAL.....	59
7.7 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL.....	61
7.8 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL.....	62
7.9 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SONDA NASOGÁSTRICA OU ENTERAL.....	64
7.10 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA.....	65
7.11 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBLINGUAL.....	66
7.12 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA VAGINAL.....	68
7.13 ADMINISTRAÇÃO DE SORO.....	69
7.14 ADMINISTRAÇÃO DE SORO EM BOMBA DE INFUSÃO.....	71
7.15 APLICAÇÃO DE BOLSA DE GELO.....	73
7.16 ALIMENTAÇÃO ORAL COM AUXÍLIO.....	74
7.17 APLICAÇÃO DE COMPRESSAS FRIAS.....	75
7.18 ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA.....	76
7.19 ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES.....	78
7.20 ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL.....	80
7.21 ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL.....	82
7.22 ATUAÇÃO EM CARDIOVERSÃO ELÉTRICA.....	84
7.23 ATUAÇÃO EM CONVULSÕES.....	86
7.24 ATUAÇÃO EM ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL.....	87

7.25 ATUAÇÃO EM PARADA CARDIO-RESPIRATÓRIA.....	89
7.26 AUSCULTA OBSTÉTRICA.....	91
7.27 AUXÍLIO NO ALEITAMENTO MATERNO.....	92
7.28 BALANÇO HÍDRICO.....	94
7.29 BANHO DE ASPERSÃO COM AUXÍLIO.....	95
7.30 BANHO DO RECÉM-NASCIDO.....	96
7.31 BANHO NO LEITO.....	98
7.32 COLETA DE ESCARRO.....	100
7.33 COLETA DE SANGUE ARTERIAL.....	101
7.34 COLETA DE SANGUE PARA CULTURA.....	103
7.35 COLETA DE SANGUE VENOSO.....	104
7.36 COLETA DE URINA EM 24 HORAS.....	105
7.37 COLETA DE URINA PELA SVD.....	107
7.38 COLETA DE URINA I.....	108
7.39 COLETA DE URINA PARA CULTURA.....	109
7.40 CONTROLE/INSTALAÇÃO DE PRESSÃO VENOSA CENTRAL.....	110
7.41 CONTROLE DE DIURESE-ADULTO.....	112
7.42 CONTROLE DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	113
7.43 CONTROLE DE GLICEMIA COM APARELHO.....	114
7.44 CONTROLE DE PESO CORPORAL ADULTO.....	116
7.45 CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL.....	117
7.46 CONTROLE DE PULSO.....	118
7.47 CONTROLE DE TEMPERATURA.....	119
7.48 CUIDADOS COM CATETER DE SWAN-GANZ.....	121
7.49 CUIDADOS COM O CORPO APÓS A MORTE.....	122
7.50 CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL.....	124
7.51 CURATIVO DE ESTOMA TRAQUEAL.....	126
7.52 CURATIVO DE FERIDA CONTAMINADA.....	127
7.53 CURATIVO DE FERIDA LIMPA.....	129
7.54 CURATIVO EM COTO UMBILICAL.....	130
7.55 DINÂMICA UTERINA.....	132
7.56 ELETROCARDIOGRAMA.....	133
7.57 ENFAIXAMENTO/AQUECIMENTO DOS MEMBROS.....	134
7.58 EXAME DE CARDIOTOCOGRAFIA.....	136
7.59 HIGIENE DA BOLSA DE COLOSTOMIA.....	137
7.60 HIGIENE DA CÂNULA TRAQUEAL DE METAL – TRAQUEOSTOMIA	138
7.61 HIGIENE DO COURO CABELUDO.....	140
7.62 HIGIENE ÍNTIMA FEMININA.....	141
7.63 HIGIENE OCULAR.....	142
7.64 HIGIENE ORAL COM AUXÍLIO.....	144

7.65 INALAÇÃO POR OXIGENOTERAPIA.....	145
7.66 INSTALAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL.....	146
7.67 LAVAGEM DAS MÃOS.....	148
7.68 LAVAGEM GÁSTRICA.....	149
7.69 LAVAGEM INTESTINAL.....	150
7.70 LAVAGEM INTESTINAL PELA COLOSTOMIA.....	152
7.71 LIMPEZA DE CÚPULA DE ACRÍLICO DO BERÇO E INCUBADORA DO RECÉM-NASCIDO.....	153
7.72 LIMPEZA TERMINAL DA INCUBADORA.....	154
7.73 MANUSEIO DE MATERIAIS CONTAMINADOS.....	156
7.74 MENSURAÇÃO DA ALTURA UTERINA.....	157
7.75 MONITORIZAÇÃO CARDÍACA.....	158
7.76 MONTAGEM DE MESA PARA PROCEDIMENTOS ESTÉREIS.....	159
7.77 MONTAGEM DO CATÉTE SWAN GANZ.....	160
7.78 MUDANÇA DE DECÚBITO.....	162
7.79 ORDENHA MANUAL DO LEITE MATERNO.....	163
7.80 PALPAÇÃO OBSTÉTRICA.....	165
7.81 OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL OU MÁSCARA.....	166
7.82 PERMEABILIZAÇÃO DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO.....	168
7.83 PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO.....	169
7.84 PUNÇÃO VENOSA.....	171
7.85 RETIRADA DE PONTOS.....	173
7.86 RETIRADA DE SONDA VESICAL E DRENOS.....	175
7.87 SONDAGEM ENTERAL.....	176
7.88 SONDAGEM GÁSTRICA.....	177
7.89 SONDAGEM RETAL.....	179
7.90 SONDAGEM VESICAL FEMININA.....	180
7.91 TOQUE VAGINAL.....	183
7.92 TRANSPORTE DO CLIENTE DA CADEIRA DE RODAS/POLITRONA PARA O LEITO.....	184
7.93 TRANSPORTE DO CLIENTE DA MACA PARA O LEITO.....	185
7.94 TRANSPORTE DO CLIENTE DO LEITO PARA A MACA.....	187
7.95 TRANSPORTE DO CLIENTE DO LEITO PARA A CADEIRA.....	188
7.96 TRICOTOMIA.....	189
7.97 TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA.....	191
7.98 TROCA DA FIXAÇÃO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA.....	192
7.99 TROCA DE SELO D'ÁGUA DO FRASCO COLETOR EM DRENO DE TÓRAX.....	194
7.100 TROCA/MONTAGEM DO CIRCUITO PARA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA.....	195
7.101 USO DE COMADRE.....	197
8.REFERÊNCIAS.....	198

1. INTRODUÇÃO

Protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais (PIMENTA et al, 2014).

O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais e também são instrumentos legais. Construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências, oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado.

Assim, os protocolos tornam a assistência mais segura aos usuários e profissionais, diminuem a variação de ações de cuidado, melhoram a decisão assistencial, facilitam a incorporação de novas tecnologias, favorece a inovação do cuidado, além do uso racional dos recursos disponíveis e controle dos custos. Inibe o exercício profissional imperito, negligente ou imprudente. Minimiza danos a clientela, além de reduzir problemas legais e éticos para os profissionais. Protocolos devem estar adequados às características locais e validados pela equipe e usuários. A tomada de decisão sobre o cuidado deve ser apoiada na literatura científica de boa qualidade. A autonomia profissional não é anulada por um protocolo já que o mesmo é responsável pelo que faz e deve seguir sua experiência ou evidências científicas. Quando segue o protocolo institucional, o profissional continuará sendo responsável pelo que faz mas tem o endosso da instituição para fazê-lo.

Complicações na gestação, no parto e no puerpério aparecem com destaque como uma das dez primeiras causas de morte entre mulheres. Segundo o Ministério da Saúde, 92% desses casos poderiam ser evitados, o que nos indica necessidade de aprimoramento de cuidados (MALDONADO, 1997)

Dessa forma, os protocolos assistenciais da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) obstétrica da Maternidade Dona Evangelina Rosa devem incluir normas, rotinas e procedimentos operacionais padrão, os POPs, para que o trabalho desempenhado torne-se

cada vez mais padronizado e desta forma minimizar os danos preveníveis à mulher em tratamento intensivo desde a admissão até a alta.

2. OBJETIVOS

- Organizar o processo de trabalho;
- Aperfeiçoar o trabalho em equipe através da integração e complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias;
- Melhorar a resolutividade das ações e a qualidade da assistência;
- Padronizar os procedimentos de enfermagem realizados na UTI;
- Estimular a equipe à educação permanente;
- Evitar a realização de atividades de forma aleatória ou empírica.
- Reduzir os riscos de saúde às clientes.

3. BENEFÍCIOS

- Redução do número de erros de enfermagem;
- Redução de danos físicos às pacientes;
- Redução de desperdício de materiais e insumos;
- Redução de riscos à saúde das pacientes;
- Aumento da qualidade prestada às clientes.
- Valorização do trabalhador.

4. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM DA UTI OBSTÉTRICA

O pessoal, na Unidade de Terapia Intensiva, é organizado em função das necessidades do paciente e inteiramente voltado para os objetivos da UTI. A Organização Mundial de Saúde estipula um padrão a respeito de pessoal: uma enfermeira para até quatro pacientes. O pessoal deve ser calculado com base em alguns quesitos como:

- 1) Planta física;
- 2) Número de leitos;
- 3) Características do hospital;
- 4) Grau de dependência dos pacientes;

- 5) Capacidade do pessoal;
- 6) Quantidade e qualidade do equipamento.

Portanto, a dotação do pessoal é uma consequência do padrão da unidade e visa a alcançar os seguintes objetivos: adequada atenção ao paciente e harmônica dinâmica de grupo. As atividades relacionadas às rotinas administrativas devem ser desenvolvidas, em quase sua totalidade, pela Responsável Técnica de enfermagem e Enfermeiros plantonistas (controle de estoque, encaminhamentos de altas, transferência, pedido de almoxarifado). Pois sabemos que é altamente desejável que a equipe de enfermagem se dedique inteiramente aos pacientes.

As responsabilidades são então divididas e procura-se uma prática terapêutica harmônica na unidade. Os papéis de cada um se revestem de igual importância, são definidos e delimitados de acordo com as características da unidade e têm como objetivo central à recuperação do paciente e a prevenção de danos.

Portanto uma enfática administração de enfermagem, aliada a uma organização médica eficiente, propicia uma melhor proposta ao problema do paciente crítico.

Nossas equipes são compostas por:

- 1- Um responsável técnico com título de especialista em terapia intensiva;
- 2- Um médico diarista (rotineiro) para o turno da manhã e um à tarde com título de especialista em terapia intensiva para cada 08 leitos;
- 3- Um médico plantonista por turno exclusivo da unidade para cada 08 leitos;
- 4- Um enfermeiro coordenador responsável pela área de enfermagem;
- 5- Dois enfermeiros assistenciais por turno, exclusivo da unidade, para cada 08 leitos;
- 6- Um fisioterapeuta para cada 08 leitos no turno da manhã, da tarde e noite;
- 7- Serviço de psicologia disponível para a unidade;
- 8- Um técnico de enfermagem para cada 2 leitos por turno;
- 9- Um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza.

4.1 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO

- Elaborar o plano de trabalho da enfermagem;
- Elaborar, implantar e atualizar os manuais de normas e rotinas do setor;
- Elaborar, implantar e atualizar os procedimentos operacionais padrão da equipe de enfermagem da UTI;
- Elaborar escalas de distribuição do pessoal;

- Garantir a continuidade da assistência nas ausências de funcionários da equipe
- Zelar e fazer cumprir as atividades privativas do enfermeiro;
- Comunicar ao COREN – PI as infrações à lei do exercício profissional da enfermagem e ao Código de Ética;
- Implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE no setor;
- Realizar treinamento introdutório para novos funcionários no setor;
- Oferecer Educação Permanente aos profissionais de enfermagem;
- Orientar os profissionais de enfermagem a renovar suas inscrições no COREN-PI 30 dias antes do vencimento;
- Suspender os profissionais em exercício ilegal da profissão;
- Garantir que os profissionais de enfermagem mantenham-se devidamente identificados no serviço;
- Receber a fiscalização do COREN-PI e fornecer-lhes o que for solicitado;
- Solicitar a aquisição de materiais e equipamentos para o setor;
- Fazer pedido on-line segundas e quintas ao almoxarifado; CAF; gráfica;
- Encaminhar equipamentos para manutenção e monitorar seu retorno;
- Participar de reuniões administrativas;
- Manter a comunicação efetiva com demais setores através dos responsáveis técnicos.

4.2 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL DIARISTA

- Elaborar o plano de trabalho da enfermagem;
- Elaborar, implantar e atualizar os manuais de normas e rotinas do setor;
- Elaborar, implantar e atualizar os procedimentos operacionais padrão da equipe de enfermagem da UTI;
- Elaborar escalas de distribuição do pessoal;
- Garantir a continuidade da assistência nas ausências de funcionários da equipe de enfermagem;
- Zelar e fazer cumprir as atividades privativas do enfermeiro;
- Comunicar ao COREN – PI as infrações à lei do exercício profissional da enfermagem e ao Código de Ética;
- Implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE no setor;
- Realizar treinamento introdutório para novos funcionários no setor;
- Oferecer Educação Permanente aos profissionais de enfermagem;

- Orientar os profissionais de enfermagem a renovar suas inscrições no COREN-PI 30 dias antes do vencimento;
- Suspender os profissionais em exercício ilegal da profissão;
- Garantir que os profissionais de enfermagem mantenham-se devidamente identificados no serviço;
- Receber a fiscalização do COREN-PI e fornecer-lhes o que for solicitado;

4.3 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL PLANTONISTA

- Receber o plantão a beira leito;
- Acompanhar o médico intensivista no momento da visita diária;
- Realizar exame físico em todas as pacientes;
- Comunicar intercorrências observadas durante exame físico ao médico e registrar no prontuário;
- Distribuir os horários dos medicamentos prescritos;
- Conferir checagem dos medicamentos administrados;
- Conferir preenchimento da folha de controle (balanço hidroeletrólítico);
- Realizar evolução de enfermagem completa a cada turno;
- Realizar anotações das intercorrências durante o plantão;
- Receber o paciente durante admissão;
- Preencher o livro de registro completo;
- Realizar o preenchimento do Histórico de Enfermagem;
- Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE;
- Realizar o preenchimento dos indicadores ao final de cada plantão;
- Auxiliar durante o banho no leito de pacientes graves;
- Realizar os curativos conforme o protocolo estabelecido pela COMPELE (Comissão de Prevenção de Lesões de Pele - MDER);
- Acompanhar as pacientes graves em exames internos e externos, ao CC e COS e nas altas da UTI;
- Preencher relógio para as mudanças de decúbito, bem como supervisionar e auxiliar na execução do procedimento;
- Zelar e fazer cumprir as atividades privativas do enfermeiro;
- Realizar treinamento introdutório para novos funcionários no setor;

- Participar de atividades de Educação Permanente, bem como oferecer aos profissionais de enfermagem;
- Supervisionar que os profissionais de enfermagem mantenham-se devidamente identificados no serviço;
- Receber a fiscalização do COREN-PI e fornecer-lhes o que for solicitado;

4.4 ATRIBUIÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

- Manter-se devidamente identificados no serviço;
- Manter-se atualizado com COREN-PI;
- Receber o plantão a beira leito;
- Conferir as medicações na passagem de plantão;
- Verificar SSVV e comunicar intercorrências;
- Acompanhar e supervisionar o banho de aspersão;
- Realizar banho no leito e comunicar alterações observadas durante o procedimento;
- Realizar pedido de medicamentos e recebimento na farmácia;
- Realizar administração dos medicamentos conforme prescrição
- Realizar checagem legível após administração dos medicamentos prescritos;
- Preencher folha de controle completa;
- Realizar anotações de enfermagem em cada turno;
- Conferir prescrição ao final de cada plantão (acréscimo e checagem);
- Receber as pacientes durante admissão, bem como, monitorizar e anotar SSVV;
- Preencher o livro de registro completo;
- Acompanhar pacientes em exames internos e externos, ao CC, COS e nas altas da UTI;
- Realizar práticas de acolhimento e humanização, com as pacientes e familiares;
- Auxiliar nos procedimentos de enfermagem, médico e fisioterápico, quando solicitado;
- Preparar pacientes para alta intra hospitalar ou inter hospitalar;
- Preparo do corpo pós- morte;
- Distribuir, supervisionar, realizar e/ou auxiliar administração;
- Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE;
- Realizar os curativos conforme o protocolo estabelecido pela COMPELE (Comissão de Prevenção de Lesões de Pele - MDER);
- Registrar empréstimos de equipamentos em livro de protocolo;

- Recolher, preparar e identificar materiais contaminados e encaminhar à CME, conforme POP estabelecido;
- Repor materiais estéreis, de acordo com a necessidade e rotinas;
- Conferir o carro de parada conforme escala de atividades diárias;
- Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado;
- Realizar limpeza dos equipamentos conforme escala de atividades;
- Solicitar à lavanderia o fardamento específico para o funcionário, bem como lençóis e camisolas;
- Auxiliar na limpeza terminal;
- Realizar desinfecção dos leitos.

5. FLUXOGRAMA DE TRANSFERÊNCIA

5.1. Objetivos

Orientar e disciplinar o fluxo de transferência dos setores envolvidos na internação de pacientes na UTI Obstétrica da Maternidade Dona Evangelina Rosa.

5.2. Setores envolvidos

- Unidades de Internação (ALAS)
- Setor de Admissão
- UTI obstétrica

5.3. Documentação envolvida

- Prontuário
- Livro de Ocorrência

5.4. Diretrizes

- Compete à equipe médica do plantão da admissão, solicitar a vaga de UTI, através de contato com médico intensivista, para paciente recebida com indicação de cuidados intensivos;

- Compete à equipe médica de plantão e/ou residentes de obstetrícia a solicitação de vaga para paciente internada nas Alas que tenha apresentado complicações hemodinâmicas e/ou do quadro obstétrico que necessite de suporte de UTI;

- Compete à equipe médica de plantão na UTI a alta da UTI para a Unidade de Internação (ALA) após confirmada a estabilização do quadro;

- Compete à equipe de Enfermagem a preparação do leito de UTI, recepção da paciente na UTI, monitorização, estabilização, recolhimento dos pertences recebidos da família, organização e preenchimento do prontuário, realização dos registros de Enfermagem no prontuário e nos livros de ocorrência e de admissão. No momento da alta, a equipe de Enfermagem, contacta o setor de internação solicitando a vaga, após confirmada, contacta a família solicitando a presença de um membro para acompanhar a paciente e devolve os pertences da paciente.

Durante a saída da paciente para realização de exames, a mesma é higienizada, preparada para o transporte, após autorização escrita e assinada por responsável/familiar. A paciente retorna para o leito de UTI.

Antes de realizar algum procedimento cirúrgico, a família é comunicada para assinatura do termo de consentimento informado de cirurgia, após autorização a cirurgia é agendada pela enfermeira, a paciente é preparada de acordo com jejum ou outro preparo prescrito, encaminhada com antecedência ao CC acompanhada de um técnico de enfermagem.

Figura 1.0: Fluxograma assistencial de Enfermagem na UTI Obstétrica



*HU: Hospital Universitário;HUT: Hospital de Urgência de Teresina;HGV: Hospital Getúlio Vargas

6. NORMAS E ROTINAS DA UTI OBSTÉTRICA

6.1 Boletins

São fornecidos três boletins diários a fim de tornar a família ciente de todas as evoluções ocorridas, no quadro geral do paciente. Dois teleboletins manhã e noite e uma visita diária com boletim médico.

6.2 Visitas ao paciente na UTI

Os pacientes internados na UTI ficarão sem acompanhantes. Será permitido que até 04 (QUATRO) pessoas visitem o paciente uma por vez, havendo a possibilidade de rodízio das visitas.

6.3 É vedado ao visitante

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

7. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POPs)

7.1 ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 0013/3/201

✓ Finalidades

- 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.

✓ Material Necessário

- 01 Suporte de soro, dieta prescrita, 01 equipo com filtro de ar, 01 seringa de 20ml, 01 par de luva de procedimento, 01 estetoscópio, 01 bomba de infusão para dieta enteral, 02 unidades de gaze não esterilizadas e 01 bandeja.

✓ Pré-Execução

- Observar prescrição médica;
- Preparar material necessário;
- Conferir o rótulo da dieta;
- Lavar as mãos;
- Adaptar o equipo ao frasco e retirar o ar;
- Fechar a pinça do equipo;
- Levar o material para o leito.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Orientar o cliente quanto ao procedimento;
- Colocar a dieta e bomba no suporte de soro;
- Elevar o decúbito do cliente de 30° à 45°;
- Calçar a luva de procedimento;
- Retirar o protetor da sonda nasoenteral;
- Checar a localização da sonda;
- Conectar o equipo à sonda;
- Programar a bomba conforme prescrição;
- Abrir a pinça;
- Deixar o cliente confortável;
- Manter o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Checar o horário da instalação da dieta na prescrição;
- Realizar as anotações necessárias na folha de balanço hidroeletrólítico e anotações de Enfermagem;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado.

✓ Avaliação

- Checar o posicionamento da sonda;
- Conferir a validade da dieta em infusão;
- Controlar volume/horário infundido;
- Lavar a sonda a cada administração de dieta.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Broncoaspiração: manter decúbito elevado, realizar aspiração endotraqueal;
- Distensão abdominal: suspender a infusão da dieta, avisar o médico se: Refluxo: suspender a infusão da dieta.
- Diarreia: suspender – a infusão e comunicar o médico;
- Obstrução de sonda: retirar a sonda, lavá-la internamente com uma seringa para desobstruí-la, se houver condições repassar a mesma sonda.

7.2 ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Elaboração:

Número do Protocolo: 0022/2/201

✓ Finalidades

- Repor sangue e hemocomponentes;
- Supervisionar a realização do procedimento pelo colaborador do banco de sangue.

✓ Material Necessário

- Material fornecido pelo banco de sangue: 01 equipo para hemotransfusão, gaze, álcool 70%, 01 par de luvas de procedimento.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição e solicitação médica;
- Checar os dados da identificação da bolsa de hemocomponentes e do paciente;
- Lavar as mãos;
- Acompanhar o colaborador do banco de sangue até o leito.

✓ Execução

- Identificar-se;

- Checar o nome, o leito do paciente e a identificação do hemocomponente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Supervisionar sinais vitais pré-infusão;
- Supervisionar a instalação do hemocomponente realizado pelo colaborador do banco de sangue.
- Paciente com cateter venoso central, o procedimento deverá ser realizado e/ ou orientado pela enfermagem;
- Verificar sinais vitais, no mínimo duas vezes durante a infusão;
- Interromper em caso de reação adversa e comunicar o banco de sangue;
- Solicitar outra bolsa ao término da 1ª, se necessário;
- Ao término da infusão retirar a bolsa e entregar ao banco de sangue;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher o material e levar ao posto de enfermagem.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias

✓ Avaliação

- Tempo de infusão e volume;
- Punção venosa e administração;
- Sinais de extravasamento;
- Permeabilidade do acesso venoso.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Reação adversa – identificar os sinais de reações adversas, comunicar o médico plantonista e à equipe do banco de sangue.
- Contaminação durante a manipulação da bolsa de sangue – solicitar nova bolsa ao Banco de Sangue;
- Extravasamento – avaliar punção venosa e administração, trocar acesso venoso.

