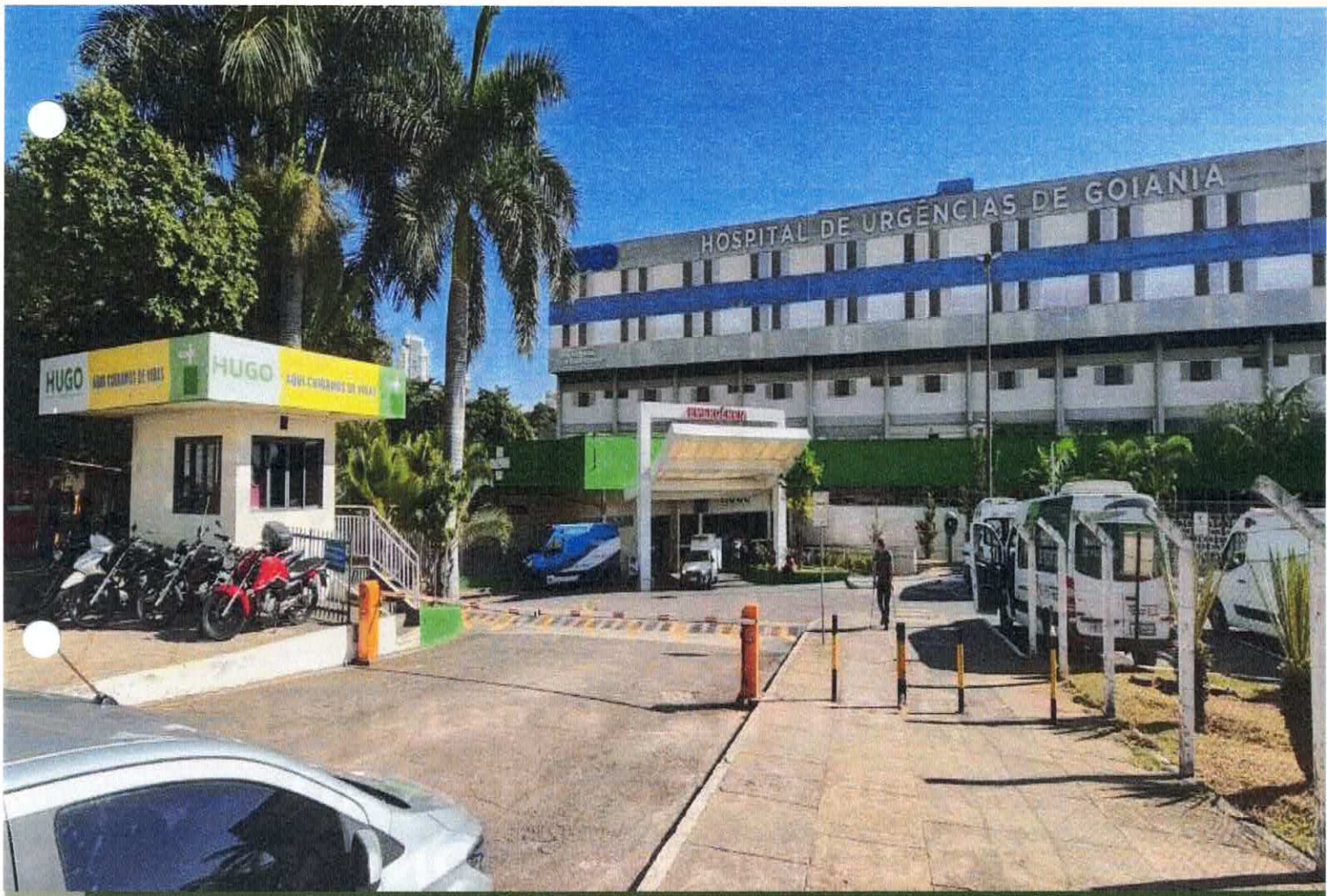


HUGO

Hospital de Urgências de Goiás

Dr. Valdemiro Cruz

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 01/2023.

INSTITUTO CEM

Goiânia -2023

ANEXO IV

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Sala 26-A Edifício New Business, Jd.Goiás, CEP 74.810-100, Goiânia/GO – Telefone: (62) 3157.0732 http://www.institutocem.org.br

ANEXO IV – PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM

(ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS)

NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E EMERGÊNCIA

Sumário

1 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO HOSPITAL DIA E URGÊNCIA 4015
1.1 INTRODUÇÃO 4015
1.2 MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM 4016
1.2.1 Introdução 4016
1.2.2 Objetivo 4017
1.2.3 Perfil da Unidade 4017
1.2.4 Definição Dos Serviços 4017
1.2.5 Normas e Rotinas 4030
1.2.6 AMBULATÓRIO: 4030
1.2.7 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 4035
1.3 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM 4042
1.3.1 Protocolo - POP.075.GE AFERIÇÃO DE PULSO ART E DOS MOVIMENTOS RESP EM PEDIATRIA 4042
1.3.2 Protocolo - POP.023.GE AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS 4046
1.3.3 Protocolo - POP.003.GE BALANÇO HIDRICO 4054
1.3.4 Protocolo - POP.026.GE ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA, ALTA E ÓBITO 4057
1.3.5 Protocolo - POP.039.GE CONFORTO E SEGURANÇA DO PACIENTE 4068
1.3.6 Protocolo - POP.042.GE HIGIENE ÍNTIMA 4071
1.3.7 Protocolo - POP.035.GE PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS. 4075
1.3.8 Protocolo - POP.046.GE PREPARO DO CORPO PÓS - MORTE 4087
1.3.9 Protocolo - POP.027.GE REGISTRO DE ENFERMAGEM 4092
1.3.10 Protocolo - POP.093.GE USO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL 4102
1.3.12 Protocolo - POP.069.GE VISITA HOSPITALAR 4106
1.3.13 PRIORIZAÇÃO E CADASTRO DE PACIENTES NA RECEPÇÃO 4109
1.3.14 SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM 4112
1.3.15 CONFERÊNCIA E REPOSIÇÃO DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA 4116
1.3.16 ORIENTAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS NA ALTA HOSPITALAR 4119
1.3.17 TRANSFERÊNCIAS INTERNAS 4126

1.3.18 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR(IM) 4129
1.3.19 ALTA DAS ENFERMARIAS 4133
1.3.20 HEMOTRANSFUSÃO 4135
1.3.21 MEDICAMENTOS MULTIDOSES 4140
1.3.22 Priorização Clínica Na Sala De Medicação 4143
1.3.23 Curativo de ferida cirúrgica limpa 4144
1.3.24 Armazenamento dos frascos de insulina 4147
1.3.25 ESCALA DE FUGULIN 4150
1.4 NORMAS E ROTINAS DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA E TRAUMA 4152
1.4.1 PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 4174
1.5 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO 4329
1.5.1 Protocolo - MANUAL DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO- NIR 4329
1.6 NÚCLEO SEGURANÇA DO PACIENTE 4375
1.6.1 Protocolo - DI.009.NSP REGIMENTO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE 4375
1.7 SCIRAS 4383
1.7.1 Protocolo - REGIMENTO INTERNO SCIRAS 4383
1.7.2 Protocolo - PRO.003.SCIRAS USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANO 4386
1.7.3 Protocolo - PRO.007.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO USO DE CATETER VESICAL DE DEMORA 4414
1.7.4 Protocolo - PRO.008.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A ACESSO VENOSO CENTRAL 4418
1.7.5 Protocolo - PRO.009.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO 4424
1.8 PROTOCOLO - CENTRO CIRÚRGICO 4433
1.8.1 SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERI-OPERATÓRIA 4433
1.8.2 ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO E ENCAMINHAMENTO PARA SALA OPERATÓRIA 4436
1.8.3 CHECK LIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA 4437
1.8.4 ALTA DA SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA 4439
1.8.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA 4441

1.8.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA 4445

1.8.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES NA SRPA 4448

1.8.8 CIRCULAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA 4451

1.8.9 CONTROLE DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PERMANENTES 4456

1.8.10 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM BISTURI ELÉTRICO 4458

1.8.11 DEGERMAÇÃO E ANTISSEPSIA DA PELE 4461

1.8.12 DESMONTAGEM DA SALA OPERATÓRIA 4464

1.9 CME - CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO 4467

1.9.1 MACRO FLUXO DA CME 4468

1.9.2 ROTINA PARA ADENTRAR NA ÁREA DO CME 4469

1.9.3 PADRONIZAÇÃO DOS REGISTROS E VALIDAÇÃO DOS INDICADORES DAS AUTOCLAVES A VAPOR NO CME 4472

1.9.4 RECEBIMENTO E LIMPEZA DOS INSTRUMENTAIS E DOS MATERIAIS NO EXPURGO 4478

1.9.5 FLUXO DE RECEBIMENTO E ENTREGA DE MATERIAIS PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO 4482

1.9.6 LIMPEZA AUTOMATIZADA NA LAVADOURA ULTRASSÔNICA 4485

1.9.7 LIMPEZA AUTOMATIZADA NAS TERMODESINFECTORAS 4488

1.9.8 PREPARO, ENVÓLUCROS DOS ARTIGOS E MONTAGEM DAS CARGAS DA AUTOCLAVE 4492

1.9.9 ARMAZENAMENTO E CONTROLE DOS ARTIGOS APÓS PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO OU TERMODESINFECÇÃO 4496

1.9.10 LIMPEZA MANUAL, TERMODESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DOS ARTIGOS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA 4500

1.9.11 PROCESSAMENTO DOS AMBUS 4503

1.9.12 PROCESSAMENTO DAS TRAQUEIAS DOS VENTILADORES 4507

1.9.13 LIMPEZA E PREPARO DAS MANGUEIRAS DE SILICONE (LÁTEX) 4515

1.9.14 LIMPEZA E PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DAS FAIXAS DE SMARCH 4520

1.9.15 LIMPEZA, PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTAIS TUBULARES 4525

1.9.16 PROCESSAMENTO DAS CANETAS DE BISTURI 4529

1.9.17 PROCESSAMENTO DE SERRAS, PERFURADORES PNEUMÁTICOS, CRANIÓTOMO, DRILL E EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS 4533

1.9.18 RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS DE TERCEIROS 4538

1.9.19 RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS CONSIGNADOS DO CME..... 4542
1.9.20 PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS TECIDOS..... 4546
1.9.21 LIMPEZA E TESTE DE FUNCIONALIDADE DAS SELADORAS 4549
1.9.22 IDENTIFICAÇÃO, RECEBIMENTO E PROCESSAMENTO DE MATERIAIS DE USO ÚNICO 4553
1.9.23 PROCESSAMENTO DE MATERIAIS VENCIDOS NO CME 4557
1.9.24 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS EPIs USADOS NO CME 4560
1.9.25 ROTINA DE LIMPEZA E TROCA DE ESCOVAS E ESPONJAS UTILIZADOS NO CME 4563
1.9.26 LIMPEZA CONCORRENTE E TERMINAL NO CME 4566
1.9.27 MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS DO CME 4570
1.9.28 TRATAMENTO DE EXPLANTES..... 4574
1.10 ATENDIMENTO AMBULATORIAL EQUIPE MULTIPROFISSIONAL 4578
1.10.1 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AMBULATORIAL..... 4579
1.11 MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DO LABORATÓRIO..... 4800
1.11.1 Estrutura Organizacional -Normas Do Funcionamento Do Laboratório 4800
1.11.2 Recepção Do Paciente Para A Realização De Exame..... 4817
1.11.3 Recepção De Amostras De Exames E Coletas De Sangue..... 4819
1.11.4 Realização Dos Exames..... 4821
1.11.5 Liberação Do Resultado Dos Exames 4824
1.11.6 Entrega De Laudos De Exames..... 4826
1.11.7 Limpeza E Higienização Do Laboratório..... 4828
1.11.8 Preparo Do Material De Coleta (Tubos) – Hematologia 4829
1.11.9 Preparo Do Material De Coleta (Lâminas – Esfregaço) – Hematologia..... 4832
1.11.10 Preparo De Material De Coleta (Tubo De Hemólise) – Hematologia 4834
1.11.11 Coleta De Sangue Capilar 4836
1.11.12 Coleta De Sangue Venoso..... 4838
1.11.13 Protocolo - POP.LAB.001 COAGULOGRAMA..... 4842
1.11.14 Protocolo - POP.LAB.002 MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA REAGENTE..... 4848
1.11.15 Protocolo - POP.LAB.003 CONFECÇÃO E COLORAÇÃO DE ESFREGAÇOS SANGUINEOS..... 4851
1.11.16 Protocolo - POP.LAB.004 HEMOGRAMA. 4854

1.11.17 Protocolo - POP.LAB.006 ROTINA DIÁRIA DO LABORATÓRIO 4858
1.11.18 Protocolo - POP.LAB.007 MICOLÓGICO DIRETO - RASPADO DE LESÇO.... 4863
1.11.19 Protocolo - POP.LAB.034 LIMPEZA DE MATERIAIS LABORATORIAIS 4866
1.12 MANUAL NORMAS E ROTINAS - DIAGNOSTICO POR IMAGEM 4871
1.12.1 NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM 4872
1.12.2 EQUIPAMENTOS DO SETOR DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM 4872
1.12.3 AGENDAMENTO DE EXAMES 4873
1.12.4 ULTRASSONOGRAFIA..... 4873
1.12.5 ULTRASSONOGRAFIA EM GINECOLOGIA..... 4878
1.12.6 PREPARO PARA ULTRASSONOGRAFIA..... 4885
1.12.7 ROTINA NA REALIZAÇÃO DA MAMOGRAFIA..... 4886
1.12.8 ROTINA NA REALIZAÇÃO DA DENSITOMETRIA ÓSSEA 4887
1.12.9 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM ROTINAS AMBULATÓRIO - EXAMES 4887
1.13 SERVIÇOS DE APOIO..... 4922
1.13.1 ALMOXARIFADO E FARMÁCIA..... 4922
1.13.2 CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO 4922
1.13.3 ROTINAS ADMINISTRATIVAS 4923
1.13.4 LIMPEZA TERMINAL..... 4923
1.13.5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 4923

1 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO HOSPITAL DIA E URGÊNCIA

1.1 INTRODUÇÃO

Os Protocolos Operacionais Padrão – POP's constituem importante ferramenta para organização do Serviço de Enfermagem nas diversas áreas de atuação. Eles permitem que os procedimentos sejam padronizados, sistematizados e organizados passo a passo, de forma que os profissionais dispõem de um roteiro que lhes auxilia nas tarefas diárias. Eles são ainda, instrumento valioso no treinamento de profissionais recém-admitidos.

Nossa proposta de POP's foi elaborada pela Equipe de Multidisciplinar que compõe o Núcleo de Qualidade do Instituto CEM com base nas diretrizes e normatizações do MS, Conselhos de Classe e Associações de Especialistas. Ressaltamos que todos os Protocolos serão revisados e adequados à realidade dos Serviços do hospital, no primeiro trimestre de vigência do contrato.

Os Protocolos Assistenciais utilizados pelo INSTITUTO CEM baseiam-se nos protocolos divulgados pelo Ministério da Saúde, entre outros, aqueles citados e atualizados pelas sociedades de especialidade,

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Cada sociedade de especialidade médica divulga, periodicamente, novos protocolos que passam a serem os utilizados pela comunidade médica e hospitalar no Brasil.

Ainda assim, é necessário, periodicamente, atualizá-los conforme a evolução da medicina ocorre nas diversas especialidades em termos de materiais, medicamentos, técnicas cirúrgicas etc.

De toda a forma, para efeito da presente proposta, entendemos que a apresentação dos protocolos assistenciais abaixo relacionados, e indicados para cada unidade de saúde.

Os protocolos clínicos são apresentados de acordo com as características dos serviços implementados nas unidades assistenciais abaixo relacionadas:

1.2 MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM

1.2.1 Introdução

A enfermagem é, em sua essência, responsável pela arte e ciência do cuidado ao paciente/paciente, no entanto, além disso, passou a cuidar também da organização dos ambientes/setores, fluxos, processos e fluidez de todas as atividades desenvolvidas nos setores, tornando-se a ligação entre a equipe multiprofissional e entre os vários serviços prestados ao paciente/paciente.

Partindo do princípio que sistematizar e organizar de forma coerente, a sistematização das rotinas de enfermagem no setor é de extrema importância para garantir um padrão de assistência seguro e com qualidade aos pacientes.

A padronização é uma ferramenta gerencial, que possibilita a transmissão de informações e dos conhecimentos adquiridos, favorecendo a continuidade da assistência, contribuindo para a redução dos erros e assim garantindo a segurança do paciente.

Neste contexto, este manual vem apresentando as normas e rotinas do hospital, servindo como referência para manutenção da organização dos mais diversos setores da Unidade.

Todas as normas e rotinas aqui descritas, foram elaboradas considerando as regulamentações vigentes no campo da enfermagem, bem como legislações que normatizam os mais diversos setores do hospital como cita o Código de Ética de Enfermagem (Resolução 564/2017) quanto aos Princípios Fundamentais.

A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade.

O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com

competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar.

1.2.2 Objetivo

Apresentar, estabelecer e padronizar, em caráter normativo e norteador, as normas de funcionamento dos setores da Unidade, bem como as rotinas de execução das atividades de enfermagem.