7.3 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO TÓPICA

Elaboração:

Número do Protocolo: 0033/2/201

- ✓ Finalidades
 - Administrar medicamentos de ação local ou sistêmica absorvíveis pela pele.

- ✓ Material Necessário
 - 01 Par de luvas de procedimento, gaze (se necessário), medicação prescrita e 01 bandeja.

- ✓ Pré - Execução
 - Observar prescrição médica;
 - Lavar as mãos;
 - Preparar o material.

- ✓ Execução
 - Identificar-se;
 - Checar prescrição médica e nome do cliente;
 - Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
 - Calçar as luvas;
 - Proceder a aplicação do medicamento prescrito;
 - Deixar o cliente confortável;
 - Deixar o ambiente em ordem.

- ✓ Pós - Execução
 - Lavar as mãos;
 - Desprezar o material utilizado;
 - Realizar as anotações necessárias;
 - Checar a prescrição médica.

- ✓ Avaliação
 - Presença de rubor e calor local.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão
 - Reação alérgica e colateral: Retirar medicação do local medicado com soro fisiológico 0,9%, avisar o médico.

7.4 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA

Elaboração:

Número do Protocolo: 0043/2/2010

✓ Finalidades

- Administrar solução de medicação diretamente na corrente sanguínea.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, gaze com álcool, medicação a ser administrada, 01 seringa, 01 agulha, 01 protetor de conexão 02 vias, 01 bandeja.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Certificar-se dos 5 “C”;
- Lavar as mãos;
- Preparar a solução a ser administrada;
- Preparar o material.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Proceder a antisepsia do local da infusão (conexão 2 vias);
- Adaptar a seringa a conexão;
- Abrir o Clamp;
- Testar a permeabilidade da via;
- Injetar a medicação prescrita lentamente;
- Fechar o Clamp e desconectar a seringa; após término;
- Proteger a conexão;
- Em caso de cateter intermitente (Jelco salinizado), após o término de medicação permeabilizar a via com SF 0,9% no volume indicado;
- Deixar o cliente confortável;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado na caixa de pérfuro e expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação:

- Avaliar se há infiltração tecidual;
- Avaliar se houve contaminação;
- Avaliar os efeitos colaterais e reações pirogênicas.

✓ Riscos/Tomada de decisão:

- Infiltração Tecidual: Trocar via de acesso;
 - Contaminação: Repetir o procedimento;
 - Efeito Colateral: Avaliar a queixa do cliente comunicar ao enfermeiro/médico com urgência.
 - Reações pirogênicas: seguir protocolo.
- 1- Parar imediatamente a Infusão;
 - 2- Comunicar ao médico plantonista;
 - 3- Realizar a troca de acesso e do medicamento a ser administrado;
 - 4- Observar alterações nos SSVV e comunicar;

7.5 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR

Elaboração:

Número do Protocolo: 01412/11/20

✓ Finalidades

- Administrar solução em região muscular objetivando uma absorção rápida;
- Utilizada para administração de substâncias irritantes, inferiores a 05 ml;
- Absorção, via preferencial para a administração de drogas potentes e tóxicas.

✓ Material Necessário

- 01 par de luvas de procedimento, 01 seringa de 5 ml, 01 agulha de acordo com o cliente, 01 agulha 40X12, medicação a ser administrada, 01 bola de álcool e 01 algodão seco.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;

- Lavar as mãos;
- Preparar a medicação prescrita;
- Fazer a assepsia da ampola/frasco;
- Preparar o material.

✓ Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o cliente na posição adequada para aplicação;
- Proceder a antissepsia da área escolhida;
- Fazer a prega muscular aprisionando o músculo entre o polegar e o indicador, com a mão não dominante;
- Introduzir a agulha, perpendicularmente ao músculo;
- Soltar a prega muscular e aspirar o êmbolo da seringa;
- Injetar a medicação lentamente;
- Retirar a agulha pressionando a região com algodão;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição médica.

✓ Avaliação

- Avaliar sinais de reação alérgica e efeitos colaterais à medicação administrada;
- Avaliar local de aplicação.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Reação alérgica e efeitos colaterais a medicação prescrita: comunicar a enfermeira;
- Contaminação: desprezar o material e reiniciar o procedimento;
- Hiperdistrofia muscular por falta de rodízio de local de aplicação: comunicar a enfermeira;

- Hiperemia e edema local: comunicar a enfermeira para avaliação;
- Hematoma: comunicar a enfermeira para avaliação.

7.6ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA NASAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 01612/11/20

✓ Finalidades

- Administração de medicação para absorção pela mucosa nasal.

✓ Material Necessário

- 01 bandeja;01 par de luvas de procedimento;Medicação prescrita;Gaze não esterilizada;Toalha de rosto (para coxim);Compressa úmida.

✓ Pré - Execução

- Conferir a prescrição médica (medicamento, dose, horário, via de administração e cliente);
- Lavar as mãos;
- Preparar o material e colocar em bandeja.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Confirmar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Elevar o decúbito do cliente;
- Calçar as luvas;
- Orientar o cliente a assoar o nariz, caso não seja contra - indicado, oferecendo gaze;
- Realizar higienização com compressa úmida, caso necessário;
- Solicitar ao cliente que hiperextenda o pescoço ou solicitar a alguém que o mantenha na posição adequada, caso necessário utilize o coxim como auxílio;
- Inserir o conta - gotas $\frac{1}{2}$ a 1 cm na cavidade nasal direita com a ponta do gotejador na direção do septo- nasal, apertando o gotejador com os dedos indicador e polegar da mão dominante;
- Repetir o procedimento na cavidade nasal esquerda;
- Orientar o cliente a inspirar curta e profundamente e permanecer na posição por 02 a 03 minutos;

- Oferecer gaze, para remover excesso de secreção ou limpeza ao redor das narinas;
- Realizar higienização do conta-gotas com o auxílio da gaze;
- Manter o cliente confortável, com a campainha ao seu alcance e o ambiente organizado.

- ✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado em local pré- determinado;
- Realizar higienização da bandeja com álcool a 70%;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Realizar anotação de enfermagem, caso intercorrências.

- ✓ Avaliação

- Administração correta da medicação, atingindo seus efeitos terapêuticos.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Reação alérgica: comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.
- Efeitos colaterais: observar presença de efeitos colaterais; comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.
- Não realização do procedimento por recusa do cliente, alteração anatômica ou obstrução mecânica: comunicar ao médico.

7.7 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 01812/11/20

- ✓ Finalidades

- Administração medicamentos cuja absorção ocorre na mucosa gástrica.

- ✓ Material Necessário

- 01 bandeja; Medicamento a ser administrado; 01 copo descartável pequeno; 01 copo descartável grande ou 01 seringa descartável compatível com o volume da medicação.

- ✓ Pré- Execução

- Conferir prescrição médica (dose, hora, cliente, via administração e leito);
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e colocar em bandeja.

✓ Execução

- Identificar-se para o cliente e/ou acompanhante;
- Confirmar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Elevar o decúbito do cliente;
- Oferecer a medicação a ser ingerida ou administrar com seringa na lateral da boca;
- Oferecer copo com água;
- Observar deglutição do medicamento;
- Manter o cliente confortável, com a campainha ao seu alcance e o ambiente organizado.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado em local pré-determinado;
- Realizar higienização da bandeja com álcool à 70%;
- Lavar as mãos;
- Checar prescrição médica;
- Realizar anotação de enfermagem, caso intercorrências.

✓ Avaliação

- Administração correta da medicação, atingindo seus efeitos terapêuticos.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Reação alérgica: comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.
- Efeitos colaterais: observar presença de efeitos colaterais; comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.

7.8 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 1313/2/20

✓ Finalidades

- Administrar medicamentos com o objetivo de rápida absorção, aliviar constipação e preparo para cirurgia.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, medicação prescrita, 01 comadre, gaze não esterilizada, 01 jarro com água morna e 01 bandeja, gel lubrificante, se necessário.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar medicação prescrita, aquecendo a temperatura corporal, se necessário;
- Preparar o material.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade;
- Colocar cliente na posição de SIMS;
- Calçar as luvas;
- Introduzir a medicação, segurando as nádegas para manter a medicação o maior tempo possível;
- Oferecer a comadre, caso o cliente não possa locomover-se;
- Proceder a higiene íntima, se necessário;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição médica.

✓ Avaliação

- Observar sinais e sintomas de reação alérgica e colateral
- Integridade da mucosa

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Reação alérgica e efeitos colaterais da medicação administrada: comunicar o médico responsável e/ou plantonista, observar evolução;
- Expulsão da medicação: reintroduzir medicação solicitando ajuda do cliente

7.9 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SONDA NASOGÁSTRICA OU ENTERAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 01712/11/20

✓ Finalidades

- Administrar medicamentos cuja absorção ocorre na mucosa gástrica, em clientes impossibilitados de deglutir.

✓ Material Necessário

- 01 bandeja; Medicamento a ser administrado; 02 seringas compatíveis com o volume a ser administrado; 01 par de luvas de procedimento; 01 estetoscópio; Gaze não esterilizada; 01 copo descartável de 50 ml com água filtrada.

✓ Pré - Execução

- Conferir a prescrição médica (medicamento, dose, horário, via de administração, cliente);
- Lavar as mãos;
- Preparar o material e colocar em bandeja.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Confirmar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Elevar o decúbito do cliente;
- 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;
- Dobrar a sonda para fechá-la, retirando a seringa utilizada para o teste;
- Conectar a seringa com a medicação e administrá-la lentamente;

- Lavar a sonda com a mesma seringa, aspirando água filtrada do copo e administrando quantidade compatível com tipo e tamanho da sonda;
- Fechar a sonda;
- Em caso de cliente com drenagem gástrica, abrir a sonda após 30 minutos;
- Manter o cliente confortável, com a campainha ao seu alcance e o ambiente organizado.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado em local pré- determinado;
- Realizar higienização da bandeja com álcool a 70%;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Realizar anotação de enfermagem, caso intercorrências.

✓ Avaliação

- Administração correta da medicação, atingindo seus efeitos terapêuticos.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Reação alérgica: comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.
- Efeitos colaterais: observar presença de efeitos colaterais; comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.
- Obstrução da sonda: realizar limpeza da sonda com água filtrada, caso mantenha a resistência, comunicar ao enfermeiro.

7.10 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA

Elaboração:

Número do Protocolo: 1323/2/20

✓ Finalidades

- Administrar medicação em região subcutânea com objetivo de promover absorção contínua e lenta de determinada medicação provocando o mínimo de traumatismo tecidual.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 seringa de 01ml, 01 agulha 13x4,5, 01 agulha 40x12, medicação à ser administrada, 02 álcool Swab e 01 bandeja.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o cliente em posição adequada para aplicação;
- Proceder antissepsia da área escolhida;
- Fazer a prega de tecido segurando entre os dedos polegar e o indicador, com a mão não dominante;
- Introduzir a agulha, com ângulo de 45° A 90°, dependendo da quantidade de tecido subcutâneo no local;(com agulha 13X4,5 puncionar a 90°);
- Soltar a prega cutânea;
- Administrar medicação lentamente;
- Retirar a agulha com um movimento rápido, sem friccionar;
- Realizar rodízio de local de punção.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Checar a prescrição médica.

✓ Avaliação

- Sinais e sintomas de reação alérgica e colateral;
- Integridade cutânea.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Reação alérgica e efeitos colaterais: acionar médico responsável e/ou plantonista;
- Hematoma: comunicar médico responsável, administrar medicação prescrita e observar evolução;

- Hiperemia/edema: comunicar médico responsável e observar evolução.

7.11 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBLINGUAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 1333/2/20

✓ Finalidades:

- Administrar medicações de rápida absorção via sublingual.

✓ Material Necessário

- 01 par de luvas de procedimento, medicação prescrita, 02 folhas de papel, 01 bandeja e 01 copo com água.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Preparar a medicação;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Umedecer a cavidade oral com água;
- Colocar a medicação sob a língua;
- Orientar o cliente para reter o medicamento na cavidade oral o maior tempo possível;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição médica.

✓ Avaliação

- Presença de lesão sublingual.

✓ Riscos/Tomada e Decisão

- Reação alérgica ao medicamento: comunicar o médico.

7.12 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA VAGINAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 01912/11/20

✓ Finalidades

- Administrar medicações via vaginal.

✓ Material Necessário

- 01 par de luvas de procedimento, medicação prescrita, 01 aplicador (se necessário), 02 folhas de papel toalha e 01 bandeja.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade;
- Colocar cliente em posição ginecológica (decúbito dorsal, com os MMII fletidos e em abdução);
- Calçar as luvas;
- Introduzir o aplicador lentamente e aplicar o medicamento (em cliente com hímen íntegro não utilizar aplicador);
- Limpar grandes lábios com papel toalha, se necessário;

- Solicitar a cliente que permaneça deitada por 30 minutos;
- Deixar o cliente confortável e com a campinha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Desprezar o material utilizado no expurgo.

✓ Avaliação

- Identificação de sinais e sintomas de reação alérgica e colateral;
- Integridade da mucosa;
- Garantir privacidade;
- Observar presença de sangramento.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Reação alérgica e colateral: interromper o procedimento e comunicar a enfermeira;
- Lesão de mucosa: comunicar a enfermeira para avaliação;
- Exposição inadequada: posicionar adequadamente a cliente.

7.13 ADMINISTRAÇÃO DE SORO

Elaboração:

Número do Protocolo: 0542/26/20

✓ Finalidades

- Nutrir e hidratar o cliente; restabelecer o volume líquido do organismo; elevar ou repor as reservas de eletrólitos, vitaminas, aminoácidos e calorias ao cliente que não pode manter a ingestão hídrica;
- Administrar medicamentos.

✓ Material Necessário

- 01 Suporte de soro; 01 bandeja; solução a ser administrada; 01 equipo de soro; 01 par de luvas de procedimentos; 01 álcool Swab; 01 rótulo; 01 conector, se necessário.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Preparar material necessário;
- Identificar e fixar o rótulo de soro com nome do cliente, número do leito, solução prescrita, número de gotas por minuto, horário do início e término e assinatura;
- Lavar as mãos;
- Adaptar o equipo ao frasco de soro;
- Retirar o ar e fechar o circuito do equipo, respeitando a técnica asséptica;
- Confeccionar e fixar escala de soro;
- Colocar os materiais na bandeja.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Orientar o cliente quanto ao procedimento;
- Colocar o soro no suporte;
- Calçar a luva de procedimento;
- Realizar a antisepsia da conexão;
- Conectar o equipo ao cateter venoso ou conexão;
- Abrir o controlador de gotas do equipo;
- Controlar o gotejamento de acordo com a prescrição;
- Certificar-se de que não há infiltração de soro;
- Colocar tala para restrição, se necessário;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Checar o horário da instalação do soro na prescrição;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado.

✓ Avaliação

- Checar permeabilidade do cateter durante a infusão;

- Controlar volume/horário;
- Mensurar dados vitais;
- Observar infiltração tecidual

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Infiltração tecidual: trocar acesso venoso;
- Reposição inadequada de volume e eletrólitos comunicar ao médico;
- Alteração vitais: mensurar dados vitais, comunicar ao médico;
- Flebite química: trocar acesso venoso.

7.14 ADMINISTRAÇÃO DE SORO EM BOMBA DE INFUSÃO

Elaboração:

Número do Protocolo: 0552/26/20

✓ Finalidades:

- Nutrir e hidratar o cliente;
- Restabelecer o volume líquido do organismo;
- Elevar ou repor as reservas de eletrólitos, vitaminas, aminoácidos e calorías ao cliente que não pode manter a ingesta hídrica;
- Administrar medicamentos.

✓ Material Necessário

- 01 suporte de soro; 01 bandeja; solução a ser administrada; 01 equipo de soro p/ BI; 01 par de luvas de procedimento; 01 álcool Swab; 01 rótulo; bomba de infusão; 01 conector se necessário.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Preparar material necessário;
- Identificar e fixar o rótulo de soro com nome do cliente, número do leito, solução prescrita, número de gotas por minuto, horário de início e término e assinatura;
- Lavar as mãos;
- Adaptar o equipo ao frasco de soro;
- Retirar o ar e fechar o circuito do equipo, respeitando a técnica asséptica;

- Colocar o material na bandeja;
- Levar o material e o soro para o leito.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Orientar o cliente quanto ao procedimento;
- Colocar o soro e bomba de infusão no suporte;
- Dispor equipo na bomba de infusão;
- Calçar luva de procedimento;
- Programar a bomba e infusão conforme prescrição;
- Certificar-se de que não há infiltração de soro;
- Realizar a antisepsia da conexão;
- Conectar o equipo do cateter venoso ou conexão;
- Programar a BI conforme prescrição médica;
- Abrir controlador de gotas do equipo;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha a seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Checar o horário da instalação do soro na prescrição;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado.

✓ Avaliação

- Checar a permeabilidade do cateter durante a infusão;
- Controlar o volume horário;
- Mensurar os dados vitais;
- Observar infiltração tecidual.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Infiltração tecidual: troca do acesso venoso;

- Reposição inadequada de volume: comunicar ao médico;
- Alteração nos parâmetros vitais do cliente: mensurar dados vitais, comunicar ao médico alteração;
- Flebite química: trocar acesso venoso, compressa quente no local.

7.15 APLICAÇÃO DE BOLSA DE GELO

Elaboração:

Número do Protocolo: 0582/26/20

✓ Finalidades

- Diminuir a irrigação sanguínea local, inflamação, hipertermia, dor e auxiliar na prevenção de edemas.

✓ Material Necessário

- 01 Bandeja, 01 toalha, gelo, 01 bolsa própria, 01 par de luvas de procedimento.

✓ Pré - Execução

- Observar a prescrição médica;
- Preparar material necessário;
- Lavar as mãos;
- Colocar o gelo na bolsa.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar luvas;
- Preparar o cliente, expondo os locais de aplicação;
- Proteger a pele com a toalha;
- Aplicar a bolsa sobre a toalha;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha a seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material no expurgo;

- Lavar as mãos;
- Checar o horário de aplicação conforme prescrição;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar condições clínicas do cliente.

✓ Avaliação

- Observar as condições das regiões de aplicação;
- Observar a integridade da bolsa.

✓ Riscos/Tomada De Decisão

- Lesão de pele por baixa temperatura (queimadura): suspender o tratamento imediatamente, avisar o médico do cliente;
- Extravasamento de água: retirar a bolsa imediatamente

7.16 ALIMENTAÇÃO ORAL COM AUXÍLIO

Elaboração:

Número do Protocolo: 0562/26/20

✓ Finalidades

- 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 alimentar-se sozinho.

✓ Material Necessário

- 01 Mesa de refeição; 01 toalha de rosto; talheres; dieta prescrita.

✓ Pré - Execução

- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar a identificação correta da dieta (tipo, nº do leito, nome do cliente);
- Orientar o cliente ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Elevar o decúbito do cliente;

- Colocar a bandeja de comida sobre a mesa de cabeceira e posicioná-la próxima ao cliente;
- Colocar a toalha de rosto sobre o tórax do cliente;
- Proceder a alimentação do cliente, avaliando efetivamente a deglutição;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

- ✓ Pós - Execução

- Desprezar a toalha utilizada no hamper;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

- ✓ Avaliação

- Condições do cliente;
- Decúbito do cliente;
- Condições de deglutição.

- ✓ Riscos/Tomada De Decisão

- Broncoaspiração: interromper o procedimento e aspirar às vias aéreas superiores, comunicar o médico e observar padrão respiratório;
- Náuseas/vômitos: interromper o procedimento, comunicar ao médico e medicar, se necessário.

7.17 APLICAÇÃO DE COMPRESSAS FRIAS

Elaboração:

Número do Protocolo: 0602/26/2010

- ✓ Finalidades

- Diminuir a irrigação sanguínea local, inflamação, hiperemia, dor e auxiliar na prevenção de edemas.

- ✓ Material Necessário

- 01 Pacote de compressas grandes (não esterilizadas), 01 bacia, água fria, álcool, 01 par de luvas de procedimento, 01 carrinho de banho, 01 toalha, 01 bandeja.

- ✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica ou de enfermagem;

- Observar a temperatura da água;
- Preparar material necessário;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Preparar o cliente, expondo os locais de aplicação;
- Embeber as compressas na mistura de água e álcool;
- Retirar o excesso de água da mesma, comprimindo;
- Aplicar nas regiões axilar, inguinal, frontal e posterior do pescoço;
- Trocar as compressas conforme ganho de temperatura;
- Enxugar o cliente e trocar a roupa de cama após aplicação;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha a seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Checar o horário da aplicação conforme prescrição;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar condições clínicas do cliente.

✓ Avaliação

- Eficácia do procedimento;
- Sinais de hipotermia.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Hipotermia: aquecer o cliente.

7.18 ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA

Elaboração:

Número do Protocolo: 0612/26/2

✓ Finalidades

- Manter a permeabilidade das vias aéreas removendo líquidos e secreções;
- Promover vias aéreas permeáveis;
- Prevenir e auxiliar no tratamento das infecções respiratórias;
- Aumentar a eficácia ventilatória.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento esterilizadas; 01 pacote de gaze esterilizada; 01 sonda de aspiração com válvula; 01 seringa de 20 ml; 01 agulha 40x12; 02 ampolas de SF 0,9%; 01 frasco de água destilada; 01 coletor de secreção descartável (1000ml); 01 máscara; óculos protetor; 01 ambú; 01 aspirador; 01 bandeja.

✓ Pré - Execução

- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Solicitar auxílio para realização do procedimento;
- Interromper temporariamente a dieta.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Elevar o decúbito do cliente;
- Preparar o coletor descartável;
- Observar padrão respiratório do cliente e saturação de O₂ se disponível;
- Aumentar oferta de O₂ antes de começar o procedimento;
- Abrir a extremidade da sonda e conectá-la à extensão;
- Abrir a extremidade do invólucro da sonda conectando a mesma na extensão do frasco de aspiração mantendo o restante da sonda dentro do invólucro.
- Colocar óculos e máscara;
- Calçar a luva;
- Com a mão não dominante, ligar o aspirador e ajustar a pressão de sucção;

- Com a mão dominante retirar a sonda do invólucro, sem contaminá-la;
- Desconectar a nebulização ou o aparelho, com a mão não dominante;
- Introduzir a sonda no tubo sem ocluir a válvula, realizando movimentos rotatórios (o procedimento deverá ser realizado o mais rápido possível);
- Reconectar a nebulização ou o aparelho;
- Aspirar as narinas e por último a cavidade oral;
- Desconectar a sonda, fazer a limpeza da extensão do aspirador e retirar as luvas;
- Recolher o material;
- Deixar o cliente confortável e a campainha ao alcance;
- Manter a unidade em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Avaliar as condições clínicas do cliente.

✓ Avaliação

- Avaliar o posicionamento e a fixação da cânula;
- Avaliar fluidificação da secreção;
- Avaliar permeabilidade da cânula.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Traumatismos traqueobrônquicos: acionar fisioterapeuta e médico responsável, observar padrão respiratório;
- Contaminação: rever técnica, acionar DCIH;
- Broncoaspiração: Elevar decúbito, acionar fisioterapeuta e médico responsável;
- Mobilização da cânula: acionar médico responsável. Não reposicionar a cânula;
- Desconforto respiratório: Observar padrão respiratório, acionar fisioterapia;
- Mobilização “rolhas”: acionar fisioterapia, aspirar o cliente, manter decúbito elevado, observar padrão respiratório.

7.19 ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES

Elaboração:

Número do Protocolo: 0622/26/20

✓ Finalidades:

- Retirar fluídos das vias aéreas superiores do cliente, melhorando sua respiração evitando a broncoaspiração.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento esterilizadas; 01 sonda de aspiração com válvula; 01 máscara descartável padrão; 01 aspirador; 01 frasco coletor descartável; 01 óculos protetor; 01 aspirador; 01 bandeja; 03 ampolas de (10ml) água destilada

✓ Pré - Execução

- Preparar o material;
- Avaliar o tamanho da sonda de aspiração;
- Lavar as mãos;

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Posicionar o cliente (decúbito elevado);
- Abrir o material a ser utilizado;
- Conectar a sonda de aspiração à extensão do frasco descartável;
- Ligar o aspirador;
- Colocar óculos protetor e máscara;
- Calçar as luvas, máscara e óculos;
- Com a mão não dominante, segurar a face do cliente;
- Com a mão dominante, introduzir a sonda de aspiração na cavidade nasal e posteriormente oral, mantendo a válvula aberta (impedindo aspiração pelo vácuo);
- Ocluir a válvula e retirar a sonda lentamente;
- Dar um intervalo entre uma aspiração e outra;
- Repetir o processo até a limpeza total da cavidade oral, avaliando condição respiratória do cliente;
- Aspirar água destilada para limpeza da extensão;
- Retirar a sonda, as luvas, máscara e óculos;

- Desligar o aspirador;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente limpo e em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição de enfermagem;
- Supervisionar e avaliar continuamente, o procedimento realizado.

✓ Avaliação

- Avaliar padrão respiratório;
- Avaliar lesão de orofaringe.

✓ Riscos/Tomada De Decisão

- Lesão de vias aéreas superiores: observar lesão, acionar fisioterapia e médico responsável, manter decúbito elevado;
- Estimulação vagal: observar padrão respiratório e cardíaco, acionar médico responsável;
- Diminuição da saturação: observar padrão respiratório, acionar fisioterapia.

7.20ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 0632/26/20

✓ Finalidades

- Retirar secreções do trato respiratório; promover a permeabilidade das vias aéreas; prevenir e auxiliar no tratamento das infecções respiratórias; aumentar a eficácia respiratória.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento esterilizada; 01 pacote de gaze esterilizada; 01 sonda de aspiração com válvula; 01 seringa de 20 ml; 01 máscara descartável padrão; 02 ampolas de (10ml) água destilada; 01 frasco de água destilada 250ml; 01 coletor de secreção descartável 1000ml; 01 aspirador; 01 bandeja; 01 ambú.

✓ Pré - Execução

- Lavar as mãos;
- Observar o cliente avaliando necessidade de aspiração;
- Preparar o material;
- Solicitar o auxílio para realização do procedimento;
- Interromper temporariamente a dieta.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Posicionar o cliente (decúbito elevado);
- Aumentar oferta de oxigênio, antes de começar um procedimento;
- Abrir a extremidade do invólucro da sonda conectando-a a extensão do frasco de aspiração mantendo o restante da sonda dentro do invólucro;
- Colocar óculos protetor e máscara;
- Calçar a luva;
- Com a mão não dominante, ligar o aspirador e ajustar a pressão de sucção;
- Com a mão dominante retirar a sonda do invólucro, sem contaminá-la;
- Desconectar a nebulização ou o aparelho, com a mão não dominante;
- Introduzir a sonda no tubo sem ocluir a válvula, realizando movimentos rotatórios (o procedimento deverá ser realizado o mais rápido possível);
- Retirar a sonda, proporcionar oxigenação adequada ao cliente (ambuzando);
- Repetir o procedimento quantas vezes forem necessárias;
- Reconectar a nebulização ou o aparelho;
- Aspirar as narinas e, por último a cavidade oral;
- Reconectar a nebulização ou o aparelho;
- Aspirar as narinas e, por último a cavidade oral;
- Desconectar a sonda, fazer a limpeza da extensão do aspirador e retirar as luvas;
- Recolher o material;
- Deixar o cliente confortável e campainha ao alcance;
- Manter o ambiente limpo e em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Avaliar as condições clínicas do cliente.

✓ Avaliação

- Avaliar posicionamento e fixação da cânula;
- Avaliar fluidificação da secreção;
- Avaliar permeabilidade da cânula.

Riscos /Tomada de Decisão:

- Traumatismos traqueobrônquicos: acionar fisioterapeuta e médico responsável, observar padrão respiratório;
- Contaminação: rever técnica, acionar DCIH;
- Broncoaspiração: Elevar decúbito, acionar fisioterapeuta e médico responsável;
- Mobilização da cânula: acionar médico responsável. Não reposicionar a cânula;
- Desconforto respiratório: Observar padrão respiratório, acionar fisioterapia;
- Mobilização “rolhas”: acionar fisioterapia, aspirar o cliente, manter decúbito elevado, observar padrão respiratório.

7.21 ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 03312/14/20

✓ Finalidades

- Prevenir traumatismo fetal e de estruturas maternas.

✓ Material Necessário

- 01 caixa de parto normal, compressas, polvidine tópico, pacote de lap de parto normal, xilocaína 2%, 01 agulha de raqui longa, 01 seringa de 20 ml, 01 agulha 40X12, gazes, 01 lâmina de bisturi N° 22, fio catgut 0 simples, 01 sonda vesical de alívio N° 10.

✓ Pré- Execução

- Preparar o material necessário;
- Posicionar a cliente em posição ginecológica;
- Degermação das mãos e antebraço;

- Paramentar-se;
- Montar a mesa cirúrgica;
- Realizar antisepsia das coxas, pubis e períneo;
- Colocar os campos esterilizados;
- Com um campo dobrado e abertura voltada para o profissional, solicitar que a cliente levante os quadris e colocar o campo sob os glúteos da mesma;
- Colocar um campo aberto sobre o membro inferior esquerdo;
- Colocar um campo aberto sobre o membro inferior direito;
- Cobrir a região abdominal até a cicatriz umbilical, com um campo dobrado e abertura voltada para o profissional.

✓ Execução

- Realizar a anestesia loco regional, se necessário;
- Realizar a episiotomia, se necessário;
- Controlar a saída progressiva da apresentação prevenindo sua expulsão rápida e forçada;
- Auxiliar no movimento de restituição do polo cefálico com as mãos espalmadas aplicadas sobre os parietais;
- Segurar a cabeça do RN entre as duas mãos com os dedos indicador e médio em “V” e então, exercer uma ligeira tração para baixo com a intenção de desprender a espádua anterior e em seguida para cima, para o desprendimento da espádua posterior;
- Apreender o recém-nascido pelos maléolos, mantendo-o ligeiramente suspenso, com a cabeça para baixo e a fonte soerguida;
- Entregar delicadamente o RN ao pediatra;
- Laquear o cordão umbilical e cortá-lo;
- Permanecer ao lado da parturiente para acompanhar os fenômenos que presidem o deslocamento e a descida da placenta;
- Executar a manobra de Jacobs para favorecer o completo deslocamento das membranas ovulares;
- Proceder à imediata revisão do canal de parto (Colo, vagina e períneo);
- Fazer a reconstrução do períneo (Episiorrafia da mucosa vaginal, músculo elevador do ânus, bulbo cavernoso, transversos superficial do períneo e pele).

✓ Pós - Execução

- Assepsia do períneo;

- Retirada da posição ginecológica, lentamente, promovendo massagem nas panturrilhas;
- Expressão uterina.

✓ Avaliação

- Contratilidade uterina;
- Sangramento uterino;
- Revisão de períneo;
- Fenômenos tromboembólicos;
- Condições de nascimentos do RN.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Contaminação: trocar os campos e instrumentais;
- Hemorragia: massagem uterina e infusão venosa de ocitocina;
- Laceração do canal de parto: fazer reconstrução;
- Hipóxia fetal: proceder oxigenação materna e medidas para acelerar o nascimento do RN;
- Hipotonia/ atonia uterina: massagem no fundo do útero, administrar medicamentos que promovam a contração uterina.

7.22 ATUAÇÃO EM CARDIOVERSÃO ELÉTRICA

Elaboração:

Número do Protocolo: 0642/26/20

✓ Finalidades

- Reversão de arritmias cardíacas.

✓ Material Necessário

- Máscara ou cateter de O₂, cardioversor/desfibrilador, pasta condutora, biombo, monitor cardíaco, medicamentos prescritos, carro de urgência.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material necessário;
- Checar e testar todo material necessário;
- Fechar as portas ou isolar a área com biombo;

- Observar a voltagem do aparelho em relação a rede local;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Puncionar veia calibrosa ou preparar material para dissecação de veia central, se houver indicação médica;
- Monitorar o cliente com o cabo de monitorização do próprio cardioversor;
- Garantir vias aéreas livres e boa oxigenação;
- Retirar as pás do suporte e colocar pasta condutora na parte metálica de uma das pás e, depois, friccionar uma pá contra a outra para espalhar a pasta de modo uniforme; entregar as pás para o médico;
- Posicionar a chave ECG, do painel dianteiro, na posição cabo-pás;
- Promover sedação do cliente, C.P.M.;
- Acionar a tecla liga do painel dianteiro, ligando o aparelho;
- Posicionar a chave ECG, do painel dianteiro, na posição cabo-pás;
- Acionar a tecla SINC do painel dianteiro, para aquisição do sinal de sincronismo;
- Programar a carga solicitada pelo médico;
- Manter as pás no tórax do cliente e verificar o ritmo cardíaco, se necessário repetir o procedimento sincronizando novamente o aparelho;
- Manter o cliente monitorado após a cardioversão por tempo indeterminado, até que a mesma esteja estável;
- Manter a unidade em ordem.

✓ Pós - Execução

- Encaminhar e desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o processo realizado.

✓ Avaliação

- Avaliar eficácia do procedimento;
- Avaliar nível de consciência;
- Avaliar padrão respiratório.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Em caso de queimadura - Proteger a área c/ gaze Rayon, e seguir prescrição médica;
- Em caso de fibrilação Ventricular
- Manter cardioversor em padrão assincrônico e promover protocolo de desfibrilação ventricular;
- Em caso de rebaixamento do nível de consciência manter vias aéreas pérvias, oxigenação adequada, monitorização.

7.23 ATUAÇÃO EM CONVULSÕES

Elaboração:

Número do Protocolo: 0652/26/20

✓ Finalidades

- Minimizar os danos causados pela hipóxia e preservar a integridade física do cliente.

✓ Material Necessário

- 1 Cateter ou máscara de O₂; 01 fonte de oxigênio; 01 umidificador completo; 01 frasco de água destilada 250ml e 01 par de luva de procedimento; 01 bandeja; micropore; 01 cânula de Guedel, se necessário.

✓ Pré - Execução

- Constatar episódio de convulsão;
- Solicitar a presença do médico plantonista;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Solicitar a saída dos familiares;
- Observar permeabilidade das vias aéreas superiores, tipo e tempo de convulsão;
- Instalar umidificador na fonte de oxigênio;

- Instalar cateter ou máscara de oxigênio;
- Levantar as grades do leito e manter decúbito dorsal horizontal;
- Retirar do leito qualquer material que possa causar lesão no cliente;
- Providenciar acesso venoso;
- Permanecer ao lado do cliente até estabilização do seu estado geral;
- Executar a prescrição médica;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Avaliar, continuamente, o nível de consciência e o padrão respiratório do cliente;
- Orientar a equipe quanto aos cuidados necessários;
- Checar a prescrição médica.

✓ Avaliação

- Avaliar nível de consciência;
- Avaliar padrão respiratório;
- Avaliar se houve traumas, fraturas e escoriações;
- Avaliar a infusão venosa.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Em caso de Broncoaspiração: Promover aspiração e vias aéreas e avaliar evolução de RX de tórax;
 - Em caso de escoriação, promover limpeza do local com antisséptico e caso haja suspeita de fraturas, verificar solicitação de avaliação da Equipe de ortopedia;
 - Na presença de “Soroma” manter membro elevado e colocar bolsa de água quente;
 - Em caso de diminuição de consciência, manter monitorização Hemodinâmica e Neurológica.
- Manter vias aéreas pérvias e com suporte O2.

7.24 ATUAÇÃO EM ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Colaboração:

Número do Protocolo: 0662/26/20

✓ Finalidades:

- Promover ventilação artificial; evitar PCR.

✓ Material Necessário:

- 01 CÂNULA ENDOTRAQUEAL, 01 laringoscópio, 01 par de luvas esterilizada, 01 par de luva de procedimento, máscara, 01 óculos, Xylocaína spray e gel, 01 seringa 20ml, cadarço, tensoplast, gaze, 01 ambu, 01 fio-guia, esterelizado.

✓ Pré - Execução

- Constatar ausência e/ou deficiência respiratória;
- Reunir o material;
- Solicitar saída de familiares.

✓ Execução

- Dispor o material próximo ao leito;
- Testar laringoscópio;
- Calçar luva de procedimento;
- Testar cuff da cânula;
- Lubrificar a extremidade distal da cânula com Xylocaína gel;
- Introduzir fio guia na cânula (se necessário);
- Oferecer máscara, luva esterilizada e óculos ao médico plantonista;
- Oferecer laringo e cânula ao médico plantonista;
- Auxiliar no procedimento;
- Insuflar o cuff da cânula (cânulas abaixo do nº 5, não possuem cuff);
- Revezar no ambu, se necessário;
- Fixar a cânula com tensoplast e depois com o cadarço;
- Manter a unidade em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Repor o material de intubação;
- Fazer as anotações necessárias;

- Supervisionar e avaliar continuamente o procedimento realizado.

✓ Avaliação

- Avaliar rigorosamente a saturação de oxigênio;
- Avaliar expansão torácica;
- Avaliar traumatismo de orofaringe:
- Avaliar sangramento oral ou orotraqueal;
- Avaliar fixação da cânula;
- Avaliar perfusão periférica.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Em caso de Traumatismo oral ou queda de dentes, promover compressão local quando possível, retirar corpo estranho (dentes);
- Seguir prescrição médica, verificar solicitação de avaliação da Endoscopia / Broncoscopia para avaliar a extensão da lesão;
- Em caso de Intubação, auxiliar o médico para melhor posicionamento da cânula;
- Em caso de Extubação, informar ao médico e providenciar material com urgência para nova Intubação.

7.25 ATUAÇÃO EM PARADA CARDIO-RESPIRATÓRIA

Colaboração:

Número do Protocolo: 0672/26/20

✓ Finalidades

- Restabelecer as funções básicas de vida.

✓ Material Necessário

- Luva de procedimento, material e equipamentos de emergência.

✓ Pré - Execução

- Constatar PCR (checar responsividade, ausência de pulso carotídeo e ausência de respiração);
- Acionar equipe interdisciplinar;
- Encaminhar material/equipamentos para o leito do cliente (no Departamento de Emergência encaminhar o cliente para a sala de emergência);

- Solicitar a saída de familiares do quarto.

✓ Execução

- Colocar o cliente em decúbito dorsal horizontal, posicionando a tábua sob o tórax;
- Checar ritmo cardíaco através do desfibrilador, posicionando as pás sobre o tórax (nos setores de pediatria deverá ser instalado monitor cardíaco);
- Conectar o ambu a fonte de oxigênio;
- Hiperextender o pescoço;
- Observar a permeabilidade das vias aéreas superiores;
- Adaptar a máscara do ambu sobre a boca e o nariz do cliente, promovendo compressão suficiente para evitar escape de ar;
- Ventilar duas vezes;
- Observar frequência respiratória e cardíaca;
- Posicionar as mãos dois dedos acima do apêndice xifoide, sobre o esterno, e iniciar a massagem cardíaca. Tratando-se de pré-adolescentes. Massagear com uma mão, na mesma região descrita e com dois dedos os recém-nascidos;
- Contar o número de compressões em voz alta, solicitando duas ventilações a cada 30 compressões;
- Após um minuto de manobras, avaliar efetivamente o procedimento;
- Continuar a manobra até reestabelecimento do cliente ou chegada da equipe;
- Providenciar acesso venoso calibroso;
- Administrar medicação, conforme solicitação médica;
- Solicitar a um terceiro colaborador, que prepare material para intubação.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Fazer contato com o Departamento/Setor de Terapia Intensiva para passar o plantão;
- Transportar o cliente com segurança para com o Departamento/Setor de Terapia Intensiva;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar prescrição médica;
- Proceder a orientação dos familiares;
- Caso necessário, contatar familiares e médico responsável;
- Acionar o serviço de limpeza;
- Repor materiais e medicamentos.

✓ Avaliação

- Avaliar eficácia do procedimento;
- Avaliar fratura/escoriações/queimaduras;
- Avaliar se há obstrução de orofaringe.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Queimaduras: Proteger a área lesada;
- Em caso de trauma em orofaringe, promover, retirar corpos estranhos promover compressão local, verificar avaliação da equipe de Endoscopia / Broncoscopia; Em caso de fraturas de arcos costais, verificar lesão preliminar e proceder conforme orientação médica.

7.26 AUSCULTA OBSTÉTRICA

Elaboração:

Número do Protocolo: 03612/14/20

✓ Finalidades

- Identificar alterações do ritmo cardíaco e avaliar a vitalidade fetal.

✓ Material Necessário

- 01 Relógio com marcador de segundos, 01 estetoscópio do tipo Pinard ou sonar, gelcondutor.

✓ Pré - Execução

- Lavar as mãos;
- Preparar o material.

✓ Execução

- Explicar o procedimento a ser realizado para a cliente;
- Posicionar a cliente em decúbito dorsal;
- Posicionar-se à direita da gestante;
- Expor o abdome da cliente;
- Realizar a palpação obstétrica conforme procedimento, identificando o dorso fetal;
- Aplicar a coletora do estetoscópio de Pinard perpendicularmente, sobre a parede abdominal;
- Adaptar pavilhão auditivo na parte auricular do estetoscópio de Pinard;
- No caso de sonar, aplicar o gel sobre o abdome da cliente;

- Localizar o foco, que nas apresentações cefálicas é infra umbilical e nas pélvicas é supraumbilical;
- Nas apresentações cefálicas, o foco coincide com a posição (Dorso fetal);
- Nas situações transversas, o foco coincide com a linha abdominal mediana, junto a cicatriz umbilical;
- Durante o parto, à medida que apresentação cefálica progride no canal de parto, o foco desce e se medianiza;
- Realizar a contagem dos batimentos cardio fetais durante um minuto.

✓ Pós - Execução

- Limpar o gel do abdome materno se necessário;
- Guardar o material;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias em impressos próprios.

✓ Avaliação

- Avaliar os parâmetros dos batimentos cardio fetais.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Ausculta dos batimentos da artéria uterina: comparar os batimentos cardio fetais com o pulso da mãe.

7.27AUXÍLIO NO ALEITAMENTO MATERNO

Elaboração:

Número do Protocolo: 00812/11/20

✓ Finalidades

- Promover amamentação, propiciando ao RN um desenvolvimento harmonioso no plano biológico, psicológico e neurológico transferindo imunidade e proteção contra infecções e doenças alérgicas.

✓ Material Necessário

- Área que promova privacidade, cadeira confortável (com encosto) ou poltrona.

✓ Pré - Execução

- Orientar a mãe sobre a anatomia e a fisiologia das mamas e a importância do aleitamento materno;

- Lavar as mãos;

- Examinar as mamas e observar as alterações morfológicas do mamilo.

✓ Execução

- Identificar-se;

- Checar o leito e o nome da criança e da mãe;

- Acomodar a mãe, sentada, em poltrona ou cadeira;

- Colocar o RN no colo da mãe;

- Orientar a mãe a massagear as mamas para estimular a drenagem do leite;

- Comprimir a região areolar entre os dedos polegar e indicador, de maneira que algumas gotas de colostro ou leite se exteriorize;

- Espalhar este colostro ou leite pelo mamilo e aréola;

- Orientar a mãe e auxiliá-la no posicionamento correto do RN;

- Orientar a mãe para estimular com o mamilo a região perioral do RN;

- Fazer com que RN abocanhe a maior parte da aréola;

- Orientar a mãe para oferecer cada seio até o esvaziamento e/ou satisfação do RN;

- Observar a pega e a sucção do RN no seio materno;

- Orientar a mãe para, ao retirar o mamilo da boca do RN, introduzir o dedo mínimo, puxando a comissura do lábio do RN;

- Orientar a mãe para posicionar o RN em posição vertical, após cada mamada massageando suavemente as costas durante alguns minutos, até a eructação;

- Orientar a mãe quanto à necessidade de revezamento das mamas.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;

- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Observar sucção e aceitação do leite pelo RN;

- Observar presença de desconforto respiratório.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Broncoaspiração do RN: interromper o procedimento, elevar o RN, realizar a manobra de Heimlich, comunicar a Enfermeira para proceder à aspiração orotraqueal;
- Sucção deficiente: comunicar a Enfermeira para avaliação.

7.28 BALANÇO HÍDRICO

Elaboração:

Número do Protocolo: 0682/26/20

✓ Finalidades

- Controlar rigorosamente a entrada e saída de líquidos do organismo.

✓ Material Necessário

- 01 Cálice graduado, 01 comadre, 01 par de luvas de procedimentos e impresso próprio.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica e/ou de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Orientar o cliente e acompanhante quanto a necessidade de mensurar todo líquido que for ingerido e eliminado;
- Orientar o cliente e familiares quanto a necessidade de não desprezar a urina;
- Calçar as luvas;
- Transferir o débito urinário para o cálice graduado;
- Elevar o cálice até a altura dos olhos e verificar a quantidade em ml de urina;
- Desprezar a urina no vaso sanitário e dar a descarga;
- Lavar, com chuveirinho, os utensílios utilizados e guardá-los;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;

- Ao término de cada plantão, somar o líquido que foi infundido e ingerido e subtrair do volume total de diurese e de outras perdas (balanço parcial);
- Anotar o volume de episódios de vômitos, diarreia e etc...;
- Ao final do plantão noturno, deverá ser feito o balanço total de 24 horas.
 - ✓ Avaliação
- Fidedignidade das informações;
- Utilização correta do impresso.
 - ✓ Riscos/tomada de decisão:
- Cálculo incorreto: reorientar equipe quanto à utilização do impresso.