1.2.3 Perfil da Unidade

O **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO** é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Geral, Neurologia, Ortopedia/Traumatologia e Torácica); Clínica Médica (Cardiologia, Geral, Neurologia, Geriatria, Infectologia, Hematologia, Pneumologia e Vascular), regulados pelo Complexo Regulador Estadual, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Oeste mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões.

1.2.4 Definição Dos Serviços

Linhas de Serviços

Para o funcionamento do HUGO serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

INTERNAÇÃO:

- Saídas de Clínica Médica;
- Saídas Cirúrgica;
- Quantidade de Cirurgias Eletivas;

- Internações em leitos de UTI adulto (não compõe a Linha de Serviços para efeito de metas).

ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

- Consultas Médicas Especializadas: consultas médicas especializadas realizadas em ambulatório;
- Consultas Multiprofissionais na Atenção Especializada: consultas multiprofissionais realizadas em ambulatório;
- Atendimentos de Leito Dia.
- Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual para a Unidade.

O Serviço de Urgência e Emergência, assim como o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõe a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **INSTITUTO CEM** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário regulado e/ou internado, quando da admissão hospitalar, e deverá informar mensalmente a produção realizada via Sistema de Gestão Hospitalar.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME);

A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos pactuados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento;

Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares, enviando a Autorização de Internação Hospitalar - AIH devidamente preenchida pelo médico assistente ou plantonista e os exames

pertinentes ao diagnóstico, os quais serão anexados à solicitação no sistema de regulação de vagas do Complexo Regulador Estadual;

Em caso de doenças de notificação compulsória, encaminhar-se-á simultaneamente a cópia da ficha de notificação, devidamente preenchida.

- No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:
- Assistência por equipe médica especializada;
- Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;
- Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação;
- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.
- Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista);
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;

- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente, considerando a legislação vigente e as normas regulamentadoras do SUS, as quais dão direito à presença de acompanhante;
- Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000), assim como qualquer outra situação especial assegurada por lei;
- Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário;
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de enxoval;
- Procedimentos especiais em número e qualidade adequados para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição;
- A realização das cirurgias, devendo o INSTITUTO CEM evitar cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente;
- Transporte inter-hospitalar para acesso a cuidados especializados e diagnósticos, em todos os níveis de complexidade, independente da distância.

A assistência hospitalar envolve a disposição de equipe de profissionais para atuarem no processo de desospitalização.

ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS HOSPITALARES

A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências e atende a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24hs.

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea em situações de urgência e emergência; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde .

O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades ou em situação não urgente às demais unidades de saúde por meio do instrumento de referência e contra-referência e/ou pelo Complexo Regulador Estadual.

Para efeito de produção pactuada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização.

ESPECIALIDADES PARA PORTA DE ENTRADA (URGÊNCIA) A SEREM OFERECIDAS NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO.

Cirurgia Buco Maxilo Facial Cirurgia Geral
Cirurgia Torácica Clínica Médica
Ortopedia e Traumatologia Neurocirurgia
Otorrinolaringologia (plantão diurno, 12 horas, 07 dias por semana) Neurologia
Angiologia e Cirurgia Vascular

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CONSULTAS ESPECIALIZADAS

O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em

especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Regulação Estadual, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório;

O **INSTITUTO CEM** apresentará a agenda à Regulação Estadual conforme sua carta de serviços. No entanto, para efeito de acompanhamento de metas, serão consideradas as consultas efetivamente realizadas/executadas;

As consultas ambulatoriais compreendem:

- Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso ;
- Interconsulta;
- Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela **Regulação** ao Hospital/Estabelecimento de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade;

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida. Todas as consultas de egressos devem ser inseridas no Sistema informatizado de regulação estadual;

Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, desde que dentro da mesma linha de cuidado da primeira consulta regulada e/ou primeira consulta de egresso. Todas as interconsultas devem ser informadas no Sistema informatizado de regulação estadual;

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas no sistema informatizado de regulação estadual;

Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como: sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes;

É vedado o registro de sessões como consultas subsequentes para efeito de composição de metas.

As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde;

Constitui exceção ao disciplinado no caput deste subitem, as **consultas ambulatoriais realizadas pela Enfermagem** que atenderem ao Decreto Lei nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas desta consulta, quais sejam:

- análise dos dados contidos no prontuário;
- entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento;
- diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro);
- resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico;
- definição do plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e
- registro, que é a legitimação das ações deste profissional.

O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira à sábado, conforme demanda da população de usuários dc Hospital/Estabelecimento de Saúde, nas especialidades mínimas descritas nos quadros abaixo:

ESPECIALIDADES INICIAIS A SEREM OFERECIDAS NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO.
Angiologia e Cirurgia Vascular
Anestesiologia
Cardiologia
Cirurgia Geral
Cirurgia Torácica

Geriatria
Neurologia Clínica
Neurocirurgia
Otorrinolaringologia
Ortopedia e Traumatologia

ESPECIALIDADES MULTIPROfiSSIONAIS INICIAIS A SEREM OFERECIDAS NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO.
Bucomaxilo Facial
Enfermagem
Fisioterapia
Fonoaudiologia
Nutrição
Psicologia

O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais e odontológicas), bem como os tipos de consultas (primeira e ou egresso/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando-se em consideração a necessidade e a demanda reprimida identificadas pela SES-GO;

A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constantemente pelo Complexo Regulador Estadual. Assim, sempre que necessário, o PARCEIRO PÚBLICO solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou tipos de consultas, o que será cumprido pelo **INSTITUTO CEM** em até 60 dias;

Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, **o quantitativo total de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais previstas no Termo de Colaboração**, ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas.

CIRURGIAS ELETIVAS

Consideram-se Cirurgias Eletivas o procedimento cirúrgico (Grupo 04 da Tabela do SUS) preconizado para o restabelecimento da saúde e bem-estar do paciente/usuário, mas que não se enquadra como urgência e emergência médica e, portanto, pode ser programado de acordo com a capacidade dos serviços de cirurgia e as necessidades do indivíduo;

Por não ser considerada de urgência ou emergência, é agendado dia e horário para sua realização conforme mapa cirúrgico do hospital e a ocasião mais propícia. Geralmente é realizada após diversos exames que são feitos para garantir as melhores condições de saúde dos pacientes/usuários (risco cirúrgico) e são estratificadas em 3 tipos, a saber: pequeno procedimento ambulatorial, cirurgia eletiva ambulatorial e cirurgia eletiva hospitalar;

- Pequeno procedimento ambulatorial: procedimento cirúrgico de pequeno porte realizado no consultório ou ambulatório, geralmente sob anestesia local, com alta imediata do paciente/usuário, sem necessidade de internação hospitalar pós operatória;
    a. Instrumento de registro: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAi);
    b. Autorização para execução: via regulação ambulatorial de 1ª vez;
    c. Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Gestão Hospitalar (SES-GO).
- Cirurgia eletiva ambulatorial: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia sem necessidade de internação hospitalar pós operatória;
    a. Instrumento de registro: APAC;
    b. Autorização para execução: via sistema de regulação;
    c. Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.
- Cirurgia eletiva hospitalar: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia com necessidade de internação hospitalar pós operatória;
    a. Instrumento de registro: AIH - Autorização para execução: via sistema de regulação;

b. Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

As cirurgias eletivas hospitalares podem ser estratificadas em 3 tipos, conforme especificado abaixo:

- Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência hospitalar de 4 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo;
- Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: média de permanência hospitalar maior que 5 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo; e
- Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo: média de permanência hospitalar maior que 6 dias com ou sem uso de OPME, envolve alto custo e pode envolver ou não o uso de OPMEs de alto custo.

As cirurgias eletivas deverão ser realizadas prioritariamente para os pacientes egressos que necessitem do segundo tempo cirúrgico;

Os pacientes para acesso à cirurgia eletiva deverão ter como única porta de entrada a consulta ambulatorial autorizada pelo Complexo Regulador Estadual, na mesma especialidade da cirurgia eletiva ou dentro da mesma linha de cuidado para o qual o paciente foi regulado;

Não é legítimo converter pacientes que são admitidos via Pronto Socorro de unidades de saúde que possuem porta de entrada aberta 24h, em pacientes elegíveis para inserção na lista de espera da cirurgia eletiva;

Será admitida a inserção da solicitação de procedimento cirúrgico eletivo para pacientes que forem admitidos via Emergência e necessitam de abordagem de 2º tempo cirúrgico pós-trauma na especialidade de ortopedia e retirada de cateter em urologia, e em outras situações a depender da demanda da regulação estadual;

A unidade de saúde deverá cumprir e fazer cumprir todas as normativas de regulação e autorização de cirurgias eletivas constantes no Protocolo Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas vigente, bem como atualizações futuras e outras normativas estabelecidas no âmbito da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás.

SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO - SADT EXTERNO

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo envolve o conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, que será disponibilizado prioritariamente à pacientes egressos e aos que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos autorizados pelo Complexo Regulador Estadual;

O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela **Regulação Estadual**, no limite da capacidade operacional do SADT;

Os Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo a serem ofertados e executados são:

PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO

Colonoscopia Endoscopia Digestiva
Radiografia com e sem contraste Endoscopia via urinária
Tomografia Computadorizada com e sem contraste Ultrassonografia
Ultrassonografia /Doppler

O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar o serviço de imagenologia para os usuários da unidade, bem como àqueles da Rede Assistencial de acordo com fluxos estabelecidos pela **Regulação Estadual**, no limite da capacidade operacional dos aparelhos de imagem existentes;

Os exames a serem ofertados/executados dependerão da disponibilidade do recurso/equipamento, o que poderá ocorrer por locação/comodato ou outra forma de contratação devidamente autorizada.

SERVIÇOS DE APOIO

- **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT:** corresponde ao conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico. Será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade. O SADT Interno deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente;

- **Serviços de Farmácia:** deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica;
- **Serviço de Nutrição e Dietética – SND:** o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada usuário/cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND está proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes/usuários de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional;
- **Serviço de Lavanderia:** a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes/usuários, responsável pelo processamento do enxoval e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade;
- **Central de Material e Esterilização – CME:** a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares;

Destaca-se a possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

Programas Especiais E Novas Especialidades De Atendimento

Caso, ao longo da vigência do Termo de Colaboração, em comum acordo entre as partes, o INSTITUTO CEM e/ou a SES-GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente analisadas, pactuadas e autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO;

Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Termo de Colaboração.

Propostas De Melhorias

O INSTITUTO CEM poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES-GO, Portaria nº 2116/2021 e suas alterações subsequentes ou outra norma vigente;

O requerimento de investimento trata-se de uma possibilidade, sendo faculdade da Administração Pública autorizar ou não, conforme critérios de oportunidade, conveniência, a depender de dotação orçamentária, devendo atender a supremacia do interesse público;

Para todo e qualquer projeto, o INSTITUTO CEM deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES-GO, para validação e autorização quanto à execução pelo INSTITUTO CEM;

Após aprovação do projeto pela SES-GO, serão repassados para o INSTITUTO CEM, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários;

A proposta só deverá ser inicialmente executada após a autorização expressa do PARCEIRO PÚBLICO.

Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse;

Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do Termo de Colaboração, o PARCEIRO PÚBLICO revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo INSTITUTO CEM;O requerimento de investimento com recursos provenientes de emendas parlamentares seguirá o mesmo rito acima especificado.

1.2.5 Normas e Rotinas

1.2.6 AMBULATÓRIO:

Rotinas que serão comuns a todos os profissionais de enfermagem do Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz:

- Registrar entrada, intervalo e saída no relógio de ponto eletrônico, inclusive, todas as alterações de horário, eventuais esquecimentos de registro de ponto;
- Executar todas as atividades visando a segurança do paciente respeitando os horários de chegada e saída, não podendo se ausentar do serviço sem garantir a continuidade da assistência;
- Apresentar-se ao posto de trabalho devidamente uniformizado, portando crachá de identificação profissional;
- Solicitar as trocas de plantões entre profissionais à chefia imediata com no mínimo 05(cinco) dias úteis de antecedência, assinadas por ambos os empregados e encaminhadas para a Coordenação ou Gerência do Serviço de Enfermagem;
- Avisar a chefia imediata com a antecedência mínima de 6 horas do plantão quanto a impossibilidade de comparecer ao serviço, para providências, exceto em casos extraordinários;
- Comunicar os afastamentos e atestados médicos o mais rápido possível para a chefia imediata, com um prazo máximo de 24 horas;
- As interrupções do serviço para refeição ou descanso dos funcionários deverão obedecer às escalas preestabelecidas pelo Enfermeiro Assistencial plantonista de cada unidade;
- O pessoal em serviço deverá estar vestido/paramentado de acordo com a padronização estabelecida;
- Todos os profissionais do plantão deverão se responsabilizar pela manutenção da organização da unidade. Não consumir alimentos no posto de trabalho;
- Todos os membros da Equipe de Enfermagem de todas as unidades de internação do Hospital deverão zelar pelo patrimônio da instituição.
- As reuniões ordinárias da equipe de enfermagem deverão ser em datas previamente definidas pela chefia imediata;
- Todas as atividades de Enfermagem deverão ser registradas em impressos próprios ou sistema informatizado;

- Organizar o local de trabalho antes de iniciar o atendimento aos pacientes e ao público em geral;
- Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades;
- Orientar as pessoas que porventura não estiverem identificadas no interior da Unidade Ambulatorial para que o façam na recepção;
- É vedada a utilização de máquinas fotográficas ou qualquer aparelho que faça a captura de imagens dos setores, aparelhos e usuários, exceto com autorização expressa e antecipada da administração do Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz;
- Os colaboradores deverão informar aos pacientes idosos (maiores de sessenta anos), menores de dezoito anos, acamados e cadeirantes que deverão comparecer ao ambulatório para realização de consultas e/ ou exames com um acompanhante. Somente uma pessoa poderá permanecer junto ao paciente, não sendo permitida circulação em outros andares;
- Orientar aos familiares e/ou acompanhantes que no caso de urgências, emergências e intercorrências com qualquer paciente, será solicitado aos acompanhantes e visitantes que se retirem momentaneamente para que o trabalho da equipe não seja prejudicado;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial;
- Manter a organização do setor, bem como a higienização de seus instrumentos de trabalho. Não consumir alimentos nos postos de trabalho;
- Registrar em livro próprio as ocorrências da unidade;
- Desligar todos os aparelhos e equipamentos ao final do expediente;
- Orientar e prestar informações aos pacientes sobre o local de realização de consultas, exames e procedimentos quando estes passarem pelo acolhimento;
- Auxiliar no processo de agendamento de consultas, retornos, interconsultas, exames e procedimentos, caso o paciente precise.

ENFERMEIRO COORDENADOR:

- Apresentar-se ao serviço no horário estabelecido para o turno respectivo de trabalho;
- Cumprir escala de serviço estabelecida, atendendo às demandas do setor e conforme orientação da Gerência de Enfermagem;

- Elaborar escala mensal do Serviço de Enfermagem, atentando-se para férias e licenças e encaminhar para a Gerência de Enfermagem em formato digital;
- Providenciar substituições na escala quando se fizer necessário;
- Supervisionar as anotações de enfermagem nos prontuários, formulários e livros de registro;
- Revisar a agenda ambulatorial e alimentar os indicadores de atendimento;
- Revisar e encaminhar as estatísticas mensais da unidade ambulatorial para a Gerência de Enfermagem;
- Encaminhar à Gerência de Recursos Humanos, todas as alterações e intercorrências na folha de ponto (atestados, absenteísmo, afastamentos, abonos etc.);
- Manter a Gerência de Enfermagem e a Gerência de Recursos Humanos informadas sobre mudanças de escalas, convocações para plantões, horas extras, compensação de horas, comunicação de sono, dentre outros mais específicos.
- Manter os POPs e Manual de Normas e Rotinas sempre atualizados, seguindo o cronograma da Gerência de Enfermagem;
- Participar de reuniões com a Diretoria hospitalar, Gerência de Enfermagem, Chefia Médica das clínicas e outros, quando for convocado;
- Convocar reuniões com a equipe de enfermagem sempre que se fizer necessário;
- Solicitar material permanente para a unidade, quando necessário;
- Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço, portarias e outros instrumentos institucionais e dos órgãos de classe;
- Acompanhar visitas técnicas e de fiscalização junto à administração e outros órgãos oficiais;
- Colaborar na elaboração, execução e avaliação do planejamento e ser seguido a curto, médio e longo prazo pelo serviço;
- Participar das resoluções e encaminhamentos realizados pela Gerência do Serviço;
- Participar da seleção de candidatos para equipe de enfermagem para o ambulatório;
- Representar o serviço junto aos grupos de estudo da instituição;
- Supervisionar a ordem no ambulatório, zelando pelo patrimônio da instituição;