7.29 BANHO DE ASPERSÃO COM AUXÍLIO

Elaboração:

Número do Protocolo: 0692/26/20

- ✓ Finalidades
- Proporcionar higiene e conforto ao cliente;
- Manter integridade cutânea.

- ✓ Material Necessário
- 01 par de luvas de procedimento; 01 pacote de compressa não esterilizada; 01 sabonete pequeno; toalhas; 01 cadeira higiênica (se necessário).

- ✓ Pré - Execução
- Avaliar condições clínicas e físicas do cliente;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

- ✓ Execução
- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Orientar o cliente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Fechar portas e janelas;
- Calçar as botas plásticas e luvas;
- Ligar o chuveiro e controlar temperatura da água;

- Acompanhar o cliente até o chuveiro e colocá-lo sentado na cadeira higiênica se necessário;
- Auxiliar o cliente a despir-se, se necessário;
- Ajudar o cliente ensaboar-se, se necessário;
- Remover a espuma com chuveirinho ou ducha;
- Ajudar o cliente a enxugar-se, se necessário;
- Acompanhar o cliente de volta ao leito;
- Ajudar o cliente a vestir-se;
- Trocar a roupa de cama;
- Recolher o material e colocar a roupa no hamper;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Avaliar temperatura da água;
- Avaliar integridade cutânea;
- Avaliar a segurança do ambiente.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Lipotimia: Sentar o cliente e retornar ao leito se possível;
- Queda do cliente: Realizar exame físico, levantar o cliente, retornar ao leito. Acionar médico plantonista;
- Queimadura: Desligar chuveiro, realizar exame físico, acionar plantonista,
- Choque térmico: Desligar chuveiro, realizar exame físico, acionar plantonista;
- Choque elétrico: Desligar a fonte, realizar exame físico e acionar plantonista e manutenção.

7.30 BANHO DO RN

Colaboração:

Número do Protocolo: 00112/11/20

✓ Finalidades

- Promover a higienização, evitar infecção corporal, evitar infecção, restabelecer temperatura corporal.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 sabonete neutro, água morna, jarros, 01 banheira, 01 saco protetor descartável, toalha, 02 cotonetes e 01 gaze ou mais não esterilizada.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição de enfermagem;
- Reunir o material;
- Avaliar as condições do cliente;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Observar a prescrição de enfermagem;
- Orientar o cliente ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o cliente em decúbito dorsal horizontal;
- Retirar as roupas do cliente;
- Proteger membros na presença de cateteres com saco plástico;
- Envolver o RN em cueiro;
- Testar a temperatura da água (com a região do pulso);
- Calçar a luva de procedimento;
- Lavar a cabeça com água e sabonete neutro, (segurando a cabeça, apoiando-a na mão e protegendo os ouvidos com os dedos polegar e médio);
- Secar a cabeça e retirar o cueiro;
- Imergir o cliente, posicionando-o sentado (segurá-lo firmemente pelo braço apoiando-o no antebraço);
- Limpar os membros superiores e as partes anteriores do tronco, com movimentos circulares, a limpeza inicia-se da parte proximal para a distal; não esquecer as dobras como as axilas, pescoço, regiões inguinais, etc.;
- Higienizar os membros inferiores;

- Retirar o cliente da banheira, posicionando-o em local seguro para realizar a secagem e troca;
- Secar o cliente em sentido céfalo-caudal;
- Realizar o curativo em coto umbilical, conforme técnica;
- Vestir o cliente, se necessário;
- Colocá-lo em posição confortável no leito.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar condições clínicas do cliente.

✓ Avaliação

- Avaliar temperatura da água;
- Avaliar a segurança do ambiente.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Quedas: comunicar à enfermeira que fará avaliação e comunicação para o pediatra;
- Choque térmico: comunicar a enfermeira que fará avaliação e comunicação para o pediatra;
- Queimaduras: comunicar a enfermeira que fará avaliação e comunicação para o pediatra;
- Afogamento: comunicar à enfermeira que fará avaliação e manobras se necessário e comunicação para o pediatra.

7.31 BANHO NO LEITO

Elaboração:

Número do Protocolo: 0702/26/20

✓ Finalidades

- Proporcionar higiene e conforto ao cliente e manter a sua integridade cutânea.

✓ Material Necessário

- 01 par de luvas de procedimento; 04 compressas não esterilizadas; 01 sabonete pequeno; água morna; jarros; 01 bacia; toalhas; lençóis, travessas, fronha, 01 camisola, 01 hamper, 01 carrinho de banho.

✓ Pré - Execução

- Observar a prescrição de enfermagem;
- Preparar o material.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Orientar o cliente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Fechar janelas e portas;
- Colocar o cliente em decúbito dorsal horizontal;
- Retirar as roupas do cliente, preservando a sua intimidade;
- Testar a temperatura da água, umedecer a compressa ensaboando-a;
- Ensaboar, enxaguar e secar as partes do corpo: cabeça, tronco e membros superiores, abdômen, membros inferiores e por último os genitais;
- Trocar a água quantas vezes forem necessárias;
- Lavar os cabelos e fazer a barba, se necessário;
- Colocar o cliente em D.L., higienizar a região posterior e iniciar a retirada da roupa suja e colocar a roupa limpa;
- Mudar D.L., retirar a roupa suja e ajustar a roupa limpar;
- Colocar a roupa suja no hamper;
- Vestir a camisola ou roupa no cliente;
- Recolher o material;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Supervisionar e avaliar condições clínicas do cliente;
- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado.

✓ Avaliação

- Temperatura da água;

- Integridade cutânea;
- Tracionamento de drenos, cateteres e sondas.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Traumatismos: comunica ao médico do cliente;
- Exposição inadequada: manter a privacidade do cliente expondo-o o mínimo possível.

7.32 COLETA DE ESCARRO

Colaboração:

Número do Protocolo: 0722/26/20

- ✓ Finalidades

- Obter secreção brônquica para identificar microorganismos patogênicos;
- Identificar a presença de células malignas.

- ✓ Material Necessário

- 01 Frasco estéril (fornecido pelo laboratório), 01 etiqueta de identificação do cliente, 01 par de luvas de procedimentos, papel toalha e 01 bandeja.

- ✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica e solicitação de exame;
- Para exame de BK, coletar 03 amostras em dias consecutivos e o primeiro escarro da manhã;
- Identificar o frasco com a etiqueta do cliente;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

- ✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Orientar a enxaguar previamente a boca para remover a microbiota superficial;
- No dia da coleta, verificar se o cliente está em jejum;
- Solicitar ao cliente que tussa ou escarre (não cuspir);
- Calçar as luvas;
- Coletar o material;

- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente limpo e em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Acionar o laboratório para retirar a amostra;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Coleta de material de maneira adequada.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Coleta de material insuficiente ou inadequado: repetir o procedimento.

7.33 COLETA DE SANGUE ARTERIAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 0742/26/20

✓ Finalidades

- Colher material necessário para auxiliar no diagnóstico do cliente.

✓ Material Necessário

- 01 seringa de 01 ou 03ml, escalpe, heparina, 01 par de luva de procedimento, 01 álcool Swab,
01 agulha hipodérmica descartável e 01 oclisor de punção (fornecido pelo laboratório), 01 pacote de gaze.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica e solicitação de exame;
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Heparinizar a seringa e o escalpe;
- Identificar a seringa com a etiqueta do cliente.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Escolher o local da punção (Braquial ou Radial);
- Posicionar o cliente e restringi-lo, se necessário;
- Calçar as luvas;
- Proceder a antissepsia da pele com movimentos em uma única direção (aguardar a pele secar);
- Introduzir a agulha no plano subcutâneo com o bisel para cima, em um ângulo de 45°;
- Certificar-se que puncionou a artéria;
- Aspirar a quantidade de sangue necessário;
- Retirar o escalpe, e fazer compressão local com algodão seco;
- Retirar o escalpe da seringa;
- Proteger a seringa com agulha encapada nova;
- Identificar a seringa com etiqueta do cliente;
- Verificar se o sangramento parou, e colocar o oclusor de punção;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Acondicionar a amostra em geladeira;
- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Acionar o laboratório para retirar a amostra;
- Proceder às anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Avaliar integridade da pele;
- Avaliar técnica de punção.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Hematoma: Observar evolução, solicitar ao médico responsável prescrição de medicamento;
- Lesão na pele: Observar evolução da lesão, fazer curativo s/n;

- Contaminação: Observar evolução, acionar DCIH;
- Lesão de nervo radial: Observar evolução da lesão, comunicar médico responsável.

7.34 COLETA DE SANGUE PARA CULTURA

Elaboração:

Número do Protocolo: 0752/26/20

✓ Finalidades

- Detectar e identificar a presença de microrganismos na corrente sanguínea.

✓ Material Necessário

- 01 par de luvas de procedimento, 01 seringa de 20ml, 01 escalpe, 01 frasco para cultura de anaeróbio (roxo) e 01 frasco para cultura de aeróbio (azul) cedido pelo laboratório, 01 etiqueta de identificação do cliente, clorexidina alcóolica para anti-sepsia, 01 bandeja e 01 garrote, 01 oclisor de punção.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica e solicitação de exame;
- Identificar o recipiente com a etiqueta do cliente;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Evitar coleta durante o pico febril.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Garrotear o membro;
- Fazer antisepsia da área a ser puncionada em um único sentido;
- Puncionar a veia de melhor acesso;
- Coletar 10 ml de sangue para cada frasco;
- Comprimir o local com gaze seca;

- Ocluir o local da punção;
- Injetar o sangue coletado no frasco de recipiente próprio;
- Homogeneizar delicadamente o sangue ao meio de cultura;
- Deixar o cliente confortável com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado no expurgo;
- Checar prescrição médica;
- Realizar as anotações necessárias;
- Solicitar ao laboratório que encaminhe a amostra.

✓ Avaliação

- Coleta de material de maneira adequada.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Contaminação do material: reorientar quanto a técnica, refazer o procedimento;
- Coleta de material insuficiente: repetir o procedimento;
- Hematomas pós punção: comunicar médico, administrar medicação prescrita.

7.35 COLETA DE SANGUE VENOSO

Elaboração:

Número do Protocolo: 0762/26/20

✓ Finalidades

- Determinar compatibilidade de grupos e fatores sanguíneos;
- Auxiliar o diagnóstico.

✓ Material Necessário

- 01 Seringa, 01 escalpe, 01 garrote, recipientes próprios para a coleta, 01 par de luvas, 01 álcool Swab, 01 oclisor de punção (cedido pelo laboratório), gaze seca; 01 bandeja.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica e solicitação;
- Identificar o recipiente com etiqueta do cliente;

- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Orientar o cliente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Garrotear o membro;
- Fazer antisepsia da área a ser puncionada em um único sentido;
- Puncionar a veia de melhor acesso;
- Coletar o sangue;
- Comprimir o local com gaze seca;
- Injetar o sangue coletado no frasco de recipiente próprio;
- Fazer curativo no local da punção;
- Homogeneizar delicadamente o sangue no meio de cultura;
- Deixar o cliente confortável com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente limpo e em ordem.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Checar prescrição médica;
- Realizar as anotações necessárias;
- Solicitar ao laboratório que encaminhe a amostra.

✓ Avaliação

- Coleta de material de maneira correta.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Contaminação do material: orientar quanto a técnica de coleta, repetir o procedimento;
- Coleta de material insuficiente: repetir o procedimento;
- Hematomas pós punção: realizar compressa fria no local.

7.36 COLETA DE URINA EM 24 HORAS

Colaboração:

Número do Protocolo: 0772/26/20

✓ Finalidades

- Obter material a fim de avaliar e diagnosticar doenças metabólicas, presença de sangue e outras células.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, frascos (fornecidos pelo laboratório), etiquetas de identificação do cliente, 01 cálice graduado, 01 comadre ou 01 papagaio, 01 bandeja.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica e solicitação de exame;
- Identificar os frascos com a etiqueta de identificação do cliente;
- Identificar o frasco com a data e a hora do início da coleta;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e familiares quanto ao procedimento, e solicitar para que este não evacue no local onde está sendo coletada a urina;
- Calçar as luvas;
- Desprezar a primeira urina do dia;
- Coletar todas as micções, inclusive a primeira do dia seguinte;
- Deixar o cliente confortável com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Após 24 horas desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Solicitar ao coletor que encaminhe material;
- Anotar o volume total por plantão;
- Realizar as anotações necessárias.

- ✓ Avaliação
- Adequação do local de armazenamento.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão
- Perda de material: reiniciar o procedimento.

7.37 COLETA DE URINA PELA SVD

Elaboração:

Número do Protocolo: 0782/26/20

- ✓ Finalidades:
 - Detectar a presença de infecção, sangue e outras células.

- ✓ Material Necessário
 - 01 Par de luvas de procedimentos, 01 seringa de 20ml, 01 etiqueta de identificação do cliente, 01 álcool Swab, 01 agulha 30x8 e 01 bandeja.

- ✓ Pré - Execução
 - Observar prescrição médica e solicitação de exame;
 - Fechar o clamp da extensão da bolsa coletora;
 - Identificar a seringa com a etiqueta de identificação do cliente;
 - Preparar o material;
 - Lavar as mãos.

- ✓ Execução
 - Identificar-se;
 - Checar o nome e o leito do cliente;
 - Orientar o cliente e acompanhante quanto ao procedimento;
 - Fechar o clamp da extensão da bolsa coletora;
 - Calçar as luvas;
 - Fazer antisepsia do látex da extensão da bolsa coletora com álcool Swab.
 - Furar o látex e aspirar de 10 a 20 ml de urina, evitando-se o refluxo de urina para bexiga;
 - Abrir o clamp;
 - Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
 - Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Acionar o coletor do laboratório para que encaminhe o material;
- Checar a prescrição médica;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Técnica da coleta.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Contaminação do material e do sistema: trocar o sistema coletor, rever a técnica;
- Coleta de material insuficiente: repetir o procedimento;
- Refluxo de urina para a bexiga: reverter a técnica da coleta.

7.38 COLETA DE URINA I

Elaboração:

Número do Protocolo: 0792/26/20

✓ Finalidades

- Detectar presença de infecção, sangue e outras células.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, sabonete, frasco (fornecido pelo laboratório), 01 seringa se necessário, etiqueta de identificação, 01 comadre ou papagaio, 01 cuba rim se necessário, 01 jarro com água morna ou ducha, 01 toalha de banho, 01 saco coletor para crianças.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica e solicitação;
- Identificar o frasco com a etiqueta de identificação;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;

- Orientar o cliente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Encaminhar o cliente ao banheiro ou promover privacidade no leito;
- Calçar as luvas;
- Proceder ou orientar a coleta;
- Em caso de criança pequena, colocar o saco coletor, de acordo com o sexo e, vestir a roupa;
- Após o cliente ter urinado, coletar a urina em cuba-rim e colocar a urina no frasco, ou aspirar a urina com a seringa e colocá-la no frasco identificado;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha a seu alcance;
- Manter ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Acionar o laboratório para retirar o material;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Técnica de coleta.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Coleta de material insuficiente: repetir o procedimento.

7.39 COLETA DE URINA PARA CULTURA

Elaboração:

Número do Protocolo: 0802/26/20

✓ Finalidades

- Detectar e identificar a presença de microrganismos patogênicos.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 frasco estéril (fornecido pelo laboratório), 01 etiqueta de identificação do cliente, 01 cuba-rim esterilizada, 01 jarro com água morna, 01 sabonete, 01 comadre ou papagaio, 01 compressa não esterilizada e 01 bandeja, saco coletor infantil esterilizado se necessário.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica e solicitação;
- Identificar o frasco com a etiqueta de identificação do cliente;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Proceder a higiene íntima com água e sabão;
- Secar a região genital;
- Desprezar o primeiro jato de urina na comadre ou papagaio;
- Em crianças pequenas utilizar saco coletor de acordo com o sexo;
- Solicitar ao cliente que urine na cuba-rim ou verificar se urinou no saco coletor;
- Colocar a urina no frasco identificado (se necessário utilizar seringa para aspirar);
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Obs.: Em clientes não colaborativos proceder sondagem vesical de alívio.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Acionar ao coletor do laboratório que encaminhe a amostra;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Técnica de coleta.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Contaminação do material: observar técnica de coleta, repetir o procedimento;
- Coleta do material insuficiente: repetir o procedimento.

7.40 CONTROLE / INSTALAÇÃO DE PRESSÃO VENOSA CENTRAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 1503/3/20

✓ Finalidades:

- Medir o diferencial da câmara cardíaca venosa e o grau de hidratação.

✓ Material Necessário

- 01 Equipamento para PVC, 01 frasco de 250 ml de soro fisiológico 0,9%, fita crepe, 01 suporte de soro, 01 par de luvas de procedimento, 01 régua de PVC e protetor de conexão 2 vias, 01 interlink injetor, 01 interlink clip.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;

- Preparar o material;

- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;

- Checar o nome e o leito do cliente;

- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

- Calçar as luvas;

- Conectar o soro ao equipamento, colocando-o no suporte;

- Preencher o equipamento;

- Fixar a régua de papel no suporte de soro, de forma que o “zero” fique na altura do tórax do cliente, considerando decúbito dorsal horizontal;

- Fixar o equipamento de PVC no suporte de soro, fixando a extremidade dupla na porção superior da régua de papel, e a base na porção inferior;

- Conectar a extremidade distal do equipamento no cateter central;

- Manter o cliente em decúbito dorsal horizontal;

- Abrir a via do cateter onde está conectado o equipamento de PVC, fechando outras infusões que estejam conectadas;

- Fechar a pinça abaixo do soro e abrir a pinça distal;

- Lavar a extensão do cateter;

- Observar a infusão do soro pelo cateter até que pare;

- Colocar uma extremidade da régua de PVC sobre o tórax do cliente e a outra próxima à régua de papel fixada no suporte, até a centralização do nível de água;
- O número atingido quando a régua está à nível da serra considerado o “zero”;
- Observar o nível de soro no equipo, considerando o zero como referência;
- Utilizar os sinais + e – para parâmetros acima e abaixo de zero, respectivamente;
- Desconectar o equipo de PVC, reinstalando outras infusões;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias e notificar alterações de resultados;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado.

✓ Avaliação

- Sinais e sintomas;
- Técnica;
- Fixação do cateter;
- Fixação da régua.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Contaminação: trocar todo o material; Mensuração incorreta: refazer o procedimento observando a técnica descrita;
- Mobilização cateter: comunicar ao médico responsável e/ou plantonista, observar a infusão de líquidos, refazer a fixação do cateter.

7.41 CONTROLE DE DIURESE – ADULTO

Colaboração: Sérgio Luz

Número do Protocolo: 0822/26/2010

✓ Finalidades

- Avaliar a função renal, condições hemodinâmicas do cliente e auxiliar no diagnóstico de doenças específicas.

✓ Material Necessário

- 01 par de luvas de procedimento, 01 cálice graduado, 01 comadre ou papagaio e 01 bandeja pequena, etiqueta do cliente.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e familiares quanto ao procedimento;
- Identificar o cálice graduado com a etiqueta do cliente;
- Calçar as luvas;
- Solicitar que o cliente urine na comadre ou papagaio;
- Armazenar o volume urinário no cálice graduado, até o término do período;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente limpo e em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Perdas e características do material coletado.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Perda do material: anotar a perda, e continuar a fazer o controle da diurese.

7.42 CONTROLE DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Elaboração:

Número do Protocolo: 00512/11/20

✓ Finalidades

- Detectar alterações do padrão respiratório.

- ✓ Material Necessário
- Relógio com ponteiro de segundos; Rascunho.
- ✓ Pré - Execução
- Conferir prescrição de enfermagem;
- Lavar as mãos.
- ✓ Execução
- Identificar-se para o cliente e/ou acompanhante;
- Confirmar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Solicitar ao cliente que fique sentado ou deitado;
- Orientar ao cliente que respire normalmente;
- Permanecer na posição de verificação de pulso;
- Proceder a contagem dos movimentos respiratórios por 1 (um) minuto;
- Manter o cliente confortável, com a campainha ao seu alcance e o ambiente organizado.

- ✓ Pós - Execução
- Lavar as mãos;
- Checar prescrição de enfermagem;
- Realizar anotação da frequência respiratória no impresso de Planejamento Assistencial;
- Realizar anotação de enfermagem, caso necessário.
- ✓ Avaliação
- Avaliar o padrão respiratório.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão
- Alteração do padrão respiratório: confirmar mensuração; comunicar ao médico.

7.43 CONTROLE DE GLICEMIA COM APARELHO

Elaboração:

Número do Protocolo: 00612/11/20

- ✓ Finalidades
- Quantificar a glicose sérica do cliente;

- ✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 Lanceta, 01 álcoolSwab, 01 unidade de gaze não esterilizada, 01 lanceteador, 01 fita reagente para sangue, aparelho dosador de glicose e 01 bandeja pequena.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Conectar a lanceta ao lanceteador e armá-lo;
- Observar o rodízio no local da punção;
- Proceder a antisepsia do local a ser puncionado (em criança utilizar o calcâneo);
- Ligar o aparelho dosador e inserir a fita reagente (certificar-se que o lote da fita correspondente a amostra do aparelho);
- Lancetear o local selecionado;
- Colocar uma gota de sangue no local determinado da fita reagente;
- Oferecer gaze ao cliente para a compressão da região perfurada (em criança fazer compressão da região perfurada);
- Proceder a leitura do aparelho;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias e comunicar o resultado;
- Guardar o aparelho dosador em local apropriado.

✓ Avaliação

- Coleta de material insuficiente: reiniciar o procedimento;
- Descalibragem ou defeito do aparelho: calibrar o aparelho e reiniciar o procedimento;
- Hematomas: comunicar a enfermeira que fará avaliação;
- Contaminação: comunicar a enfermeira.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Comparar o resultado com sinais e sintomas;
- Avaliar a calibragem e efetividade do aparelho;
- Integridade cutânea.

7.44 CONTROLE DE PESO CORPORAL ADULTO

Elaboração:

Número do Protocolo: 0842/26/20

- ✓ Finalidades

- Detectar a retenção ou perda significativa de líquidos, utilizar o cálculo para dosagem de medicamentos, indicar condições nutricionais.

- ✓ Material Necessário

- 01 Balança, material para proteção de balança.

- ✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica e de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

- ✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar a balança ao lado da cama;
- Forrar a balança e verificar se a mesma está tarada;
- Solicitar ao cliente para retirar os chinelos e roupas pesadas;
- Proceder a pesagem;

- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

- ✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

- ✓ Avaliação

- Comparar resultados anteriores;
- Estabilidade da balança.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Mensuração incorreta: repetir o procedimento;
- Descalibragem ou defeito da balança: avaliar a efetividade da balança e se necessário encaminhá-la a engenharia clínica para manutenção.

7.45 CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL

Colaboração:

Número do Protocolo: 00912/11/20

- ✓ Finalidades

- Avaliar níveis pressóricos.

- ✓ Material Necessário

- 01 Esfigmomanômetro (braçadeira deve ser de acordo com o tamanho do cliente), 01 estetoscópio e 01 bandeja, 02 álcool Swab.