- Estabelecer, monitorar e gerenciar os indicadores do ambulatório.
- procedimentos e outros tratamentos no ambulatório;
- Supervisionar o Técnico de Enfermagem em suas atividades, fornecendo assistência e orientação técnica, quando necessário;
- Verificar o abastecimento adequado e suficiente dos kits de roupa limpa, materiais para pequenos procedimentos, kits de inalação entre outros disponibilizados para o setor;
- Supervisionar a solicitação de material esterilizado bem como o envio de material contaminado para processamento pelos Técnicos e Auxiliares de enfermagem;
- Realizar acolhimento do cliente dando orientação sobre as normas e rotinas do ambiente hospitalar, esclarecendo dúvidas sobre o atendimento ou procedimento que o mesmo irá realizar;
- Conferir diariamente a funcionalidade do laringoscópio, cardioversor e integridade do lacre do carrinho de emergência do ambulatório, revisando-o mensalmente, mesmo lacrado, e, a qualquer momento quando houver necessidade de utilizá-lo. Realizar reabastecimento, seguindo de inserção de novo lacre;
- Realizar procedimentos privativos do enfermeiro, estabelecidos em POP, e pelo conselho de classe;
- Supervisionar e realizar a aplicabilidade dos protocolos de prevenção de infecção relacionada a assistência à saúde de acordo com protocolos do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância à Saúde e da Instituição;

ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

- Apresentar-se para iniciar o plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente uniformizado, sapato fechado e sem adornos;
- Conferir a presença de funcionários da equipe de enfermagem escalados e informar ao coordenador de enfermagem da unidade as possíveis ausências e intercorrências relacionadas à assiduidade, pontualidade, disciplina e conduta;
- Assistir/acompanhar os pacientes sob sua responsabilidade, realizando cuidados de enfermagem necessários em parceria com a equipe de enfermagem e equipe multiprofissional do ambulatório;
- Registrar no prontuário de cada paciente as informações relevantes referentes a prestação dos cuidados e orientações fornecidas;

- Verificar com antecedência e orientar os pacientes e acompanhantes quanto ao preparo adequado de exames,
- Receber do médico os documentos pertinentes à perícia realizada;
- Entregar os documentos na Coordenação da Unidade Ambulatorial.

TÉCNICO AUXILIAR/ENFERMAGEM

- Cumprir rigorosamente seu horário de trabalho de acordo com as normas e rotinas do setor;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem;
- Atender às solicitações do Coordenador de Enfermagem e do Enfermeiro Assistencial da unidade;
- Participar de reuniões com o Enfermeiro Assistencial e Coordenador de Enfermagem, para o repasse das informações e orientações da Gerência de Enfermagem, sempre que solicitado;
- Participar de atividades de educação permanente e capacitações oferecidas pelo próprio setor e outros responsáveis pela Educação Permanente, com registro de presença em impresso específico;
- Participar da Avaliação de Desempenho realizada pelo Enfermeiro Assistencial e Coordenador de Enfermagem;
- Abastecer as salas e consultórios do ambulatório com luvas, toucas, aventais, máscaras, antissépticos, lençóis de papel, seringas, agulhas, entre outros materiais;
- Manter bancadas limpas e organizadas, trocar a caixa de perfuro cortante quando necessário;
- Organizar a sala de coleta de sangue no dia anterior deixando disponível todo material necessário para a execução do serviço;
- Repor material de uso diários nas salas de atendimento e consultórios, de acordo com a necessidade;
- Suprir os respectivos armários com material esterilizado, buscando-os na CME conforme agendamentos do dia seguinte;
- Manter o armário de roupas organizado; solicitar roupa para abastecer o armário e manter contato com a lavanderia sempre que necessário;
- Repor as roupas no início do atendimento e encaminhar as utilizadas ao expurgo ao final do atendimento;

- Recolher e organizar as bandejas e materiais utilizados nos pequenos procedimentos, diariamente, no expurgo;
- Acondicionar o material utilizado em sacos (bandejas, pinças, bacias, comadres e papagaios, materiais respiratórios (traqueias, umidificadores, kits de inalação etc) após realizar pré lavagem, listar em formulário próprio e encaminhar o material para a CME;
- Abastecer o Ambulatório com o material estéril da CME (bandejas, pacotes de curativo, pacotes de paramentação;
- Comunicar ao Enfermeiro (a) sempre que perceber a necessidade de reparos/ manutenção da rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;
- Executar os Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem, sob a sua competência, conforme vigente em órgão de classe competente;
- Identificar as almotolias e datá-las assim que forem disponibilizadas e zelar para que o consumo ocorra dentro do tempo de validade previsto;
- Verificar a data de validade de materiais esterilizados;
- Checar o funcionamento dos equipamentos da sala: colposcópio, foco de luz, doppler, eletrocautório, eletrocardiograma, balança e qualquer outro dispositivo que haja, chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro;
- Repor materiais (soluções, instrumentais, etc) e impressos próprios e específicos para cada especialidade;
- Realizar os curativos de pequena complexidade e de média sob orientação e supervisão do enfermeiro;
- Auxiliar o enfermeiro nos curativos de média e alta complexidade.
- Realizar lavagem das caixas térmicas de coleta de material, se for o caso;
- Checar o funcionamento das saídas de ar comprimido e oxigênio (ou compressor) utilizados na realização de inalação. Se necessário, acionar a manutenção e comunicar o enfermeiro;
- Manter as salas limpas, organizadas e abastecidas;
- Zelar pelo patrimônio da instituição.

1.2.7 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Rotinas comuns à toda a equipe:

- Atuar com agilidade, segurança e máxima atenção no exercício de sua função uma vez tratar-se a emergência de um setor que necessita destes requisitos;
- Observar rigorosamente a aplicação prática de todos os POP's a serem aplicados diante de cada caso concreto da emergência;
- Manter a calma e o foco diante das situações estressantes vivenciadas na urgência a fim de tranquilizar o paciente e realizar seu trabalho da melhor maneira possível;
- Iniciar atividades laborais no horário preestabelecido conforme escala e constante da distribuição de local de atendimento, horário de trabalho e registrar ponto digital na entrada e saída;
- Receber o plantão da equipe do plantão anterior com respeito e atenção a todas as informações peculiares a cada paciente, para que assim possa dar continuidade à assistência de excelência;
- Estar devidamente uniformizados de acordo com a padronização estabelecida, quando em serviço, bem como, em uso de crachá de identificação, sendo proibido o uso de adornos (brincos, relógios, pulseiras, colar, anéis e qualquer adereço que não seja fardamento ou instrumento de trabalho), conforme NR 32;
- Usar unhas curtas e EPIs necessários para o desenvolvimento da assistência;
- Colaborar com as atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na instituição;
- Assumir o serviço de acordo com a escala estabelecida, podendo este ser remanejado para outra unidade, de acordo com a necessidade do serviço;
- Praticar o Código de Ética de Enfermagem, exercendo seu trabalho com respeito aos pacientes, acompanhantes, visitantes, colegas de profissão e a equipe multiprofissional.
- Manter sempre sigilo em relação ao diagnóstico dos pacientes, reforçando a postura ética e profissional.
- Promover ambiente alegre e humanizado, a fim de manter os clientes em condições físicas e psicológicas que facilitem o restabelecimento de sua saúde;
- Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades, principalmente nos casos de dúvidas quanto as chamadas para atendimento;
- Realizar escuta qualificada junto ao usuário, objetivando a resolução da sua necessidade;

- Após registro de chamado junto à Central de Material e Esterilização (CME), via Sistema Gerenciamento de Serviço (SGS), receber, conferir e guardar material, atentando para validade e correto acondicionamento;
- Registrar abertura de chamado junto ao Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação – SGPTI caso identifique problema na área tecnológica, via sistema informatizado do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz;
- Registrar a abertura de chamado junto ao Setor de Infraestrutura Hospitalar caso identifique problemas estruturais, via sistema SGS;
- Comunicar setor de Hotelaria quanto à reposição de materiais, como toalhas descartáveis, detergente, álcool gel e aventais cirúrgicos destinados aos pacientes;
- Após a alta hospitalar, acompanhar o paciente e acompanhante até a saída.
- Comunicar a Unidade de Nutrição Clínica sobre a alta do paciente;
- Registrar em livro ata as ocorrências do setor;
- Zelar pelo bom funcionamento dos equipamentos;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a Equipe Multiprofissional do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz), através de comportamento ético profissional;
- Cumprir e fazer cumprir as normas, rotinas e protocolos institucionais;
- Realizar o registro das notificações de doenças compulsórias em formulários próprios e das ações relacionadas a segurança do paciente;
- Realizar registro de enfermagem completo, descrevendo toda assistência prestada ao paciente no prontuário físico ou eletrônico facilitando a continuidade da assistência à saúde e garantindo o respaldo legal para profissionais, instituição e usuário;
- Para registro manual utilizar caneta em tinta azul;
- Fazer cumprir sobre a higienização das mãos em todos os momentos da assistência recomendados pela OMS, ANVISA e SCIH do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz.