- ✓ Pré - Execução

- Observar rotina da unidade;
- Observar prescrição de enfermagem e médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

- ✓ Execução

- Identificar-se;

- Observar a prescrição de enfermagem;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Limpar as olivas do estetoscópio com álcool Swab;
- Colocar o manguito no braço do cliente ajustando-o acima do cotovelo;
- Palpar o pulso braquial;
- Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial do cliente, observando que o estetoscópio não fique sob o manguito, colocando o manômetro em posição para a leitura;
- Fechar a válvula de ar e insuflar o manguito até desaparecerem os sons do pulso braquial;
- Manter o diafragma do estetoscópio firme sobre o pulso braquial, e lentamente abrir a válvula do manguito;
- Observar os valores numéricos onde foram ouvidos o primeiro ruído e o término ou modificação desse ruído claro;
- Esvaziar todo ar do manguito;
- Retirar o manguito do braço do cliente;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Proceder a limpeza do estetoscópio com álcool Swab;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias e notificar alterações de resultados.

✓ Avaliação

- Avaliar resultados pressóricos;
- Observar funcionamento do aparelho.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Lesão cutânea: interromper o procedimento e comunicar a enfermeira;
- Aferimento inadequado: reiniciar o procedimento em outro braço.

7.46 CONTROLE DE PULSO

Elaboração:

Número do Protocolo: 01012/11/20

✓ Finalidades

- Avaliar frequência e ritmo cardíaco.

- ✓ Material Necessário

- Relógio com ponteiros de segundos.

- ✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica e de enfermagem;

- Observar rotina da unidade;

- Lavar as mãos.

- ✓ Execução

- Identificar-se;

- Observar a prescrição de enfermagem;

- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

- Colocar a polpa do dedo indicador, médio ou anular sobre a artéria radial/ temporal/ carótida, braquial/ femoral poplítea ou peidosa, fazendo leve pressão sobre a mesma;

- Sentir a pulsação e iniciar a contagem do número de batimentos cardíacos durante 1 minuto;

- Observar ritmo cardíaco e característica de pulso;

- Deixar o cliente confortável;

- Deixar o ambiente em ordem.

- ✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;

- Realizar as anotações necessárias e notificar alterações de resultados.

- ✓ Avaliação

- Avaliar resultado.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Mensuração incorreta: reiniciar o procedimento.

7.47 CONTROLE DE TEMPERATURA

Elaboração:

Número do Protocolo: 01112/11/20

✓ Finalidades

- Detectar alterações na temperatura corpórea.

✓ Material Necessário

- Termômetro, 02 Álcool Swab e 01 Bandeja.

✓ Pré - Execução

- Observar rotina da unidade;
- Observar prescrição médica e de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Proceder a limpeza da ponta de mercúrio do termômetro até a parte distal com álcool swab;
- Zerar o termômetro;
- Escolher o local para verificação de temperatura, dando preferência para região axilar;
- Colocar o termômetro na axila do cliente, solicitar para que deixe o braço imóvel, esperar 3 minutos;
- Proceder a leitura do termômetro;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Limpar o termômetro com álcool swab, da parte distal para a ponta de mercúrio;
- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias e notificar alterações de resultados.

✓ Avaliação

- Avaliar resultados;
- Avaliar posicionamento adequado;
- Avaliar integridade cutânea;

- Avaliar tempo de mensuração.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Lesão de pele por quebra do termômetro: interromper o procedimento e realizar curativo; comunicar a enfermeira.
- Mensuração incorreta: reiniciar o procedimento;
- Quebra do equipamento: reiniciar o procedimento com novo equipamento.

7.48 CUIDADOS COM CATETER DE SWAN-GANZ

Elaboração:

Número do Protocolo: 1211/20/20

- ✓ Finalidade

- Prevenir infecções;
- Proteger contra deslocamento e tração.

- ✓ Material Necessário

- 01 par de luvas de procedimento, 01 pacote de curativo, 02 pacotes de gaze, 02 unidade de clorexidinaalcoolica 2%, 01 saco de lixo pequeno, 01 bandeja média.

- ✓ Pré-Execução

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

- ✓ Execução

- Identificar-se ao paciente;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Manter o rosto virado para o lado contrário do curativo;
- Colocar saco de lixo em local próximo do leito;
- Colocar a bandeja em local adequado, de forma a não cruzar o material contaminado com o material esterilizado;
- Colocar luvas de procedimento;
- Utilizar técnicas assépticas;

- Retirar curativo anterior;
- Observar se há necessidade de coletar material para cultura;
- Desprezar o curativo no saco de lixo;
- Abrir o pacote de curativo, colocando as gazes no campo
- Limpar a inserção do catéter de SwanGanz com clorexidina alcóolica 2%;
- Secar a inserção;
- Proteger a inserção com gazes;
- Fixar o curativo com micropore;
- Observar a validade e volume da solução heparinizada em pressurizador. Manter o frasco pressurizado;
- Manter o suporte de transdutor de P.A no suporte de soro alinhado com a linha axilar média do cliente;
- Observar se todos os cabos estão devidamente conectados
- Observar se o cateter não está sendo tracionado pelos cabos do monitor de S. Ganz
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar material utilizado, no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem necessárias.

✓ Avaliação

- Permeabilidade do cateter
- Sinais de infecção

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Contaminação: observar aspecto da inserção do cateter
- Manipulação inadequada: rever a técnica correta de manipulação
- Refluxo de sangue para o Domus: reinstalar novo Domus
- Presença de bolhas de ar no Domus: retirar o ar de dentro do Domus.

7.49 CUIDADOS COM O CORPO APÓS A MORTE

Elaboração:

Número do Protocolo: 0852/26/20

✓ Finalidades

- Manter o corpo limpo e identificado, evitar a saída de odores e secreções, dispor o corpo em posição adequada antes da rigidez cadavérica.

✓ Material Necessário

- 02 pares de luvas de procedimentos, 03 etiquetas de identificação de óbito, algodão 500g, 01 pinça Cheron, 01 jarro com água, sabão líquido (50ml), 01 toalha, fita crepe (50 cm), 03 unidades de atadura de crepe, 10 unidades de gaze não esterilizada, 02 máscara, 01 tesoura, 02 lençóis, 01 bandeja grande, 01 maca sem colchão e 02 aventais não esterilizados.

✓ Pré - Execução

- Observar constatação de óbito;
- Preencher a etiqueta de óbito com os dados;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Checar o nome e o leito do cliente;
- Calçar as luvas de procedimento, avental e máscara;
- Desligar os equipamentos;
- Posicionar o corpo em decúbito dorsal e horizontal;
- Retirar sondas, catéteres e drenos;
- Proceder a higiene do corpo e realizar curativo nos locais necessários;
- Proceder o tamponamento das cavidades corporais com algodão e pinça de Cheron, se necessário utilizar material impermeável;
- Garrotear o pênis com 01 gaze;
- Recolocar prótese dentária;
- Manter decúbito horizontal dorsal com braços fletidos sobre o tórax;
- Fixar mandíbula, pulsos e tornozelos com atadura de crepe;
- Proceder a identificação, atando a etiqueta na extremidade do corpo (mãos e pés);
- Forrar a maca com lençol e transferir o corpo;
- Cobrir o corpo, completamente com lençol e colocar outra etiqueta de identificação;
- Solicitar abertura do necrotério;

- Acionar elevador para transportar o corpo;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar material utilizado, no expurgo;
- Realizar limpeza da maca e recolocar o colchão;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem;
- Vestir o corpo após a entrega da roupa pela família.

✓ Avaliação

- Aspecto geral do corpo;
- Transporte do corpo.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Queda do corpo no transporte: recolocar o corpo na maca;
- Extravazamento de fluídos corporais: refazer o tamponamento;
- Identificação errada do corpo: refazer imediatamente etiqueta de identificação, comunicar ao superior imediato.

7.50 CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 0872/26/20

✓ Finalidades

- Prevenir infecções;
- Proteger contra deslocamento e tração.

✓ Material Necessário

- 01 par de luvas de procedimento, 01 pacote de curativo, 02 pacotes de gaze, 02 unidade de clorexidina alcóolica 2%, 01 saco de lixo pequeno, 01 bandeja média.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;

- Lavar as mãos.

- ✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Manter o rosto virado para o lado contrário do curativo;
- Colocar saco de lixo em local próximo do leito;
- Colocar a bandeja em local adequado, de forma a não cruzar o material contaminado com o material esterilizado;
- Colocar luvas de procedimento;
- Utilizar técnicas assépticas;
- Retirar curativo anterior;
- Observar se há necessidade de coletar material para cultura;
- Desprezar o curativo no saco de lixo;
- Abrir o pacote de curativo, colocando as gazes no campo;
- Limpar a inserção do cateter com clorexidina alcóolica 2%;
- Secar a inserção;
- Proteger a inserção com gazes;
- Fixar o curativo com micropore;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

- ✓ Pós - Execução

- Desprezar material utilizado, no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem necessárias.

- ✓ Avaliação

- Permeabilidade venosa;
- Sinais de infecção.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Contaminação: observar aspecto da inserção do cateter;

- Manipulação inadequada: rever a técnica correta de manipulação.

7.51 CURATIVO DE ESTOMA TRAQUEAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 0882/26/20

✓ Finalidades

- Prevenir infecções;
- Fixação da cânula.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 pacote de curativo, 02 pacotes de gaze, 01 cadarço (40 cm), 01 unidade de soro fisiológico 0,9% (125 ml), 01 saco de lixo pequeno, 01 tesoura, 01 seringa 20 ml e 01 bandeja média.

✓ Pré – Execução

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Elevar a cabeceira do cliente, a fim de facilitar o procedimento;
- Colocar saco de lixo em local próximo ao leito do cliente;
- Colocar a bandeja em local adequado, de forma a não cruzar o material contaminado;
- Com o material esterelizado;
- Calçar luvas de procedimento;
- Utilizar técnica asséptica;
- Abrir o pacote de curativo, colocando as gazes no campo;
- Certificar-se que o cuff da cânula está insuflado;
- Remover o curativo sujo e desprezá-lo no saco de lixo;
- Limpar o estoma com SF 0,9%;
- Secar a área;

- Colocar 01 unidade de gaze esterilizada dobrada em cada lado das abas da cânula de traqueostomia;
- Trocar cadarço;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós – Execução

- Desprezar material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Mobilização da cânula;
- Permeabilidade da cânula;
- Padrão respiratório;
- Fixação da cânula.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Mobilização da cânula: não reposicionar a cânula, solicitar presença do médico para reposicionamento;
- Alteração do padrão respiratório: elevar o decúbito, aspirar a cânula e administrar oxigênio se necessário, acionar a fisioterapia.

7.52 CURATIVO DE FERIDA CONTAMINADA

Elaboração:

Número do Protocolo: 0892/26/20

✓ Finalidades

- Remover secreções, reduzir a infecção das lesões contaminadas, facilitar a cicatrização, evitar a contaminação das feridas limpas.

✓ Material Necessário

- 02 Pares de luvas de procedimento, 01 pacote de curativo, 01 unidade de soro fisiológico 0,9% de 125ml conforme tamanho da ferida, fita micropore, 01 saco de lixo pequeno, pacote de gaze (a quantidade depende do tamanho da ferida) e 01 bandeja média, medicação prescrita s/n.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar saco de lixo em local próximo do leito do cliente;
- Colocar a bandeja em local adequado, de forma a não cruzar o material;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Utilizar técnicas assépticas;
- Abrir o pacote de curativo, colocando as gazes no campo;
- Expor região e o curativo anterior;
- Retirar curativo anterior;
- Observar se há necessidade de coletar material para cultura;
- Desprezar o curativo sujo no saco de lixo;
- Retirar as luvas sujas e calçar as novas;
- Limpar a ferida do local menos contaminado para o mais contaminado, ou seja, das bordas para o centro;
- Secar as bordas da ferida;
- Aplicar a medicação prescrita;
- Proteger a ferida com gaze;
- Fixar o curativo com micropore;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar material utilizado, no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem necessárias

✓ Avaliação

- Eficácia do produto utilizado;
- Cicatrização.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Contaminação: refazer o procedimento utilizando técnica descrita, observar sinais de infecção;
- Conduta inadequada na definição dos produtos e materiais indicados: conversar com o médico responsável;
- Reação alérgica ao material e/ou solução utilizada: interromper a utilização do produto, anotar em prontuário, comunicar ao médico responsável;
- Lesão cutânea: observar evolução da lesão, comunicar ao médico responsável.

7.53 CURATIVO DE FERIDA LIMPA

Elaboração:

Número do Protocolo: 0902/26/20

✓ Finalidades

- Auxiliar na cicatrização, proteger contra o meio externo e prevenir infecções.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, pacote de curativo, gazes, soro fisiológico 0,9%, 01 saco de lixo, 01 tesoura e 01 bandeja, (a quantidade dependerá da extensão da ferida).

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o saco de lixo em local próximo ao leito;

- Colocar a bandeja em local adequado, de forma a não cruzar com o material esterilizado;
- Calçar luvas;
- Utilizar técnica asséptica;
- Abrir o pacote de curativo, colocando as gazes no campo;
- Retirar o curativo anterior;
- Solicitar avaliação do enfermeiro;
- Desprezar o curativo sujo no saco de lixo;
- Retirar as luvas;
- Lavar ferida com SF 0,9%;
- Limpar a ferida da área menos contaminada para a mais contaminada, ou seja, do centro para as bordas;
- Secar a ferida;
- Proteger a ferida com gazes (se necessário);
- Fixar o curativo com micropore (se necessário);
- Deixar o cliente confortável e com campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Evolução da ferida;
- Quantidade e aspecto da secreção;
- Integridade cutânea.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Contaminação: rever técnica de curativo;
- Lesão da pele: utilizar proteção para a borda da ferida, prescrita pelo enfermeiro, observar evolução;
- Deiscência: avaliar e prescrever curativo, comunicar ao médico.

7.54 CURATIVO EM COTO UMBILICAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 01212/11/20

✓ Finalidades

- Prevenir infecções e promover desidratação, mumificação e queda do coto umbilical.

✓ Material Necessário

- 01 par de luvas, álcool 70%, 01 pacote de gaze e 01 pacote de cotonete.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material necessário.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do RN;
- Orientar o acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o RN em decúbito horizontal;
- Retirar as roupas do RN expondo apenas a área à ser manipulado;
- Calçar luvas;
- Examinar o coto umbilical quanto ao grau de mumificação, presença de sangue, secreções, odor e área periumbilical;
- Segurar extremidade do coto umbilical com uma gaze, limpar a inserção com o cotonete embebido em álcool a 70% e retirar o excesso com o outro cotonete;
- Limpar o coto com uma gaze embebida em álcool a 70%, da inserção para a extremidade;
- Limpar com gaze seca retirando o excesso de álcool;
- Manter o coto umbilical descoberto.

✓ Pós - Execução

- Desprezar material utilizado no local adequado;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição de enfermagem.

✓ Avaliação

- Avaliar cicatrização, grau de mumificação, presença de sangue, presença de secreções, odor e sinais flogísticos.

✓ Riscos/Tomada e Decisão

- Contaminação do coto: comunicar a enfermeira que fará a avaliação e comunicação para o médico pediatra.

7.55 DINÂMICA UTERINA

Elaboração:

Número do Protocolo: 03512/14/20

✓ Finalidades

- Identificar a presença de contratilidade uterina;
- Mensurar intensidade e frequência da contração uterina.

✓ Material Necessário

- 01 Relógio com marcador de segundos.

✓ Pré - Execução

- Lavar as mãos;
- Posicionar a cliente confortavelmente no divã.

✓ Execução

- Explicar o procedimento a ser realizado para a cliente;
- Posicionar-se à direita da gestante;
- Colocar a mão dominante sobre o fundo uterino;
- Marcar 10 minutos e contar o número de contrações uterinas e sua duração neste intervalo de tempo;
- Perceber a intensidade da contração uterina.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;

- Realizar as anotações necessárias em impressos próprios.

- ✓ Avaliação

- Avaliar as alterações na frequência, duração, intensidade e tônus da atividade uterina de acordo com a idade gestacional;

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Interpretação incorreta da dinâmica uterina: repetir o procedimento.

7.56 ELETROCARDIOGRAMA

Elaboração:

Número do Protocolo: 0922/26/20

- ✓ Finalidades:

- Registrar a atividade do coração.

- ✓ Material Necessário:

- Aparelho de ECG, eletrodos descartáveis (se necessário), álcool 70%, gel condutor e algodão.

- ✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;

- Preparar o material;

- Lavar as mãos.

- ✓ Execução

- Identificar-se;

- Checar o nome e o leito do cliente;

- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

- Solicitar ao cliente que permaneça em decúbito dorsal;

- Passar algodão embebido em álcool no local de contato entre as garras e a pele;

- Instalar os eletrodos em membros inferiores e superiores, conectando os respectivos cabos de acordo com as cores;

- Solicitar cooperação quanto a permanecer imóvel para realização do exame;

- Ligar o aparelho, e rodar o papel a fim de centralizar o registro gráfico;

- Colocar eletrodo em tórax direito, no terceiro espaço intercostal e paraesternal; à direita.

- Colocar eletrodo em tórax esquerdo, no terceiro espaço intercostal e paraesternal; à esquerda.
- Colocar eletrodo em tórax esquerdo, no quinto espaço intercostal e paraesternal; à esquerda.
- Colocar eletrodo em tórax esquerdo, no quinto espaço intercostal, na linha do mamilo;
- Colocar eletrodo em tórax esquerdo, no quinto espaço intercostal na linha do axilar anterior;
- Colocar eletrodo em tórax esquerdo, no quinto espaço intercostal na linha axilar média;
- Rodar o papel, iniciar o registro;
- Retirar os eletrodos;
- Fazer limpeza do tórax do cliente;
- Identificar o exame com os dados do cliente, horário e data em que foi realizado;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar material utilizado, no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Limpar o aparelho de ECG;
- Guardar o aparelho de ECG;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Avaliar a qualidade dos exames;
- Avaliar a troca de eletrodos;
- Avaliar a integridade cutânea;
- Avaliar interferência elétrica.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Interferência: usar filtro, desligar corrente elétrica (deixar aparelho na bateria);
- Lesão de pele: A lesão que pode ocorrer, é de caráter superficial, causada pela pressão de sucção das “peras”, ocasionando discreto rompimento de vasos, a única conduta nestes casos é observar a pele do cliente que deve evoluir c/ regressão do hematoma em 2 dias;
- Em caso de troca de eletrodo, o eletrocardiograma deve ser refeito.

7.57 ENFAIXAMENTO / AQUECIMENTO DOS MEMBROS

Elaboração:

Número do Protocolo: 0932/26/20

✓ Finalidades

- Aquecer o membro a fim de melhorar as condições circulatórias.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, fita crepe, 02 ataduras de crepe de 15 cm, 02 algodão ortopédico de 15 cm e 01 bandeja.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica e de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Dispor o material junto do cliente;
- Calçar luva;
- Colocar o membro em posição apropriada;
- Manter a extremidade de um dos dedos descoberto para avaliação da perfusão;
- Proteger a pele com algodão ortopédico, da extremidade distal para a proximal;
- Proceder o enfaixamento com atadura de crepe, da extremidade distal para a proximal, atentando para não garrotear;
- Fixar a borda livre da atadura com fita crepe;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Desprezar material utilizado, no expurgo;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Perfusão periférica;
- Presença de pulso;
- Integridade da pele.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Garroteamento dos membros: refazer o enfaixamento sem garrotear.

7.58 EXAME DE CARDIOTOCOGRAFIA

Elaboração:

Número do Protocolo: 03712/14/20

✓ Finalidades

- Identificar alterações do ritmo cardíaco, avaliar a vitalidade fetal e dinâmica uterina.

✓ Material Necessário

- Cardiotoco, gel condutor, papel toalha, lençol.

✓ Pré -Execução

- Lavar as mãos;
- Preparar o material.

✓ Execução

- Explicar o procedimento a ser realizado para a cliente;
- Posicionar a cliente em decúbito dorsal;
- Posicionar-se à direita da gestante;
- Expor o abdome da cliente;
- Ligar o aparelho de cardiotoco;
- Fixar os eletrodos (no fundo do útero e foco de ausculta fetal, o último com gel condutor);
- Orientar a mãe a indicar a movimentação fetal acionando o botão;
- Iniciar o registro e manter por 20 minutos;
- Desligar o aparelho de cardiotoco;
- Retirar os eletrodos;
- Remover o gel com papel toalha;
- Posicionar a cliente confortavelmente;

- Destacar o impresso;
- Analisar o resultado e encaminhá-lo para o médico responsável.

✓ Pós - Execução

- Limpar o gel do aparelho do cardiotoco;
- Guardar o material;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias em impressos próprios.

✓ Avaliação

- Avaliar o registro dos batimentos cardio fetais (variabilidade, acelerações, desacelerações, nível basal);
- Avaliar presença de movimentação fetal;
- Avaliar a dinâmica uterina.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Falha do gráfico do registro dos batimentos cardio fetais: reposicionar os eletrodos e repetir o exame;
- Resultado alterado devido ao jejum da cliente: orientar a cliente para se alimentar , se fora de trabalho de parto, e repetir o exame.

7.59 HIGIENE DA BOLSA DE COLOSTOMIA

Elaboração:

Número do Protocolo: 0972/26/20

✓ Finalidades

- Proteger a pele contra a ação de sucos digestivos e controlar o débito de fístulas, drenos e colostomias.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, 04 unidades de gaze não esterilizada, 01 cuba-rim, 01 toalha, 01 frasco de SF 0,9% (125ml), 01 saco de lixo pequeno e 01 bandeja.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;

- Lavar as mãos.

- ✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Forrar cama com toalha;
- Posicionar a cuba-rim abaixo da bolsa de colostomia;
- Desconectar a bolsa da placa, puxando-a pelo aro de plástico;
- Apoiar a bolsa na cuba e conduzi-la até o banheiro;
- Abrir o clip da bolsa, desprezando o conteúdo no vaso sanitário;
- Lavar a bolsa e limpar o Estoma com SF 0,9%;
- Secar o Estoma com gaze;
- Conectar a bolsa a placa;
- Retirar a luva;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

- ✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Desprezar o material no expurgo;
- Realizar as anotações necessárias.

- ✓ Avaliação

- Integridade da pele.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Lesão de pele: Observar evolução da lesão, acionar médico responsável, acionar enfermeira estomaterapêuta.

7.60 HIGIENE DA CÂNULA TRAQUEAL DE METAL – TRAQUEOSTOMIA

Elaboração:

Número do Protocolo: 0982/26/20

✓ Finalidades

- Prevenir infecção e manter a permeabilidade da cânula.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 tesoura, 01 frasco de SF 0,9% (125ml), 02 pacotes de gaze, 50cm de cadarço, 01 pacote de curativo, 01 cuba-rim, 01 bandeja e 01 saco de lixo pequeno, 20 cm de micropore largo.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Prepara fixação da cânula com gaze, cardaço e micropore;
- Calçar as luvas;
- Retirar a cânula metálica interna (móvel), colocando-a na cuba imersa em solução fisiológica;
- Secar esta área;
- Limpar a área ao redor da cânula móvel, passando uma gaze embebida em SF 0,9%, através do orifício da cânula, se necessário, trocar o conjunto;
- Colocar uma gaze dobrada de cada lado da cânula;
- Trocar o cadarço;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

- ✓ Avaliação
- Padrão respiratório;
- Integridade cutânea;
- Fixação da cânula.
- ✓ Riscos/Tomada de Decisão
- Mobilização da cânula: observar padrão respiratório, acionar médico responsável e/ou plantonista. Não manipular a cânula;
- Falso trajeto: observar padrão respiratório, acionar médico responsável e/ou plantonista. Não manipular a cânula;
- Desconforto respiratório: observar padrão respiratório, acionar fisioterapia.

7.61 HIGIENE DO COURO CABELUDO

Elaboração:

Número do Protocolo: 0992/26/2010

- ✓ Finalidades
- Remover sujidades e pedículos.

- ✓ Material Necessário
- 01 Par de luvas de procedimento, 01 pente, 01 jarro, 01 bacia, água, 01 sabão, 01 toalha de rosto, 01 carrinho e 01 secador se necessário.

- ✓ Pré - Execução
- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Solicitar auxílio.

- ✓ Execução
- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar bacia sob a região cefálica do cliente, segurando-a firmemente durante todo o procedimento;
- O outro colaborador deverá molhar os cabelos do cliente;

- Colocar o jarro sobre a mesa auxiliar e ensaboar o couro cabeludo, se pediculose usar produto apropriado;
- Enxaguar;
- Repetir o procedimento, se necessário;
- Retirar a bacia;
- Envolver a cabeça do cliente com toalha, secando-os, ou utilizando o secador;
- Pentear os cabelos do cliente;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Guardar o material no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Presença de parasitas, lesões e dermatites.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Reação alérgica a produtos para pediculose: suspender o uso do produto imediatamente;
- Lesão de couro cabeludo: comunicar ao médico do cliente.

7.62 HIGIENE ÍNTIMA FEMININA

Elaboração:

Número do Protocolo: 1002/26/20

✓ Finalidades

- Prevenir e/ou combater infecções, limpeza e conforto do cliente.

✓ Material Necessário

- 01 par de luvas de procedimento, 01 sabonete pequeno, compressa não esterilizada, 01 Jarro com água, 01 comadre, 01 toalha e 01 bandeja.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição de enfermagem;

- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade;
- Calçar as luvas;
- Colocar o cliente em posição ginecológica e colocar a comadre;
- Ensaboar a compressa;
- Lavar a vulva iniciando na parte superior para a inferior;
- Repetir o processo lavando a parte interna;
- Secar a região genital;
- Retirar a comadre;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Desprezar o material sujo no expurgo;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Presença de secreção e lesões.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Exposição inadequada – Garantir a privacidade;
- Desconforto térmico – Forrar a comadre com campo;
- Extravasamento de líquido – Trocar a roupa da cama.

7.63 HIGIENE OCULAR

Elaboração:

Número do Protocolo: 1023/1/20

✓ Finalidades

- Remover sujidades, promover conforto do cliente.

✓ Material Necessário

- 01 par de luvas de procedimento , 02 ampolas de SF 0,9% (10 ml), 01 pacote de gaze esterilizada, 01 bandeja pequena.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Elevar decúbito do cliente;
- Calçar as luvas;
- Umedecer a gaze com soro fisiológico e proceder a higienização do olho, com movimentos firmes da parte externa para o orifício lacrimal, utilizando um lado da gaze de cada vez;
- Repetir o procedimento até higienização completa;
- Secar os olhos com o auxílio de uma gaze seca;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material sujo no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Presença de secreção.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Hiperemia ocular: Realizar compressa com soro fisiológico, comunicar o médico.

7.64 HIGIENE ORAL COM AUXÍLIO

Elaboração:

Número do Protocolo: 1033/1/20

✓ Finalidades

- Proporcionar conforto ao cliente, prevenir infecção, limpeza e conservação dos dentes, auxiliar no tratamento de patologias bucais e trato respiratório.

✓ Material Necessário

- 01 par de luvas de procedimento, 01 cuba-rim, água, 01 escova de dentes ou 03 espátulas, 05 unidades de gaze, 01 toalha, 20 ml de antisséptico bucal, creme dental e 01 bandeja.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade;
- Calçar as luvas;
- Elevar decúbito do cliente;
- Colocar toalha sobre o tórax;
- Promover escovação dentária e da língua com escova de dente ou espátula com gazes;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

- ✓ Avaliação

- Presença de lesão na mucosa oral.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Lesão na mucosa – realizar higiene com colutório e, comunicar o médico.

7.65 INALAÇÃO POR OXIGENOTERAPIA

Elaboração:

Número do Protocolo: 1043/1/20

- ✓ Finalidades

- Promover a umidificação das secreções das vias aéreas, a fim de facilitar sua expectoração;
- Administrar medicamentos absorvidos pela mucosa nasal que tenham efeito sistêmico.

- ✓ Material Necessário

- 01 bandeja;
- 01 Kit de inalação;
- Medicamento prescrito;
- 01 seringa 10ml;
- 01 agulha 40X12;
- 01 ampola de soro fisiológico 0,9%;
- Fluxômetro de O₂.

- ✓ Pré - Execução

- Conferir prescrição médica (medicamento, dose, horário, via de administração, paciente);
- Lavar as mãos;
- Preparar o material e colocar na bandeja.

- ✓ Execução

- Identificar-se;
- Confirmar o nome e o leito do paciente;

- Orientar paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Instalar o fluxômetro na fonte de O₂ e conectar a extensão do kit de inalação ao fluxômetro;
- Elevar decúbito do paciente entre 30 a 45° ;
- Aspirar o soro fisiológico da ampola com o auxílio da agulha, instilar no inalador através do orifício de conexão da máscara, acrescentar o medicamento prescrito utilizando a mesma técnica;
- Regular o fluxômetro entre 5 a 7 l/min;
- Colocar a máscara próxima ao rosto do paciente, de forma a cobrir o nariz e boca;
- Após o término da solução, desligar o fluxômetro e proteger o inalador com saco plástico transparente;
- Deixar o paciente confortável, com a campainha ao seu alcance e o ambiente organizado.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material em local pré-determinado;
- Realizar higienização da bandeja com álcool 70%;
- Lavar as mãos;
- Checar prescrição médica;
- Realizar anotação de enfermagem, caso intercorrências.

✓ Avaliação

- Administração correta da medicação, atingindo seus efeitos terapêuticos;
- Expectoração eficiente.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Reação alérgica: comunicar ao médico presença de sinais e sintomas;
- Efeitos colaterais dos medicamentos: observar presença de efeitos colaterais; comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.

7.66 INSTALAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 1083/1/20

✓ Finalidades

- Nutrição e hidratação do cliente impossibilitado de se alimentar por via oral ou através de sonda.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 equipo de bomba de infusão, 01 pacote de gaze esterilizada, 02 unidades de álcool Swab, 01 agulha Interlink para infusão contínua.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Preparar material;
- Conferir o rótulo da solução de NPT;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e nome do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Utilizando técnica asséptica, fixar o equipo a bolsa de NPT eliminando ar;
- Proteger o equipo com ponta própria utilizando técnica asséptica;
- Fechar a pinça do equipo e inseri-lo na bomba de infusão;
- Instalar sistema de NPT à bomba de infusão;
- Programar bomba de infusão conforme prescrição;
- Fazer assepsia da conexão com álcool Swab;
- Conectar equipo da bomba de infusão ao acesso venoso exclusivo para a NPT, conectando agulha Interlink de infusão contínua;
- Abrir todas as pinças;
- Iniciar a infusão;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Permeabilidade do cateter;
- Sinais e sintomas de reações adversas;
- Correto funcionamento da bomba de infusão.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Reações adversas: suspender a infusão da solução de NPT, instalar solução glicosada a 10%, avisar o médico;
- Obstrução do cateter: suspender a infusão, puncionar acesso periférico, instalar solução glicosada a 10%, avisar o médico.

7.67 LAVAGEM DAS MÃOS

Elaboração:

Número do Protocolo: 04512/15/20

✓ Finalidades

- Proporcionar higiene e evitar transmissão de infecção cruzada.

✓ Material Necessário

- Água; Sabão líquido ou sabão anti-séptico; 02 folhas de papel toalha.

✓ Pré - Execução

- Retirar adornos como: pulseiras, anéis e relógio.

✓ Execução

- Abrir a torneira;
- Iniciar molhando as mãos em direção dos cotovelos;
- Dispensar o sabão líquido ou sabão antisséptico na palma das mãos;
- Friccionar a palma, o dorso, espaço interdigitais, polegar, articulações, unhas, extremidades dos dedos e punhos por aproximadamente 30 a 45 segundos;
- Enxaguar as mãos, tomando cuidado para não tocar nas bordas da pia;
- Enxugar as mãos com papel toalha e após fechar a torneira com o mesmo papel.

✓ Avaliação

- Diminuir índices de infecção hospitalar por microrganismos conhecidamente transmitidos através do contato;

✓ Riscos/Tomada e Decisão

- Transmissão de infecção cruzada: reciclagem sobre técnica de lavagem das mãos.

7.68 LAVAGEM GÁSTRICA

Elaboração:

Número do Protocolo: 1103/1/20

✓ Finalidades

- Preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias, estancar hemorragias gástricas ou esofágicas usando líquidos gelados e remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 sonda gástrica com o número compatível com o tamanho do cliente, 01 cuba-rim, esparadrapo, micropore, soro fisiológico 0,9% 500ml, 01 seringa de 10ml ou 20ml, 01 tubo de Xylocaínageléia, gaze, 01 coletor de urina aberto ou saco coletor, 01 equipo com injetor lateral.

✓ Pré - Execução

- Observar a prescrição médica;
- Preparar material;
- Solicitar o auxílio para a realização do procedimento, se necessário;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar luvas;
- Realizar sondagem gástrica conforme técnica própria;
- Fixar a sonda com micropore;

- Com a seringa, verificar se reflui suco gástrico ou resíduos;
 - Infundir soro fisiológico 0,9% ou outra solução em seringa ou através do equipo, conforme prescrição médica;
 - Aspirar o mesmo volume de solução que foi infundida, se necessário;
 - Fazer lavagem até que o líquido retorne totalmente límpido, ou conforme orientação do enfermeiro / médico;
 - Desprezar o líquido em cuba-rim se necessário;
 - Observar aspecto, volume da solução retirada;
 - Manter sonda aberta / fechada conforme orientação médica;
 - Manter o cliente confortável e com a campainha a seu alcance;
 - Manter o ambiente em ordem.
- ✓ Pós - Execução
- Desprezar o material no expurgo;
 - Lavar as mãos;
 - Realizar as anotações necessárias.

- ✓ Avaliação
- Avaliar fixação da sonda posicionamento adequado;
 - Avaliar distensão abdominal;
 - Avaliar débito (aspecto e volume);
 - Avaliar presença de náuseas e vômitos.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão
- Mobilização da sonda: Reposicionar a sonda;
 - Broncoaspiração: Fazer aspiração naso-traqueal, verificar insuficiência respiratória e manter decúbito elevado;
 - Distensão abdominal: Abrir / Aspirar sonda, observar náusea e vômitos;
 - Posicionamento da sonda: verificar posicionamento da sonda e se necessário providenciar reposicionamento.

7.69 LAVAGEM INTESTINAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 1113/1/20

- ✓ Finalidades

- Avaliar a distensão abdominal, flatulência, remover fezes acumuladas, preparar clientes para cirurgias e exames do trato intestinal.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, gaze não esterilizada, 01 sonda retal, solução prescrita, 01 Xilocaína geleia, 01 comadre, 01 bandeja e 01 saco plástico pequeno, toalha.

✓ Pré- Execução

- Observar prescrição médica;
- Aquecer a solução;
- Adaptar a sonda ao frasco;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade;
- Calçar as luvas;
- Colocar uma toalha sob as nádegas do cliente;
- Colocar o cliente em posição de SIMS (decúbito lateral esquerdo, com MIE estendido e MID fletido);
- Lubrificar a extremidade distal da sonda retal com Xylocaína geleia;
- Entreabrir as nádegas, a fim de visualizar o ânus;
- Introduzir a sonda;
- Injetar a solução no reto, fazendo compressão gradual no frasco plástico da solução;
- Retirar a sonda lentamente ao término da infusão e desprezar o material em saco plástico;
- Orientar o cliente que retenha o líquido o máximo possível;
- Auxiliar o cliente a ir ao banheiro, ou colocar a comadre sob o cliente;
- Deixar o cliente em posição confortável e a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Eficácia do procedimento;
- Aspecto e quantidade das fezes.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Lesão de mucosa: suspender o procedimento e comunicar o médico do cliente;
- Extravasamento de líquido: suspender o procedimento, fazer a higiene.

7.70 LAVAGEM INTESTINAL PELA COLOSTOMIA

Elaboração:

Número do Protocolo: 1133/1/20

✓ Finalidades

- Avaliar a distensão abdominal, flatulência, remover fezes acumuladas, preparar clientes para cirurgias e exames do trato intestinal.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, gaze não esterilizada, solução prescrita, 01 equipo de soro simples, 10ml de Xylocaínageléia, 01 comadre, 01 bandeja, 01 saco plástico pequeno e 01 toalha.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Aquecer a solução;
- Preparar material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do cliente;

- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade;
- Calçar as luvas;
- Posicionar o cliente, colocar a toalha sob o cliente;
- Conectar o equipo ao frasco da solução, preenchê-lo e pendurá-lo no suporte de soro;
- Conectar a sonda ao equipo;
- Lubrificar a extremidade distal da sonda com Xylocaína;
- Desconectar a parte plástica da bolsa e colocá-la na comadre;
- Introduzir a sonda na ostomia;
- Abrir a pinça do equipo e infundir a solução lentamente;
- Após o término da infusão, retirar a sonda e secar ao redor da ostomia;
- Recolocar a bolsa plástica;
- Observar o débito e esvaziar a bolsa, via clip, sempre que necessário;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Eficácia do procedimento.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Lesão do estoma e alças: observar evolução da lesão, acionar médico responsável;
- Desconforto e alergias: acionar médico responsável, administrar analgésico prescrito.

7.71 LIMPEZA DA CÚPULA DE ACRÍLICO DO BERÇO E INCUBADORA DO RECÉM-NASCIDO

Elaboração:

Número do Protocolo: 04312

✓ Finalidades

- Remover sujidade;

- Eliminar ou minimizar a presença de microrganismos patogênicos da cúpula.

- ✓ Material Necessário

- 1 par de luvas de procedimento, avental impermeável, quartanário de amônia a 1%, gaze não esterilizada, compressa não esterilizada, máscara e óculos de proteção.

- ✓ Pré - Execução

- Reunir o material;
- Encaminhar ao expurgo.

- ✓ Execução

- Proceder à limpeza da cúpula com gaze embebida em quartanário de amônia a 1%, em movimento único;
- Deixar o produto agir por 10 minutos;
- Retirar o excesso com compressa úmida;
- Secar a cúpula com compressa não esterilizada seca.

- ✓ Pós - Execução

- Desprezar o EPI utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos.

- ✓ Avaliação

- Ausência de sujidade.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão:

- Permanência de sujidade na cúpula; realizar a limpeza novamente;
- Não remoção da sujidade na cúpula após a limpeza: realizar a substituição do material.

7.72 LIMPEZA TERMINAL DA INCUBADORA

Elaboração:

Número do Protocolo: 05012/

- ✓ Finalidades

- Remover sujidade;
- Eliminar ou minimizar a presença de microrganismos patogênicos da incubadora.

✓ Material Necessário

- 1 par de luvas de procedimento, avental impermeável, quartanário de amônia a 1%, água e sabão, compressa não esterilizada, recipiente para limpeza do motor, etiqueta de identificação de terminal.

✓ Pré - Execução

- Reunir o material necessário;
- Encaminhar o material ao expurgo.

✓ Execução

- Separar as partes móveis da incubadora;
- Proceder à limpeza das partes em acrílico com compressa embebida no quartanário de amônia a 1%, deixar por 10 minutos, e remover o excesso com compressa úmida;
- Proceder à limpeza das partes móveis de borracha e da estrutura de metal com compressa embebida em água e sabão, em movimento único;
- Proceder à limpeza do motor, retirando-o e mergulhando em recipiente próprio para limpeza com água e sabão neutro, ligá-lo por 40 minutos, secá-lo com compressa não estéril seca;
- Remover o sabão com compressa embebida em água corrente;
- Secar a incubadora com compressa não esterilizada;
- Remontar a incubadora.

✓ Pós - Execução

- Anotar a limpeza na etiqueta de identificação de terminal do equipamento;
- Disponibilizar a incubadora para uso no leito ou encaminhar a sala de equipamentos;
- Desprezar o material no expurgo;
- Lavar as mãos.

✓ Avaliação

- Ausência de sujidade;
- Verificar a necessidade da troca do filtro.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Permanência de sujidade na incubadora: realizar a limpeza da incubadora novamente;

- Quebra de alguma peça da incubadora: comunicar a chefia e acionar o Setor de Engenharia Clínica.

7.73 MANUSEIO DE MATERIAIS CONTAMINADOS

Elaboração:

Número do Protocolo: 1233/2

✓ Finalidades

- Evitar a contaminação dos colaboradores e infecção cruzada.

✓ Material Necessário

- E.P.I. (Equipamento de Proteção Individual), 01 Par de luvas de procedimento / 01 par de luvas de borracha / máscara / avental plástico / óculos de proteção.

✓ Pré - Execução

- Arrumar a área de trabalho;
- Lavar as mãos;
- Equipar-se com Equipamento de Proteção Individual.

✓ Execução

- Separar o material a ser manuseado;
- Atentar para a presença de material pérfuro cortante;
- Desprezar o material pérfuro cortante em caixa própria;
- Pinças devem ser abertas, com exceção de Bachkaus e Pozzi e encaminhadas para limpeza;
- Acondicionar material contaminado a ser desprezado em sacos plásticos apropriados;
- Desprezar material em local apropriado.

✓ Pós - Execução

- Encaminhar materiais a serem limpos para área de preparo;
- Retirar Equipamentos de Proteção Individual;
- Realizar Desinfecção dos Equipamentos de Proteção Individual (luvas de borracha / avental plástico e óculos) conforme rotina pré-estabelecida;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações se necessário.

✓ Avaliação

- Verificar utilização correta dos equipamentos de proteção individual, de acordo com a área de risco.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Acidente com pérfuro cortante, por manipulação incorreta do material: comunicar a Chefia para providenciar preenchimento de impresso de acidente com material pérfuro cortante e encaminhamento ao Pronto Socorro, se necessário.

7.74 MENSURAÇÃO DA ALTURA UTERINA

Elaboração:

Número do Protocolo: 03812/14

✓ Finalidades

- Calcular aproximadamente a idade gestacional;
- Identificar polidramnio, oligoâmnio, fetos macrossômicos e restrição de crescimento intraútero (RCIU) de crescimento fetal intrauterino.

✓ Material Necessário

- 01 Fita métrica.

✓ Pré - Execução

- Lavar as mãos;
- Preparar o material;
- Solicitar a cliente que elimine a diurese.

✓ Execução

- Explicar o procedimento a ser realizado para a cliente;
- Posicionar a cliente em decúbito dorsal;
- Posicionar-se à direita da gestante;
- Expor o abdome da cliente;
- Medianizar o útero;
- Manter a extremidade da fita métrica fixada do meio da borda superior da sínfise púbica, passá-la entre o dedo médio e indicador e estendê-la sobre a superfície mediana da parede

abdominal, com a borda cubital da mão, passando ao nível da cicatriz umbilical, até sentir o fundo uterino.

✓ Pós - Execução

- Deixar a cliente confortável e o ambiente limpo e em ordem;
- Guardar o material;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias em impressos próprios.

✓ Avaliação

- Avaliar o dado obtido com o quadro clínico obstétrico da gestante.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Estabelecer falso diagnóstico através da mensuração: repetir a mensuração.

7.75 MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

Elaboração:

Número do Protocolo: 1343/2/

✓ Finalidades

- Controlar e avaliar continuamente a atividade elétrica do coração.

✓ Material Necessário

- Eletrodo descartável, monitor cardíaco e 02 álcoolSwab.

✓ Pré - Execução

- Observar a solicitação médica/enfermagem;
- Reunir o material necessário.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Solicitar ao cliente que permaneça em decúbito dorsal horizontal;
- Colocar os eletrodos no tórax do cliente em hemitórax D e E, em região inframamária D e E, e um no 4º espaço intercostal);

- Ligar o monitor cardíaco;
- Conectar o cabo do monitor aos eletrodos;
- Escolher a derivação cardíaca (geralmente, e DII);
- Observar o traçado na tela do monitor, verificando se há interferências;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Integridade cutânea;
- Instalação do equipamento.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Lesão cutânea: reposicionar os eletrodos em outro local, observar evolução;
- Queda do aparelho: observar funcionamento do mesmo, acionar engenharia clínica;
- Interferências: verificar conexões, verificar eletrodos, acionar engenharia clínica.

7.76 MONTAGEM DE MESA PARA PROCEDIMENTOS ESTÉREIS

Elaboração:

Número do Protocolo: 0912/26/

✓ Finalidades

- Reunir todo o material necessário ao procedimento em questão.

✓ Material Necessário

- 01 Campo, 01 campo fenestrado, 01 pacote de curativo, 01 cuba-rim, clorexidina alcoólica ou tópica, 01 saco de lixo, fio de sutura mononylon 3,0 / 4,0 se necessário, 01 agulha 40X12, 01 agulha 30X7, 01 seringa de 20ml, 01 mesa auxiliar, 01 par de luvas cirúrgica, 01 máscara, 01 gorro, 01 avental esterilizado, 01 frasco de Xylocaína 2%, micropore, kit referente ao procedimento.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica/enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material.

✓ Execução

- Colocar a mesa auxiliar próxima ao leito;
- Cobrir a mesa com campo esterilizado (técnica asséptica);
- Abrir e colocar materiais sob a mesa (técnica asséptica);
- Auxiliar o médico a paramentar-se;
- Posicionar o cliente em decúbito dorsal horizontal;
- Auxiliar o médico no procedimento.

✓ Pós - Execução

- Encaminhar e desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Certificação da utilização correta dos materiais.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Contaminação do material ou procedimento: refazer o procedimento utilizando a técnica correta.

7.77 MONTAGEM DO CATETER DE SWAN GANZ

Elaboração:

Número do Protocolo: 1163/1/

✓ Finalidades

- Montar material para a passagem de SwanGanz.