ENFERMEIRO COORDENADOR

- Coordenar tecnicamente, juntamente com Enfermeiro Plantonista, as atividades de enfermagem;

- Ser responsável por toda estruturação gerencial e organização burocrática da unidade;
- Ser Enfermeiro de Referência, responsabilizando-se pelo seu grupo de usuários e familiares/acompanhantes durante todo o período de permanência destes na unidade;
- Elaborar conjuntamente com o Enfermeiro Plantonista, planos de trabalho, distribuição de pessoal, atendendo a demanda e manutenção da assistência nas horas estabelecidas em escalas subsequentes ao início de cada plantão;
- Fazer check-list dos materiais hospitalares, de consumo e permanentes de uso no setor e providenciar semanalmente esses materiais;
- Realizar Check- list de materiais da CME, bem como solicitar reposição nos horários pré-determinados pelo setor;
- Supervisionar e avaliar conjuntamente com os Enfermeiros Plantonistas, a atuação da equipe de enfermagem e realizar avaliação de desempenho periodicamente;
- Elaborar a escala mensal, validá-la e encaminhá-la para Gerência de Enfermagem;
- Atualizar normas, rotinas e procedimentos que visam à melhoria da assistência de enfermagem junto com a Equipe de Enfermagem da Unidade de Urgência e Emergência;
- Apoiar ao Enfermeiro plantonista, relacionado ao transporte de pacientes a exames de imagem e laboratoriais;
- Apoiar ao Enfermeiro plantonista, relacionado ao transporte de pacientes a exames de imagem e laboratoriais;
- Organizar e checar junto ao Médico Plantonista as prescrições médicas referentes a cada paciente em atendimento;
- Checar o censo diário de internações e observar o número de leitos disponíveis para internação;
- Otimizar e agilizar a realização de exames dos usuários, visando a obtenção dos resultados o mais rápido possível;
- Otimizar, agilizar e organizar a reavaliação dos pacientes que se encontram em observação na unidade;
- Conferir, supervisionar e avaliar os registros de enfermagem de sua equipe quanto a legibilidade, assinatura, carimbo e qualidade das informações anotadas, seja no prontuário físico ou eletrônico;

- Coordenar e checar o controle e registro da temperatura da geladeira diariamente mantendo-a sempre organizada e limpa;
- Receber e apoiar as atividades práticas realizadas pelos estudantes nos serviços de saúde;
- Manter a Gerência de Enfermagem informada quanto às ocorrências do setor, solicitando providências cabíveis, quando se fizerem necessárias;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial, através de comportamento ético profissional.
- Participar das reuniões de gestão de leitos.
- Zelar pelo cumprimento das metas contratuais.

ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

- Receber e Realizar a passagem de plantão;
- Supervisionar as atividades de enfermagem do seu plantão, mantendo a programação estabelecida;
- Passar visita em todos os pacientes da sala vermelha, Box e estabilização, levantando em conta suas necessidades e prioridades;
- Realizar pedido de material da Farmácia e Almoxarifado, bem como providenciar sua retirada nos respectivos locais;
- Participar diretamente da assistência aos pacientes graves prestando cuidados especiais e acompanhando sua evolução;
- Realizar conjuntamente com a equipe multiprofissional visitas clínicas aos pacientes;
- Fazer a conferência e registro no protocolo do carrinho de emergência (desfibrilador, lacre do carrinho, maleta de via aérea difícil e laringoscópio);
- Atender a equipe multiprofissional em suas solicitações, no que for compatível com sua função;
- Avaliar a assistência junto à equipe de enfermagem sob sua responsabilidade;
- Manter a coordenação de Enfermagem informada sobre as ocorrências do plantão;
- Manter controle sobre os visitantes (sempre que possível), orientando-os no que for necessário;

- Otimizar e agilizar a realização de exames dos usuários, visando a obtenção dos resultados o mais rápido possível;
- Otimizar, agilizar e organizar a reavaliação dos pacientes que se encontram em observação;
- Solicitar ao pessoal da higienização a desinfecção concorrente dos leitos, supervisionando e orientando o agente de higienização da unidade;
- Estabelecer e estimular a organização da unidade;
- Executar procedimentos privativos do enfermeiro;
- Participar na prevenção, tratamento e controle da infecção hospitalar de acordo com protocolos institucionais;
- Orientar pacientes na admissão quanto às normas e rotinas do setor;
- Atuar juntamente com os médicos plantonistas durante as intercorrências;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial, através de comportamento ético profissional;
- Orientar e supervisionar o preparo, a administração de medicamentos quando prescrito, e identificação correta (nome do paciente, nome da droga, dosagem, via e hora) nos frascos ou bolsas de hemocomponentes (conforme POP);
- Auxiliar o Enfermeiro coordenador nas evoluções de enfermagem dos pacientes que se encontram em observação.
- Registrar no livro de relatório de enfermagem todas as intercorrências ocorridas no plantão;
- Prestar assistência ao usuário durante transporte para realização de exames e procedimentos cirúrgicos nas imediações do hospital e suas unidades, quando necessário;
- Prestar assistência ao paciente grave ou potencialmente grave referenciado a outro serviço intermunicipal, durante o transporte, até a unidade de destino, realizando os devidos registros institucionais;
- Atuar diretamente na classificação de risco da unidade de urgência e emergência e proceder a escuta qualificada, estabelecendo a classificação conforme protocolo.

TÉCNICO/ AUXILIAR DE ENFERMAGEM:

- Receber e passar plantão; cordialmente informando as necessidades do setor;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial, através de comportamento ético e profissional;
- Exercer atividades assistenciais de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes e seus respectivos responsáveis sob supervisão e orientação direta do enfermeiro da urgência;
- Prestar cuidados aos pacientes, sob sua responsabilidade, de acordo com a prescrição médica e de enfermagem atendendo as necessidades de tratamento, higiene, conforto, auxílio na alimentação, deambulação e segurança;
- Auxiliar médico ou enfermeiro na realização de procedimentos especiais de urgência e emergência aos pacientes;
- Preparar e manter material para a execução de atividades médicas e de enfermagem, quando solicitado;
- Verificar sinais vitais de acordo com a rotina do setor e comunicar as intercorrências ao enfermeiro plantonista;
- Acompanhar a evolução do paciente, informando, registrando e comunicando sinais e sintomas;
- Preparar e administrar medicações, segundo prescrição médica, sob supervisão do enfermeiro e fazer a checagem com a anotação correspondente, assinando e/ou carimbando;
- Administrar medicamentos de acordo com a prescrição médica e fazer a checagem usando a rubrica e, circulando aqueles que não forem realizados, justificando o motivo;
- Executar punção venosa periférica de acordo com o POP de enfermagem de Punção Venosa;
- Realizar controle de glicemia capilar conforme prescrição médica;
- Aplicar nebulização conforme prescrição médica e de acordo com o POP sobre oxigenoterapia multiprofissional;
- Auxiliar a equipe do Laboratório na realização de coleta de sangue para exames, quando necessário;
- Acompanhar em todo o procedimento o paciente na realização de exames;
- Promover, manter limpeza e ordem nas áreas específicas de trabalho de enfermagem e de atendimento ao paciente;
- Participar de reuniões da equipe de enfermagem do setor, quando convocados;

- Desempenhar outras atividades ou tarefas afins designadas pelo enfermeiro;
- Realizar limpeza diária dos leitos abertos com álcool a 70% e troca de lençóis;
- Prover enxoval e manter rouparia em ordem;
- Executar os procedimentos pós- morte conforme procedimento operacional padrão.
- Zelar pelo patrimônio da instituição.

1.3 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM

1.3.1 Protocolo - POP.075.GE AFERIÇÃO DE PULSO ART E DOS MOVIMENTOS RESP EM PEDIATRIA

1. OBJETIVO

Auxiliar no esclarecimento diagnóstico e na instituição do tratamento. Detectar alterações no funcionamento cardíaco, vascular, metabólico e respiratório. Acompanhar a curva de variação da frequência respiratória e do pulso.

2. APLICAÇÃO

Equipe de Enfermagem

3. DEFINIÇÕES

Contagem da frequência e descrição das características do pulso e da respiração por minuto.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1 Informar ao acompanhante e paciente do procedimento e a sua finalidade

4.2 Higienizar as mãos;

4.3 Posicionar o cliente em decúbito dorsal ou em posição confortável, adequada e segura.

4.4 Mensurar a frequência e descrever as características do pulso arterial;

4.5 Expor o local da artéria selecionada;

4.6 Aproximar o relógio do campo visual;

4.7 Colocar as polpas dos dedos indicador e médio sobre a artéria, comprimindo-a, moderadamente, até sentir a sua pulsação e contar a frequência das pulsações, observando o ritmo, e o volume do pulso. Manter os dedos posicionados sobre a artéria

4.8 Contar o número de respirações durante um minuto, observando o tipo de respiração, a expansibilidade torácica, o ritmo, a profundidade e a presença de ruídos audíveis;

4.9 Retirar os dedos da região;

4.10 Proceder às anotações das medidas mensuradas no bloco de anotações;

4.11 Posicionar a criança confortavelmente e segura no leito;

4.12 Higienizar as mãos;

4.13 Registrar as frequências respiratórias e do pulso em impresso próprio, constante do prontuário da criança.

4.14 Proceder às anotações de enfermagem constando todas as características das frequências encontradas, assim como ocorrências adversas e medidas tomadas.

5 DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1 Relógio com marcador de segundos

5.2 Caneta

5.3 Papel para anotações.

6 EPI

6.1 Não se aplica

7 RESPONSABILIDADE

7.1 Enfermeiros e técnicos de enfermagem

8 QUANDO EXECUTAR

8.1 Toda criança hospitalizada;

8.2 Crianças com alterações dos padrões respiratórios e/ou cardiovascular;

8.3 Antes e após transfusões de hemocomponentes;

8.4 Antes e após alguns procedimentos e cirurgias.

9 REGISTROS

9.1 FOR.SAME 001 FICHA DE ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - SINAIS VITAIS.

10 AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 **NC:** Evitar aferir o pulso arterial e a frequência respiratória, quando a criança estiver chorando e após procedimentos que causem dor, desconforto e atividades físicas.

10.2 **Ação:** Verificar o pulso apical, posicionando o diafragma do estetoscópio no ápice do coração (abaixo do mamilo esquerdo a altura do quinto espaço intercostal)

Em crianças dar preferência ao pulso braquial.

11 CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1 Aferir as frequências e características do pulso e da respiração, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos** / Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

VIANA, D.L. et al. **Manual de Procedimentos em pediatria. São Caetano do Sul**: Yendis, 2006.

SCHIMITZ, E.M. et al. **A enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2005.

STACCIARINI,T.S.G.;CUNHA.M.H.R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu,2014.

13 ANEXO

Não se aplica

14 HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	ITENS REVISADOS

15 APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.3.2 Protocolo - POP.023.GE AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS

1. OBJETIVO

Verificar os sinais vitais do paciente para auxiliar no diagnóstico e tratamento, e para acompanhar a evolução da doença. Os sinais vitais evidenciam o funcionamento e as alterações da função corporal podendo indicar enfermidades.

2. APLICAÇÃO

Equipe de Enfermagem.

3. DEFINIÇÕES

Procedimento realizado em usuários que estão internados e/ou que chegam no acolhimento para serem atendidos.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Temperatura

4.1.1. Explicar o procedimento para o paciente;

4.1.2. Enxugar a axila do paciente ou orientá-lo a fazer;

4.1.3. Higienizar as mãos e organizar o material;

4.1.4. Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35º. C;

4.1.5. Colocar o termômetro na axila de forma que fique o bulbo em contato com a pele;

4.1.6. Pedir para que o paciente comprima o braço de encontro ao corpo, de preferência colocando a mão no ombro oposto;

4.1.7. Retirar o termômetro após cinco minutos (ou de acordo com orientação do fabricante);

4.1.8. Fazer a leitura e anotar o valor da temperatura;

4.1.9. Limpar o termômetro com o algodão embebido em álcool;

4.1.10. Desprezar o algodão sujo;

4.1.11. Higienizar as mãos.

Técnica bucal

4.1.12. Explicar o procedimento para o paciente;

4.1.13. Higienizar as mãos;

4.1.14. Calçar luvas;

4.1.15. Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35º.C colocando o termômetro embaixo da língua do paciente;

4.1.16. Solicitar que o paciente cerre os lábios, firmando o termômetro no canto da boca;

4.1.17. Após cinco minutos (ou de acordo com orientação do fabricante) retirar o termômetro;

4.1.18. Fazer a leitura e anotar o valor da temperatura;

4.1.19. Limpar o termômetro com o algodão embebido em álcool a 70% e guardá-lo;

4.1.20. Desprezar o algodão sujo;

4.1.21. Retirar as Luvas;

4.1.22. Higienizar as mãos.

Técnica retal

4.1.23. Explicar o procedimento para o paciente;

4.1.24. Colocar o paciente na posição de Sims-decúbito lateral esquerdo com perna fletida;

4.1.25. Higienizar as mãos;

4.1.26. Calçar as luvas;

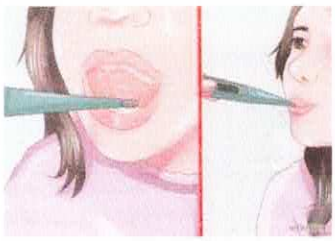
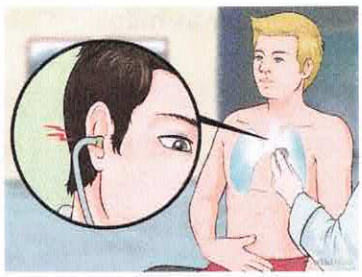
4.1.27. Lubrificar a ponta do termômetro introduzindo-a no reto;

4.1.28. Retirar o termômetro após 5 a 7 minutos, fazer a leitura e anotar;

4.1.29. Lavar o termômetro com água e sabão, passar álcool a 70% sob o termômetro e guardá-lo.

4.1.30. Retirar as luvas;

4.1.31. Higienizar as mãos;

4.4. Respiração

4.1.1. Explicar o procedimento para o paciente.

4.1.2. Manter o paciente sentado ou deitado no leito.

4.1.3. Ser natural, não deixando que o paciente perceba que sua respiração está sendo contada, pois pode causar-lhe ansiedade.

4.1.4. Observar quando o tórax sobe e desce ou os movimentos do abdômen e contar durante um minuto.

4.1.5. Anotar o número de movimentos respiratórios por minuto.

Pulso

4.1.6. Explicar o procedimento para o paciente.

4.1.7. Higienizar as mãos e organizar o material.

4.1.8. Palpar o pulso radial ou os citados acima.

4.1.9. Manter o paciente em posição confortável.

4.1.10. Apoiar o braço se o pulso for o radial.

4.1.11. Colocar o dedo indicador e anular no local e pressionar levemente, sem comprimir o local. Não usar o dedo polegar, pois sua pulsação pode ser confundida com a do paciente.

4.1.12. Contar o número de batimentos do pulso em um minuto.

4.1.13. Ou utilizar o aparelho oxímetro que também mostra o pulso;

4.1.14. Anotar a frequência e o ritmo cardíaco;

4.1.15. Higienizar as mãos.

Pressão arterial

Explicar o procedimento para o paciente;

Higienizar as mãos e organizar o material;

Palpar o pulso braquial ou radial;

4.1.16. Colocar o manguito a 3 cm, aproximadamente, acima da fossa cubital, de modo que não fique muito apertado nem frouxo;

Palpar novamente para obter pulso. Uma vez obtido continue a palpar inflando o manguito até a medida de o manômetro ficar 20 mmHg além do ponto em que o pulso não foi mais sentido na palpação;

Observar para que os prolongamentos de borracha não se cruzem.

Fazer desinfecção das olivas e diafragma do estetoscópio com bola de algodão embebida em solução álcool. Em pacientes inconscientes e sem pulsação periférica-insuflar imediatamente até 200mmHg de pressão no manguito e proceder a verificação (pacientes graves), caso a pressão não seja audível, desinsuflar e imediatamente, insuflar até 250mmHg, ocorrendo o mesmo, proceder da mesma forma, indo até 300mmHg.

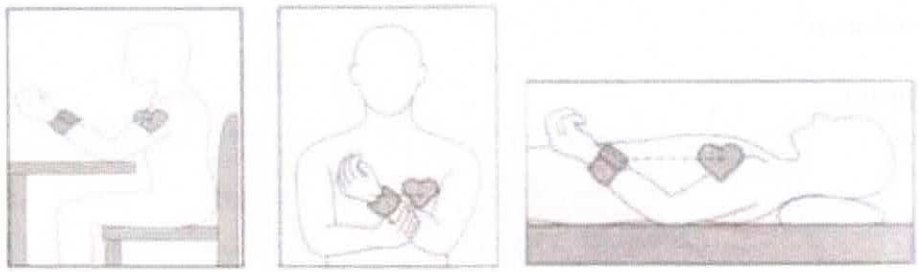
4.1.17. Abrir lentamente a válvula e observar no manômetro o ponto em que é ouvido o primeiro batimento (pressão sistólica), e o ponto em que o som é ouvido por último (pressão diastólica).