✓ Material Necessário

- 03 Pacotes de gaze esterilizada; clorexidina alcoólica; 01 frasco Xylocaína 2% sem vasoconstritor; 03 campos cirúrgicos; 01 avental esterilizado; 01 máscara; 01 gorro; 01 par de

luvas esterilizada; 01 kit introdutor 8,5; 02 transdutor de PA; 01 cateter de termo diluição SwanGanz; fio mononylon 3.0; 01 caixa de curativo; 01 cuba-rim; 01 frasco de soro fisiológico 0,9% de 250ml com 0,25ml de Heparina; 01 cúpula; 02 frascos de soro fisiológico de 500ml com 0,5ml de Heparina cada; 02 pressurizadores; 01 suporte de soro; 01 suporte para transdutor PA; 01 monitor de débito contínuo; 02 cabos intermediários do cateter de SwanGanz; 02 cabos intermediários do transdutor de PA; 01 módulo de PA invasiva; 01 régua de nível (PVC).

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar a mesa auxiliar próximo ao leito;
- Cobrir a mesa com campo esterilizado (técnica asséptica);
- Abrir e colocar materiais sob a mesa (técnica asséptica);
- Colocar 250ml de S.F. 0,9% com 0,25ml de Heparina na cuba-rim;
- Colocar clorexidina alcóolica na cúpula;
- Conectar cada equipo de transdutor de PA a um frasco de solução Heparinizado de 500ml de S.F. 0,9%;
- Preencher todo equipo e extensão do transdutor de P.A;
- Colocar cada frasco de solução Heparinizada em um pressurizador e em seguida, pressurizar o frasco até a linha verde;
- Pendurar o pressurizador no suporte de soro;
- Colocar o suporte de transdutor de P.A no suporte de soro alinhado com a linha axilar média do cliente;
- Colocar o transdutor no suporte próprio;
- Conectar o transdutor de P.A invasiva através do cabo intermediário de pressão;
- Conectar os cabos intermediários de SwanGanz no monitor de débito cardíaco;
- Auxiliar o médico a paramentar-se;
- Conectar o cabo intermediário de SwanGanz ao cateter, durante o procedimento;

- Auxiliar o médico no procedimento.

- ✓ Pós - Execução

- Encaminhar e desprezar o material sujo no expurgo;

- Lavar as mãos;

- Realizar as anotações necessárias.

- ✓ Avaliação

- Certificação da utilização correta dos materiais.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Contaminação: refazer o procedimento com técnica correta;

- Refluxo de sangue para o Domus: reinstalar novo Domus;

- Presença de arritmia cardíaca: Observar monitor cardíaco, comunicar plantonista;

- Possibilidade de parada cardíaca: Observar monitor cardíaco, comunicar plantonista, manter carro de emergência próximo do leito;

- Presença de bolhas de ar no Domus: retirar o ar de dentro do Domus

7.78 MUDANÇA DE DECÚBITO

Elaboração:

Número do Protocolo: 1173/1/

- ✓ Finalidades

- Prevenção de úlcera de decúbito.

- ✓ Material Necessário

- Cochins, lençóis e 01 par de luvas de procedimento.

- ✓ Pré - Execução

- Observar prescrição de enfermagem;

- Solicitar auxílio de um colaborador;

- Solicitar o material no almoxarifado;

- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar luvas;
- Cada um dos colaboradores deverá posicionar-se de um lado do leito;
- Com a travessa, mobilizar o cliente para o lado oposto ao qual ele ficará;
- Fletir o membro inferior oposto ao qual ele ficará;
- O colaborador do lado oposto, deverá colocar uma das mãos no ombro do cliente e a outra na flexão do joelho, puxando-o para cima;
- O colaborador posicionado atrás do cliente, deverá colocar ocochin, previamente protegido por um lençol, nas costas do mesmo evitando que retorne a posição anterior;
- Proteger a articulação dos joelhos colocando cochin entre eles;
- Levantar as grades de proteção;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Condições de segurança após posicionamento;
- Sinais de fraturas;
- Integridade cutânea.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Lesão de pele: fazer proteção de saliência ósseas;
- Posicionamento inadequado: corrigir e prevenir deformidades patológicas.

7.79 ORDENHA MANUAL DO LEITE MATERNO

Elaboração:

Número do Protocolo: 03212/14

✓ Finalidades

- Realizar o esvaziamento das mamas em casos de ingurgitamento.

- ✓ Material Necessário

- 1 par de luvas de procedimento, toalha, óculos de proteção, e mamadeira.

- ✓ Pré - Execução

- Lavar as mãos;
- Identificar-se;
- Examinar as mamas identificando pontos endurecidos e dolorosos à palpação;
- Comunicar a cliente a necessidade de realizar o procedimento;
- Preparar o material necessário;
- Explicar para a cliente como se dará o procedimento.

- ✓ Execução

- Acomodar a cliente sentada em poltrona;
- Colocar os óculos de proteção;
- Calçar as luvas;
- Colocar a toalha na base da mama;
- Aproximar a mamadeira do mamilo da mama a ser ordenhada;
- Realizar massagens de forma circular com a mão dominante espalmada, sobre os pontos endurecidos da mama comprometida, iniciar no sentido da aréola para o tórax;
- Apoiar com a mão não dominante no lado oposto da mama;
- Posicionar o dedo polegar na borda inferior da aréola e os demais dedos na borda superior da aréola formando um “C”;
- Realizar a expressão suavemente para promover a drenagem do leite;
- Orientar a nutriz a realizar o procedimento sozinha, até a mama ficar flácida;
- Manter o ambiente em ordem e levar o material utilizado para o posto de enfermagem.

- ✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Promover o conforto da nutriz;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar o procedimento realizado pela mãe.

✓ Avaliação

- Identificar o desaparecimento dos pontos endurecidos e dolorosos;
- Avaliar presença de lesão do mamilo e aréola;
- Avaliar presença de mastite;
- Avaliar necessidade de nova expressão.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Traumas mamilares: interromper o procedimento e comunicar a enfermeira;
- Edema local: interromper o procedimento e comunicar a enfermeira.

7.80 PALPAÇÃO OBSTÉTRICA

Elaboração:

Número do Protocolo: 02312/11

✓ Finalidades

- Identificar o conteúdo uterino (Situação, apresentação e posição fetal);
- Reconhecer a tensão da parede uterina (aumentada no polidrâmio);
- Reconhecer a presença e as características das contrações uterinas e a regularidade da superfície da parede corporal do útero.

✓ Material Necessário

- Não há material.

✓ Pré- Execução

- Lavar as mãos;
- Solicitar a cliente que elimine a diurese;
- Solicitar que permaneça em decúbito horizontal dorsal e descobrir completamente o abdome.

✓ Execução

- Posicionar-se à direita da gestante;
- 1º Tempo: com as mãos espalmadas, procurar envolver o fundo uterino, a fim de ter idéia de sua altura e identificar o polo (Nádegas ou cabeça fetal), que o ocupa;

- 2º Tempo: Proceder a pressões e contrapressões sobre os flancos, a fim de identificar a dorso e os membros fetais. Enquanto uma das mãos fixa (Comprimindo) um dos flancos, e outra explora o contralateral.
- 3º Tempo: Pesquisa da mobilidade cefálica com movimentos de lateralidade, executados pelos os dedos apoiados na fronte e no occipício, verificar se a cabeça está alta e móvel ou ajustada e fixa em relação ao estreito superior;
- 4º Tempo: Palpação da escava com a mão semi-aberta e com os dedos polegar de um lado e o indicador ou médio do lado oposto, afastado cerca de 10 cm, procurar identificar se existe apresentação fetal no estreito superior da bacia quando não existe, trata-se de situação transversa. Quando os dedos comprovam a presença de apresentação, trata-se de situação longitudinal.
- Deixar a cliente confortável e o ambiente limpo e em ordem.

- ✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Orientar a cliente a assumir posição de maior conforto;
- Realizar as anotações necessárias em impressos próprios.

- ✓ Avaliação

- Avaliar a situação, apresentação e posição fetal.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Desconforto cardio-respiratório materno (Hipotensão, taquicardia e taquipnéia): Posicionar a cliente em decúbito lateral esquerdo.

7.81 OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL OU MÁSCARA

Elaboração:

Número do Protocolo: 02512/11

- ✓ Finalidades

- Fornecer concentração adicional de oxigênio para facilitar adequada oxigenação tecidual.

- ✓ Material Necessário

- 01 bandeja;01 par de luvas de procedimento;01 catéter de oxigênio ou máscara;01 fluxômetro de O₂;01 umidificador completo;01 frasco de água destilada 250 ml.

✓ Pré - Execução

- Conferir prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material e colocar em bandeja.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Confirmar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Preparar o umidificador, colocando água destilada entre os níveis mínimo e máximo;
- Elevar decúbito entre 30° à 45 °;
- Instalar o fluxômetro na fonte de O2 e conectar o umidificador ao fluxômetro;
- Abrir a saída de O2 e regular o fluxômetro de acordo com o volume de O2 prescrito;
- Conectar o cateter ou máscara na extensão do umificador;
- Calçar as luvas;
- Realizar higienização das cavidades nasais;
- Cateter nasal: colocar os “pinos” do cateter nas narinas do cliente; passar a extensão do cateter ao redor do ouvido do cliente e sob o queixo; utilizar proteção com algodão entre a extensão e o ouvido.
- Máscara: colocar a máscara sob o nariz, a boca e o queixo; ajustar a faixa de metal da máscara ao nariz do cliente; utilizar proteção de placa hidrocólóide entre a máscara e o nariz; puxar a faixa elástica para trás da cabeça e do pescoço e ajustá-la na lateral da face.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado em local pré-determinado
- Lavar as mãos;
- Realizar higienização da bandeja com álcool a 70%;
- Checar prescrição médica;
- Realizar anotação de enfermagem;
- Cateter nasal: remover o cateter a cada 6 a 4 horas, limpando as secreções acumuladas com soro fisiológico 0,9% e avaliando as condições de pele;
- Máscara: remover a máscara a cada 2 a 3 horas, limpando secreções acumuladas com soro fisiológico 0,9% e avaliando as condições da pele.

✓ Avaliação

- Observação periódica da saturação de O₂ e perfusão periférica.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Lesão de asa de nariz: aplicar solução de ácidos graxos essenciais nas narinas a cada 04 ou 06 horas com o auxílio de cotonete; realizar anotação de enfermagem;
- Lesão de pele devido a fixação: aplicar solução de ácidos graxos essenciais; manter proteção de placa hidrocolóide; realizar anotação de enfermagem.

7.82 PERMEABILIZAÇÃO DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

Elaboração:

Número do Protocolo: 1643/3/

✓ Finalidades

- Manter a permeabilidade do acesso venoso.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 ampola de S.F. 0,9%, 01 seringa de 10ml, 01 agulha 41X12, 02 álcoolSwab, 01 agulha de interlink simples, 01 bandeja, micropore.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Aspirar 5ml de solução fisiológica.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calça as luvas;
- Fazer assepsia do conector com álcool Swab ou retirar o protetor da conexão e administrar a solução;

Para Scalp: cerca de 2,0ml;

Para Jelco: cerca de 1,5ml;

- Fechar a conexão com protetor esteril ou retirar a agulha do interlink;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material sujo no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Permeabilidade;
- Sinais de hiperemia;
- Queixas algicas;
- Presença de bolhas de ar no sistema.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Obstrução: retirar o cateter;
- Contaminação: desprezar a permeabilização e providenciar uma nova;
- Extravasamento de líquido: retirar o cateter.

7.83 PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Elaboração:

Número do Protocolo: 122Data

✓ Finalidade

Identificar clientes em risco para úlcera por pressão e sua atuar em sua prevenção.

✓ Material Necessário

Avaliação inicial: par de luvas de procedimentos, papeleta do cliente, caneta.

Execução da prevenção: equipamentos para alívio da pressão tais como: colchão caixa de ovo, colchão de ar estático ou dinâmico, placas de hidrocolóide, gel, coxins.

✓ Pré-Execução

- Ler o prontuário do cliente, para obter informações sobre a patologia e os possíveis fatores de risco.

✓ Execução

- A execução se dará pelos seguintes passos:

✓ Avaliação

- Avaliação admissional deve ser realizada para todos os clientes, determinando o risco para desenvolver a úlcera por pressão(UPP) e /ou a detecção das já existentes.

- Proceder à avaliação de risco, utilizando instrumento de gradação de cuidados de enfermagem, contendo a necessidade de cuidados: cuidados mínimos(CM), cuidados intermediários(CInter), cuidados semi-intensivos(CSI) e cuidados intensivos(CI), até 4 horas da admissão do cliente.

- Utilizar a escala de Braden - pontuação irá predizer o risco do cliente para úlcera e nortear as medidas preventivas.

- Proceder a avaliação no que diz respeito à presença de lesões no ato da admissão e seu estadiamento:

Estágio 1- pele íntegra, com hiperemia que não melhora após 15 minutos de mobilização;

Estágio 2- lesão de espessura superficial da pele(bolhas, escoriações);

Estágio 3- perda de espessura total da pele;

Estágio 4-perda de estruturas musculares com visualização de tendões e exposição óssea;

- Sem possibilidade de realizar estadiamento da lesão- quando não é possível identificar camada de tecido envolvida na lesão.

- Inspeção

- Realizar a inspeção da pele toda vez que for prestar cuidados ao paciente, observando: cor, umidade, ressecamento, presença de lesão, turgor e fragilidade.

- Se paciente com necessidade de cuidados semi- intensivos e cuidados intensivos, associar uso de protetores cutâneos:

- Pele íntegra: filme transparente

- Pele íntegra friável ou idoso > 70 anos: utilização de placa de hidrocolóideextra-fino (troca conforme necessidade)

- Pequena abrasão com pouca ou nenhuma exsudação: utilização de placa de hidrocolóideextra-fino (troca conforme necessidade).

- Cuidados:

Manter o cliente limpo e seco. Se cliente usuário de fraldas, realizar a troca freqüente.

Estimular a ingestão adequada de nutrientes, seguindo a prescrição médica e acompanhar ingesta.

Minimizar a pressão, especialmente nas saliências ósseas:

Reposicionar o cliente a cada 2 horas, devendo considerar a elevação da cabeceira:

Decúbito dorsal horizontal com elevação da cabeceira entre 30 e 45 graus;

Decúbito lateral 90 graus à esquerda ou à direita com elevação da cabeceira de 30 grau;

Decúbito lateral 30 graus à esquerda ou à direita com elevação da cabeceira de 30 graus;

Sentado em poltrona;

Em prona.

Utilizar técnicas de reposicionamento que minimiza a fricção e cisalhamento, como: lençol móvel, coxins e travesseiros.

Utilizar superfícies aliviadoras de pressão:

Se cliente com cuidados de alta dependência, utilizar colchão caixa de ovo.

Se cliente com cuidados semi-intensivos e intensivos, utilizar colchão de ar estático ou dinâmico, de acordo com a utilização preconizada na instituição.

Solicitar a avaliação de um estomaterapeuta, que irá indicar a melhor terapia para cada cliente.

✓ Pós - Execução

- Registrar em impresso próprio toda a avaliação realizada, descrevendo todos os pontos observados: cor, umidade, ressecamento, presença de lesão, turgor e fragilidade.
- Prescrever os cuidados a serem executados e a periodicidade.
- Elaborar um plano assistencial para cada cliente.
- Avaliação: programa de prevenção:
- Acompanhar diariamente a evolução anotando no local próprio, assinando e colocando o carimbo de identificação profissional.
- Avaliar o cliente como um todo, pele, estado nutricional, avaliação da dor, psicossocial.
- Observar a pressão das proeminências ósseas.

✓ Riscos/Tomada de Decisão:

- Desenvolvimento de úlcera de pressão – elaborar plano de assistência individualizada.

7.84 PUNÇÃO VENOSA

Elaboração:

Número do Protocolo: 1223/1/

✓ Finalidades

- Obter acesso venoso periférico para infusão de soluções.

- ✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, 02 álcoolSwab, micropore (20cm), 01 tesoura, 01 garrote, 01 cateter venoso periférico, 01 conexão de 2 vias e 01 bandeja.

- ✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

- ✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Observar rede venosa periférica, selecionando o melhor acesso;
- Escolher cateter venoso mais adequado e cortar o micropore;
- Calçar as luvas;
- Colocar o garrote;
- Proceder a antisepsia do local à ser puncionado em um único sentido;
- Segurar o membro à ser puncionado com a mão não dominante, mantendo tração da pele;
- Com a mão dominante, proceder a introdução do cateter venoso, com bisel da agulha para cima, numa angulação de 15 a 30 graus, de 1 a 2cm abaixo do ponto onde a agulha penetra a veia;
- Mantendo a pele tracionada, introduzir a agulha na veia lentamente;
- Após a introdução completa do cateter, retirar o garrote e conectar-se o que estiver prescrito;
- Fixar o cateter com micropore e datá-lo;
- Limpar o local da punção, se necessário;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

- ✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Avaliar integridade da pele;
- Avaliar o posicionamento adequado do cateter;
- Avaliar o calibre adequado de cateter;
- Avaliar permeabilidade da veia;
- Avaliar se há hiperemia, dor e edema;
- Avaliar a fixação adequada.

✓ Risco/Tomada de Decisão:

- Garroteamento Excessivo: Soltar o garrote;
- Flebite: Observar evolução, anotar em prontuário, elevar membro;
- Transfixação do cateter: Fazer compressão no local;
- Extravasamento de líquido e hematoma: Fazer compressão local, elevar o membro, fazer compressa com bolsa de água quente.

7.85 RETIRADA DE PONTOS

Elaboração:

Número do Protocolo: 1353/2/

✓ Finalidades

- Retirar pontos após o processo de cicatrização.

✓ Material Necessário

- Bandeja, pacote de curativo, gaze esterilizada, soro fisiológico 0,9%, saco de lixo, 01 par de luvas de procedimento e lâmina de bisturi descartável.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar prescrição médica e nome do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o material a ser usado próximo do cliente;

- Aproximar o lixo, em posição que não cruze material sujo sobre o limpo;
- Colocar o cliente em posição confortável, expondo apenas o local da incisão;
- Calçar as luvas;
- Retirar o curativo, se estiver usando técnica de curativo simples (usar luvas);
- Verificar as condições de cicatrização, avaliando se os pontos podem ser retirados totalmente ou alternados;
- Colocar o pacote de curativo sobre o carrinho ou bandeja;
- Dispor as pinças num lado, em cima e na borda do campo esterilizado, com auxílio da pinça servente;
- Abrir o pacote de gaze e colocá-las no campo esterilizado distante das pinças;
- Fazer antisepsia da incisão e lavar com SF 0,9%;
- Preparar o bisturi;
- Pegar a pinça dente de rato, fixar e levantar o ponto na altura do nó cirúrgico;
- Cortar o fio logo abaixo do nó cirúrgico, próximo a pele;
- Puxar o ponto retirando-o;
- Colocar o ponto retirado sobre a gaze próximo a incisão;
- Proceder da mesma maneira para os demais pontos;
- Desprezar a gaze;
- Observar se todos os pontos saíram por inteiro;
- Fazer o curativo de acordo com a técnica simples ou contaminado.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Realizar as anotações necessárias;
- Preencher a nota de débito e anexar à ficha de atendimento.

✓ Avaliação

- Presença de secreção e deiscência.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Sangramento: Compressão local e avisar o médico;
- Deiscência: Aproximar parede com pontos falsos e avisar o médico.

7.86 RETIRADA DE Sonda Vesical e Drenos

Elaboração:

Número do Protocolo: 1383/3/

✓ Finalidades

- Permitir a retomada das funções fisiológicas normais do aparelho urinário.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, 05 unidades e gaze não esterilizadas, 01 unidade de saco de lixo, 01 bisturi (se necessário) e 01 seringa de 20ml, para drenos 02 pacotes de gaze estéreis, solução fisiológica, micropore.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Preparar material necessário;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o leito e nome do cliente;
- Orientar o cliente e/ou familiar quanto ao procedimento;
- Levar material junto ao cliente;
- Calçar luvas;
- Retirar a fixação da sonda ou dreno;
- Adaptar a seringa na via do balão e aspirar o seu conteúdo (caso Balonete);
- Tracionar a sonda ou dreno retirando-a lentamente e delicadamente, desprezando-a no saco de lixo;
- Realizar a higienização;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Integridade da pele ou mucosa;
- Evolução do cliente após realização do procedimento.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Lesão de trajeto: comunicar médico imediatamente.

7.87 SONDAGEM ENTERAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 1393/3/

✓ Finalidades

- Atender as necessidades básicas de alimentação e hidratação do cliente.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, sonda Duboff, 01 tubo de Xylocaínageléia, gaze não esterilizada, 01 seringa de 20 ml, micropore, 01 estetoscópio, 01 toalha e 01 bandeja.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Elevar decúbito do cliente;
- Calçar as luvas;
- Medir a distância da ponta do nariz ao lobulo da orelha até o apêndice xifóide;
- Marcar a sonda;
- Colocar toalha sobre o tórax do cliente;
- Lubrificar a extremidade distal da sonda e a narina escolhida com Xylocaína gel;
- Introduzir a sonda, lentamente, pela narina até o local marcado;
- Testar a localização da sonda, injetando 10-20 ml de ar pela sonda e procedendo ausculta

abaixo do apêndice xifóide;

- Fechar a sonda;
- Fixar a sonda na asa do nariz, temporariamente;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Checar a prescrição médica;
- Solicitar RX de posicionamento de sonda;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar posicionamento de sonda pela imagem do RX;
- Retirar fio guia;
- Fixar sonda na asa do nariz, deixando uma folga para que a sonda migre até o duodeno.

✓ Avaliação

- Posicionamento da sonda;
- Padrão respiratório;
- Dificuldade de realização do procedimento;
- Sangramento.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Falsa trajetória: avaliar dificuldade de realização do procedimento, repetir o procedimento e se necessário comunicar ao médico;
- Sangramento: avaliar sangramento, comunicar ao médico;
- Erro de posicionamento: avaliar posicionamento da sonda através de exame radiológico se necessário;
- Desconforto respiratório: avaliar padrão respiratório e comunicar ao médico do cliente, se necessário.

7.88 SONDAGEM GÁSTRICA

Elaboração:

Número do Protocolo: 1403/3/

✓ Finalidades

- Promover a drenagem do suco gástrico, promover a nutrição e/ou hidratação em clientes com dificuldade de deglutição e administrar medicamentos.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 sondanasogástrica 01 tubo de Xylocaína gel, gaze não esterilizada, 01 estetoscópio, 01 toalha e 01 bandeja.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Elevar decúbito do paciente;
- Calçar as luvas;
- Medir a distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha até o apêndice xifóide;
- Marcar a sonda;
- Colocar toalha sobre o tórax do paciente;
- Lubrificar a extremidade distal da sonda e a narina escolhida com Xylocaína gel;
- Introduzir a sonda, lentamente, pela narina até o local marcado;
- Testar a localização da sonda, injetando 10-20 ml de ar pela sonda e procedendo ausculta abaixo do apêndice xifóide;
- Fixar a sonda na asa do nariz de face;
- Deixar a sonda fechada ou aberta, conforme solicitação médica;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;

- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Posicionamento adequado da sonda;
- Sangramento;
- Observar e anotar débitos e aspectos de conteúdo drenado;
- Padrão respiratório;
- Escolha da via para realizar o procedimento (nasal/oral).

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Falso trajeto: avaliar posicionamento adequado da sonda (aspriação de suco gástrico ou introdução de 10 ml de ar auscultado pelo estetoscópio);
- Lesão de mucosa: avaliar presença de sangramento;
- Desconforto respiratório: avaliar padrão respiratório e comunicar;
- Introdução da sonda com medida maior de maneira que ultrapasse o estomago e se aloje no duodeno : avaliar posicionamento da sonda;
- Calibre da sonda inadequado ao tamanho do paciente: avaliar o calibre da sonda de acordo com o tamanho do paciente;
- Saída da sonda acidentalmente: repetir o procedimento de sondagem gástrica.

7.89 SONDAGEM RETAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 1413/3/

✓ Finalidades

- Auxiliar eliminação de gases;
- Preparar o cliente para cirurgias/exames;
- Administrar medicamentos.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 sonda retal, 01 tubo de Xylocaínageléia, 05 gazes não esterilizadas, 01 saco de lixo pequeno, 01 bandeja.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Observar calibre da sonda à ser utilizada;
- Preparar material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Dispor o material próximo ao cliente;
- Promover privacidade;
- Colocar o cliente em posição de SIMS (decúbito lateral esquerdo, com MIE estendido e MID fletido);
- Abrir os materiais sobre o campo;
- Calçar as luvas;
- Lubrificar a sonda com Xilocaína geléia;
- Com a mão não dominante, afastar os glúteos, a fim de visualizar o ânus;
- Solicitar que o cliente inspire profundamente e introduzir vagarosamente a sonda no reto;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Eficácia do procedimento;
- Integridade da mucosa.

7.90 SONDAGEM VESICAL FEMININA

Elaboração:

Número do Protocolo: 02712/14/2009

✓ Finalidades

- Promover a drenagem urinária e controle rigoroso do débito urinário;
- Preparar a cliente para exames e cirurgias.

✓ Material Necessário

- 01 par de luvas esterilizada, 01 sonda vesical de alívio ou demora, 01 tubo de Xylocaína-gel estéril (uso único), 01 seringa de 20 ml, 01 campo esterilizado, 01 bandeja para cateterismo, 02 ampolas de água destilada, 01 coletor de urina sistema fechado (se sondagem vesical de demora), 03 pacotes de gaze, material para higiene íntima, micropore, 01 toalha, 01 agulha 40X12, solução para anti-sepsia padronizada no hospital, 01 saco de lixo.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica;
- Avaliar o calibre da sonda a ser utilizada;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito da cliente;
- Orientar a cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar bandeja sobre superfície plana;
- Promover privacidade;
- Colocar a cliente em posição com os MMII fletidos e em abdução;
- Realizar a higiene íntima;
- Abrir os materiais sobre o campo esterilizado, utilizando técnica asséptica;
- Colocar a solução antisséptica na cúpula;
- Calçar as luvas estéreis;
- Aspirar água destilada com seringa e agulha assim como despejar a xylocaína na quantidade necessária sobre gaze estéril com auxílio de outra pessoa, testar o balonete da sonda, observando o volume adequado do mesmo;
- Conectar a sonda ao sistema fechado, se a sonda for de demora;

- Iniciar antissepsia com movimento unidirecional, desprezando a gaze ao final de cada região seguindo a ordem: monte de vênus; grandes lábios de cima para baixo à esquerda e grandes lábios de cima para baixo à direita;
- Com a mão não dominante, afastar os grandes lábios e com a mão dominante proceder antissepsia dos pequenos lábios de cima para baixo a direita e depois a esquerda;
- Manter ainda os grandes lábios afastados com a mão não dominante de forma a visualizar o meato uretral e proceder a antissepsia do mesmo, de cima para baixo (com a mão dominante);
- Lubrificar a extremidade distal da sonda com xylocaína-gel (exceto em pacientes do CO);
- Com a mão dominante, introduzir a sonda até observar retorno urinário;
- Insuflar o balonete (caso SVD);
- Fixar a sonda na face interna da coxa, deixando o sistema por cima da perna, sendo que durante os procedimentos cirúrgicos, a fixação da sonda poderá ser alterada de acordo com o posicionamento da cliente;
- Se sondagem de alívio retirar a sonda após esvaziamento da bexiga;
- Deixar a cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Mensurar débito no caso de sonda de alívio;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Manter o coletor abaixo do nível da bexiga;
- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Avaliar sangramento;
- Avaliar retorno de urina;
- Observar obstrução da sonda;
- Certificar-se do clamp da extensão aberto;
- Certificar-se do clamp do coletor estar fechado;
- Avaliar fixação;
- Avaliar tração da sonda.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Falso trajeto (ex sondagem vaginal) : retirar a sonda, reiniciar o procedimento com novo material estéril, e comunicar ao médico;
- Lesão do canal da uretra: interromper o procedimento e comunicar a enfermeira para avaliação;
- Contaminação: interromper o procedimento e reiniciar com novo material estéril;
- Calibre da sonda inadequado: trocar a sonda por calibre adequado;
- Clamp fechado: abrir o clamp;
- Tracionamento da sonda: fixar a sonda sem tracioná-la.

7.91 TOQUE VAGINAL

Elaboração:

Número do Protocolo: 04112/14/

✓ Finalidades

- Identificar a apresentação fetal e variedade de posição, grau de descida da apresentação, a presença ou não de membrana, a tensão da bolsa das águas, volume cefálico, o grau de flexão e assinclitismo, a intensidade dos fenômenos plásticos(bossa serossanguínea, cavalgamento ósseo), eventual procúbito e prolapso de cordão;
- Avaliar a anatomia interna, os diâmetros antero-posteriores, saliência da espinhas ciáticas, retropulsão do cóccix e determinar a forma e o grau de concavidade sacra;
- Controlar a cérvicodilatação e o apagamento do colo uterino, a amplitude e a elasticidade do canal vaginal e a resistência do assoalho perineal.

✓ Material Necessário

- 01 Luva de procedimento, vaselina.

✓ Pré- Execução

- Preparar o material necessário;
- Orientar a cliente para urinar antes do exame.

✓ Execução

- Lavar as mãos;
- Posicionar a cliente e orientar para flexionar as pernas e afastar os joelhos;
- Dispor o material próximo a cliente;

- Orientar a cliente quanto ao procedimento para que fique relaxada;
- Calçar a luva e lubrificá-la com vaselina
- Entreabrir a vulva delicadamente, afastando os seus pequenos lábios com os dedos polegar e anular. A seguir com o mediano, pressionar o assoalho perineal e conjuntamente, introduzir no canal vaginal este dedo e o indicador;
- Deixar a cliente confortável e o ambiente limpo e em ordem.

✓ Pós - Execução

- Retirar a luva;
- Lavar as mãos;
- Desprezar o material utilizado no local adequado;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Evolução do trabalho de parto.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Lesão de parede vaginal: observar sangramento;
- Rotura inoportuna das membranas ovulares: avaliar a cor do líquido, quantidade e comunicar o médico;
- Contaminação da cavidade uterina por toques repetidos no caso de bolsa rota: evitar toques vaginais desnecessários;
- Edema de colo: evitar toques vaginais repetitivos.

7.92 TRANSPORTE DO CLIENTE DA CADEIRA DE RODAS / POLTRONA PARA O LEITO

Elaboração:

Número do Protocolo: 1423/3/

✓ Finalidades

- Transportar o cliente cuja mobilização está comprometida de maneira segura.

✓ Material Necessário

- 01Par de Luvas de procedimento.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição de enfermagem;
- Solicitar auxílio de outro colaborador;
- Preparar material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar a cadeira de rodas/poltrona junto ao leito do cliente;
- Travar a cadeira de rodas;
- Elevar a cabeceira da cama;
- Calçar as luvas;
- Colocar um braço sob a axila do cliente, e solicitar que o ajudante faça o mesmo;
- Levantar o cliente e colocá-lo sentado na beira da cama;
- Girar o corpo do cliente, deitando-o;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós – Execução

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Posicionamento correto mantendo medidas de segurança e conforto.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Queda do cliente: solicitar ajuda, solicitar avaliação do médico plantonista, comunicar o médico do cliente.

7.93 TRANSPORTE DO CLIENTE DA MACA PARA O LEITO

Elaboração:

Número do Protocolo: 02812/14

- ✓ Finalidades
 - Transportar o cliente cuja mobilização está comprometida.

- ✓ Material Necessário
 - 01 par de luvas de procedimento.

- ✓ Pré - Execução
 - Solicitar auxílio de outro colaborador;
 - Lavar as mãos.

- ✓ Execução
 - Identificar-se;
 - Checar o nome e o leito do cliente;
 - Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
 - Alinhar a maca com o leito, observando o lado da cabeceira;
 - Travar a maca;
 - Calçar as luvas;
 - Segurar o lençol que encontra-se embaixo do cliente;
 - Levar o cliente da maca para a cama de forma sincronizada;
 - Virar o cliente para o outro lado e retirar o lençol;
 - Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
 - Deixar o ambiente em ordem.

- ✓ Pós - Execução
 - Desprezar o material utilizado no expurgo;
 - Lavar as mãos;
 - Realizar as anotações necessárias.

- ✓ Avaliação
 - Avaliar posição confortável;
 - Avaliar posicionamento de drenos e catéteres.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão
 - Queda do cliente: reposicionar o cliente e comunicar a enfermeira;

- Mobilizar de forma inadequada: reposicionar o cliente;
- Mobilização de drenos e catéteres: comunicar a enfermeira para avaliação.

7.94 TRANSPORTE DO CLIENTE DO LEITO PARA A MACA

Elaboração:

Número do Protocolo: 03012/14/

✓ Finalidades

- Transportar o cliente com restrições na deambulação.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento, 01 transfer, 01 maca e 01 lençol.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição de enfermagem;
- Solicitar auxílio de outro colaborador;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Alinhar a maca ao leito;
- Travar a maca;
- Calçar luvas;
- Colocar o transfer sob o cliente e o lençol;
- Segurar o lençol que encontra-se embaixo da cliente;
- Transferi-lo para a maca de forma sincronizada;
- Virar o cliente de lado e retirar o lençol;
- Deixar o cliente confortável e o ambiente em ordem.

✓ Pós Execução

- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Avaliar conforto e segurança do cliente;
- Avaliar posicionamento de drenos e catéteres.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Queda do cliente: reposicionar o cliente e comunicar a enfermeira para realizar o exame físico e avaliação do cliente;
- Mobilizar de forma inadequada: reposicionar o cliente e mobilizar adequadamente;
- Mobilização e drenos e catéteres: comunicar a enfermeira para avaliação do cliente e posicionamento correto de drenos e catéteres.

7.95 TRANSPORTE DO CLIENTE DO LEITO PARA CADEIRA

Elaboração:

Número do Protocolo: 02912/14/

✓ Finalidades

- Transportar o cliente cuja mobilização está comprometida de maneira segura.

✓ Material Necessário

- 01 par de luvas de procedimento, 01 cadeira de rodas ou 01 poltrona, e 01 lençol.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição de enfermagem;
- Solicitar o auxílio de outro colaborador;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar ao cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Forrar a cadeira/poltrona com um lençol;
- Colocar a cadeira/poltrona o mais próximo possível da cama do cliente;
- Travar a cadeira;
- Elevar o decúbito do cliente;

- Calçar as luvas;
- Colocar as pernas do cliente para fora do leito, segurando-o sempre;
- Colocar o braço do cliente em volta do pescoço do colaborador;
- Colocar o braço sob axila do cliente e o outro colaborador coloca a mão sob o joelho do mesmo;
- Levantar o cliente e colocá-lo sobre a poltrona;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Checar prescrição de enfermagem;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Avaliar posição confortável;
- Avaliar posicionamento dos pés no apoio da cadeira de rodas;
- Avaliar posicionamento de drenos e catéteres.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Queda do cliente: reposicionar o cliente e comunicar a enfermeira;
- Lesão de pele: comunicar a enfermeira para avaliação;
- Mobilização de drenos e catéteres: comunicar enfermeira para avaliação.

7.96 TRICOTOMIA

Elaboração:

Número do Protocolo: 1433/3/2010

✓ Finalidades

- Preparar a pele para facilitar a execução de alguns procedimentos.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 kit de tricotomia, sabão líquido, 01 lençol, 01 toalha e bandeja.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica e de enfermagem;
- Verificar a área a ser tricotomizada;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Executar no máximo duas horas antes do procedimento.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar ao cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade;
- Solicitar que o cliente fique na posição adequada ao procedimento, ou solicitar a alguém que o segure;
- Expor a área;
- Colocar o lençol na área a ser tricotomizada;
- Calçar as luvas;
- Cortar os pêlos mais longos, se necessário;
- Ensaboar a área;
- Com a mão dominante, esticar a pele com uma tração suave, em direção oposta aos pêlos;
- Com a mão dominante, raspar os pêlos, no sentido da inserção, com movimentos firmes e regulares;
- Observar para que todos os pêlos sejam removidos;
- Encaminhar o cliente ao banho;
- Oferecer roupas limpas e trocar as roupas de cama;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Integridade cutânea;
- Eficácia do procedimento.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Ferimento da pele: comunicar o médico do cliente, fazer anotações pertinentes.

7.97 TROCA DA BOLSA DE OSTOMIA

Elaboração:

Número do Protocolo: 1443/3

✓ Finalidades

- Troca de bolsa/placa por apresentar-se danificada;
- Evitar vazamento.

✓ Material Necessário

- 01 Unidade de bolsa de colostomia com flange, 01 unidade de placa com flange, 01 clip para bolsa de ostomia, 10 unidades de gaze não esterilizada, 01 saco de lixo, 01 frasco de SF 0,9% - 125ml, 01 Par de luvas de procedimento, solução para remover adesivo, solução protetora da pele.

✓ Pré - Execução

- Observar a necessidade de troca;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Montar o material e deixá-lo próximo ao cliente;
- Promover privacidade;
- Calçar as luvas;
- Proteger a região abaixo da bolsa com toalha;
- Retirar a bolsa e a placa;
- Desprezar a bolsa e a placa contaminada no saco de lixo;

- Higienizar o estoma com soro fisiológico e gaze de fora para dentro, com movimentos firmes;
- Secar a pele;
- Usar a tabela ou padrão do estoma para determinar o tamanho do orifício;
- Desenhar o tamanho correto no verso da placa e cortar;
- Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa sobre a pele e em torno do estoma;
- Fixar a bolsa sobre as bordas da placa;
- Fechar a extremidade da bolsa com dispositivo próprio;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material sujo no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Integridade cutânea;
- Presença de vazamentos.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Lesão cutânea: proteção da pele com solução protetora e freqüente da bolsa.

7.98 TROCA DA FIXAÇÃO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA

Elaboração:

Número do Protocolo: 1453/3/

✓ Finalidades

- Promover conforto e evitar mobilização da cânula.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, gaze, cadarço, 01 bandeja e micropore.

✓ Pré - Execução

- Observar a prescrição de enfermagem;
- Cortar 2 tiras de cadarço com aproximadamente 40cm.
- Colocá-las esticadas e sobrepostas sobre uma superfície plana;
- Envolver toda a extensão do cadarço com gaze dupla, protegendo-a com fita micropore;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Orientar o cliente quanto ao procedimento;
- Retirar a fixação anterior;
- Observar a integridade da pele ao redor do ostoma;
- Segurar a cânula de traqueostomia, e fixar um lado da cânula;
- Envolver a região cervical com o cadarço previamente preparado, e fixar a outra extremidade da cânula;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Padrão respiratório;
- Coloração da pele;
- Integridade cutânea da região cervical;
- conforto do cliente.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Tracionar cânula: Acionar plantonista. Não reposicionar a cânula;
- Garroteamento do pescoço: Refazer fixação utilizando técnica correta;
- Causar escoriações de pele em região cervical: Observar evolução da lesão, comunicar médico responsável.

7.99 TROCA DE SELO D'ÁGUA DO FRASCO COLETOR EM DRENO DE TÓRAX

Elaboração:

Número do Protocolo: 146

Data: 3/3/

✓ Finalidades

- Controlar substâncias secretadas quanto a volume e aspecto.

✓ Material Necessário

- 01 par de luvas de procedimento, 20 cm de fita crepe, 01 cálice graduado, 02 frascos de água destilada 500 ml, 01 bandeja.

✓ Pré - Execução

- Observar prescrição médica/enfermagem;
- Lavar as mãos.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Dispor o material próximo ao cliente;
- Calçar as luvas;
- Anotar o volume drenado;
- Clipar a extensão do frasco coletor;
- Desconectar o frasco de coletor;
- Desprezar a secreção no cálice graduado;
- Enxaguar o frasco coletor com 500 ml de água destilada;
- Preencher o frasco coletor com 500 ml de água destilada;
- Conectar o frasco coletor;
- Despinçar o dreno e a extensão do frasco;
- Fazer a régua indicando ponto zero (nível de água), colocando data e horário, na lateral da graduação do frasco coletor;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material sujo no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Oscilação de líquido na extensão e selo d'água do frasco coletor;
- Débito e aspecto da secreção;
- Padrão respiratório.

✓ Riscos/Tomada de Decisão

- Tracionamento acidental do dreno: Fazer compressão local, solicitar presença do médico.

7.100 TROCA/MONTAGEM DO CIRCUITO PARA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

Elaboração:

Número do Protocolo: 04712/15

✓ Finalidades

- Manter adequado suporte ventilatório até que o paciente possa fazê-lo por si só.

✓ Material Necessário

- 01 respirador completo;-01 circuito para respirador;01 copo de umidificação e extensão; 01 ambú com bag;01 fluxômetro de O2;02 águas destilada 250ml; 01 equipo simples (para pediatria);01 luva esterilizada;01 pacote de gaze estéril; 01 manômetro de oxigênio;01 manômetro de ar comprimido;01 filtro higroscópico (adultos);01 etiqueta para identificação da data de montagem / troca.

✓ Pré - Execução

- Lavar as mãos;
- Reunir material necessário e colocar em bandeja.

✓ Execução

- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- Confirmar o nome e o leito do paciente;

- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Montar o circuito de forma asséptica, protegendo a saída do paciente com gaze estéril;
- Colocar água no copo umidificador até o limite ideal de uso;
- Ligar o respirador e realizar teste de funcionamento;
- Ajustar os alarmes de acordo com os parâmetros a serem utilizados pelo paciente (caso paciente novo solicitar médico plantonista ou fisioterapeuta) ;
- Conectar o circuito à cânula do paciente de forma adequada;
- Identificar data, hora e pessoa que realizou a montagem em etiqueta específica;
- Promover monitorização cardíaca e oximetria constantes;
- Manter o paciente confortável e o ambiente organizado;
- Trocar extensões seguindo tabela de orientação do SCIH.

✓ Pós - Execução

- Lavar as mãos;
- Encaminhar o material para local pré-determinado;
- Manter o circuito do respirador, após o procedimento de extubação, protegido com gaze estéril ao lado do leito por 24 horas;
- Realizar as anotações necessárias.

✓ Avaliação

- Estabilização das gases sanguíneos e dos parâmetros de monitorização de oximetria;
- Manter ventilação de acordo com quadro clínico do paciente e que proporcione conforto ao mesmo.

✓ Riscos / Tomada De Decisão

- Barotrauma: conferir alarmes do respirador sempre que o mesmo disparar, checando todos os parâmetros;
- Contaminação do circuito: realizar troca de circuitos;
- Alteração na rede elétrica ou rede de gases: manter aparelho conectado a rede elétrica, mesmo quando não estiver em uso, realizar ventilação manual até estabilização da rede elétrica ou de gases;
- Desconexão acidental com perda da ventilação e risco de hipoxemia: conferir alarmes do respirador sempre que o mesmo disparar, checando todos os parâmetros.

7.101 USO DE COMADRE

Elaboração:

Número do Protocolo: 1473/3

✓ Finalidades

- Promover aos clientes acamados condições para eliminações fisiológicas.

✓ Material Necessário

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 comadre, material de higiene íntima.

✓ Pré - Execução

- Lavar as mãos;
- Preparar o material.

✓ Execução

- Identificar-se;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade;
- Dispor o material próximo ao cliente;
- Orientar o cliente para flexionar as pernas e elevar os quadris, se possível;
- Colocar a comadre sob o cliente;
- Deixar o cliente sozinho;
- Deixar a campainha e papel higiênico a seu alcance;
- Retirar comadre solicitando que eleve os quadris, flexionando os joelhos;
- Oferecer material de higiene íntima;
- Levar a comadre ao banheiro e desprezar o conteúdo no vaso sanitário (controle de débito se necessário);
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

✓ Pós - Execução

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações necessárias.

- ✓ Avaliação
- Integridade cutânea;
- Características de eliminações.

- ✓ Riscos/Tomada de Decisão
- Desconforto térmico: forrar a comadre com campo;
- Exposição inadequada: garantir a privacidade;
- Extravasamento de eliminações: realizar higiene íntima e trocar a cama.

8. REFERÊNCIAS

AQUINO, D. R; FILHO, W. D. L. Protocolos assistenciais de Enfermagem: uma proposta para a melhoria do cuidado na unidade de internação materno-infantil. **Rev.RENE**. Fortaleza, v.6, n.2, p.102-108, maio/agosto 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Portaria GM nos 569 de 01 de junho de 2000.

_____|_____. **Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010**. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em 05 de dezembro de 2015.

GEOVANI, T.; OLIVEIRA, A.G; PALERMA, T.C da S. **Manual de Curativos**. São Paulo: Editora Corpus, 2007.

GUERRERO, G.P; BECCARIA, L.M; TREVIZAN, M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de Enfermagem em serviços hospitalares. **Rev Latino Am. Enfermagem (serial online)** 2008. Nov-Dez 16 (6). 966-972 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16/n6/pt-05.pdf>.

KNOBEL, E. **Terapia Venosa: Enfermagem**. Ed. Atheneu. São Paulo, 2006.
MOTTA, A.L.C. **Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem**. 1.ed. Iatria Editora, 2005.

NETINA, s. m. **Prática de Enfermagem**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 6.ed, 2006.

PIMENTA, C. A. de M. et all. **Guia para a construção de Protocolos assistenciais de Enfermagem**. COREN-SP. Gestão 2012-2014

POTTER, P. A;PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: conceito, processo e prática**.6.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.

PRADO, M.L; GELBECKE, F. L. **Fundamentos de Enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Complicações do Trabalho de Parto.** Organização Mundial da Saúde; 1999. Disponível em: <http://www.abcdoparto.com.br/assistencia.php>. Acesso em 25 de outubro de 2015.

SESAPI. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/33-paginas-maternidade-evangelina-rosa>. Acesso em 10 de dezembro de 2015

SILVA, R.C.L; FIGUEREDO, N.M.A; MEIRELES, I.B. **Feridas – fundamentos e atualização em enfermagem.** Rio de janeiro: Editora Yendis, 2007.