4.1.18. Retirar o ar, em caso de dúvida, repetir a operação 1(um) minuto após, para confirmar.

Limpando as olivas do estetoscópio com álcool a 70%;

4.1.19. Verificar a pressão arterial no menor tempo possível a fim de impedir congestão venosa, pois o manguito age com um torniquete.

4.1.20. Higienizar as mãos;



A B C

Oximetria

Explicar o procedimento para o paciente;

Higienizar as mãos e organizar o material;

Colocar o aparelho oxímetro preferencialmente em qualquer dedo da mão;

Observar a leitura da medida do aparelho;

Limpar o aparelho

Higienizar as mãos.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Algodão com álcool

5.2. Folhas de controle de enfermagem

5.3. Luvas de procedimentos

5.4. Relógio

5.5. Manguito de pressão arterial

5.6. Esfigmomanômetro

5.7. Termômetro

5.8. Oxímetro

6. EPI

Luvas de procedimento, máscara

7. RESPONSABILIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

8. QUANDO EXECUTAR

Quando o paciente for admitido na Unidade para consulta e/ou internação. Aprazamento de acordo com o quadro clínico do cliente e rotina da unidade.

9. REGISTROS

9.1 Anotação na ficha de atendimento, e/ou no prontuário de internação.

9.2 FOR.001.SAME Ficha de Anotação de Enfermagem-Sinais Vitais

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 **NC:** Quando não se verificar os sinais vitais.

10.1.1 **Ação:** Fazer o mais breve possível, treinar a equipe e esclarecer da importância na verificação desse sinal vital.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MOZACHI, N. **O hospital manual do ambiente hospitalar,** Editora Real,Curitiba, 2005 SMITH-TEMPLE, J. Gui para procedimentos de enfermagem, Porto alegre: Artmed, 2004;

POTTER, PA.; PERRY. A.G. Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática. 6 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan,2006;

SMITH-TEMPLE, J. Gui para procedimentos de enfermagem, Porto Alegre:Artmed, 2004.

13. ANEXO

Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	o ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.3.3 Protocolo - POP.003.GE BALANÇO HIDRICO

1. OBJETIVO

1.1. Realizar rígido controle de infusões x eliminações, para avaliação da evolução clínica do paciente.

2. APLICAÇÃO

2.1. Será aplicado aos pacientes que tenham necessidade clínica de balanço hídrico.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Balanço hídrico representa a monitoração detalhada de líquidos administrados e eliminados por um paciente num determinado período.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Lavar as mãos com água e sabão

4.2. Usar impresso padronizado

4.3. Anotar todos os ganhos de 2/2 horas

4.4. Zerar bomba de infusão e realizar leitura de 2/2 horas

4.5. Registrar todos os volumes infundidos rigorosamente

4.6. Registrar perdas: Pesar fralda seca e depois com diurese para que o balanço hídrico seja fidedigno.

4.7. Pesar fralda com fezes pastosas, semilíquidas e líquidas

4.8. Paciente com Sondas Vesicais de demora, fazer a leitura no saco coletor de urina sistema fechado e depois desprezar diurese em comadre ou saco coletor descartável.

4.9. Paciente sem Sondas ou fraldas a diurese será desprezada em saco coletor

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Calculadora se necessário

5.2. Comadre

5.3. Balança

6. EPI

6.1. Máscara descartável

6.2. Luva de procedimento

6.3. Capote se necessário

7. RESPONSABILIDADE

7.1. O procedimento do balanço hídrico será realizado pelo técnico em enfermagem e supervisionado pelo enfermeiro.

7.2. O cálculo do balanço hídrico será realizado exclusivamente pelo ENFERMEIRO.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. O registro será feito pelo técnico em enfermagem a cada duas horas no período de 24 horas, assinar, carimbar a folha de registro.

9. REGISTROS

9.1. FOR.251.GE BALANÇO HÍDRICO

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. **NC:** O procedimento deixar de ser executado ou registrado pela equipe de enfermagem

10.1.1. **Ação:** Educação continuada, orientação da equipe.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. A medida e a anotação sistemática dos ganhos (ingestão, infusões, etc.) e perdas líquidos (urina, fezes, drenos, sondas e etc.) são muito importantes nos pacientes com doenças graves, sobretudo naqueles com tendência a reter líquidos, como nos portadores de disfunção cardíaca, renal, hepática, desnutrição com hipoproteinemia. O balanço hídrico é um cuidado básico de enfermagem geralmente indicados nos pacientes em estado mais grave.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 6 ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	o ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.3.4 Protocolo - POP.026.GE ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA, ALTA E ÓBITO

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de Admissão, transferência, alta e óbito Hospitalar, acolhendo o paciente e seus familiares com cordialidade e atenção.

2. APLICAÇÃO

Equipe de enfermagem

3. DEFINIÇÕES

Considera-se a admissão o ato de realizar a internação do paciente em um leito hospitalar e pode ser classificado em eletiva, de urgência e de emergência, de acordo com o agravo do paciente.

A transferência é mobilização do paciente que pode ser interna (para outro leito, outra clínica ou ainda, para responsabilização de outra equipe médica) e externa, que diz respeito ao encaminhamento do paciente a outra Instituição de saúde.

A alta é a liberação do paciente após o período de internação e pode ocorrer em diversas situações: cura melhora inalteração do caso, para tratamento ambulatorial, administrativa, por indisciplina, evasão ou ainda, a pedido (KOCH et al, 1996). Significa a saída do paciente do hospital provisoriamente ou definitivamente (LIMA, 2000).

O óbito deve ser considerado como continuidade do atendimento de enfermagem ao paciente e a sua família, onde deverão receber os cuidados necessários de forma respeitosa e segura (LIMA, 2000).

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Admissão

Comunicar sobre a admissão e obter informações sobre o paciente e suas condições gerais (determina o leito apropriado, e prepará-lo para receber o paciente);

Providenciar uma prancheta para o paciente onde serão colocados os formulários de rotina (folha de indicações/evolução/tratamento, AIH, laudo médico para solicitação, pedido de exames, etc.);

Receber o paciente e o cuidador ou o familiar, identificando-se e encaminhá-los ao leito (realiza o acolhimento do paciente e do acompanhante com humanização e respeito);

Apresentar a unidade, a enfermaria e os companheiros de quarto, se houver (permite integração entre o paciente e os demais membros da enfermaria; favorece a adaptação do paciente à nova realidade);

Verificar a necessidade e possibilidade de um acompanhante ao paciente durante a internação;

Informar quanto às rotinas da clínica, local e horário para banho, refeições, recreação, visita médica e de familiares (garante adequado relacionamento interpessoal; integra o paciente no processo de decisão sobre seu tratamento; evita ou amenizar a ansiedade do paciente);

Verificar condições de higiene e, se possível for encaminhar o paciente ao banho de aspersão e troca de roupas (visando a prevenção de disseminação de microorganismos, mantendo uma assistência individualizada);

Verificar os itens do prontuário, internação e a existência de resultados de exames prévios. Providenciar os encaminhamentos necessários para exames, pareceres, prescrição médica, serviço de nutrição e outros (verificar e adequar a documentação do paciente; garante adequado atendimento ao paciente de forma multidisciplinar);

Proceder o registro da admissão no livro de internação e admissão sobre as condições do paciente no prontuário do mesmo (contribui para a documentação legal do procedimento, para auditoria de enfermagem e para o faturamento; serve como respaldo ético e legal);

Verificar os sinais vitais no ato da admissão e anotar no campo específico na folha de prescrição com hora da verificação (identifica alterações que necessitam serem corrigidas no ato da admissão; serve como guia para a implementação da assistência de enfermagem);

Realizar a avaliação do paciente (enfermeiro do plantão) suas necessidades e percepções, histórico, exame físico, diagnósticos de enfermagem e prescrição de enfermagem-Iniciar a SAE (garantindo assistência de enfermagem com qualidade a partir do raciocínio clínico; determina o plano de ação ao paciente de acordo com suas necessidades mais urgentes);

Realizar todas as anotações dos dados coletados e dos procedimentos realizados no prontuário do paciente (servindo de subsídio para avaliar a assistência prestada; contribui para a documentação legal do procedimento, para auditoria de enfermagem e para o faturamento; serve como respaldo ético e legal);

Realizar a higienização simples das mãos em todas as situações de contato com o paciente, seus pertences, na realização de qualquer procedimento relacionado a ele (reduz a microbiota transitória e patogênica; evita infecção hospitalar pelo carreamento de microorganismos de forma cruzada; atua na profilaxia e controle de infecção hospitalar; é a ação isolada mais importante para prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde).

Transferência

Transferência interna – mudança de leito

Comunicar ao paciente/ acompanhante e justificar a necessidade da transferência. Evitar ou amenizar a ansiedade do paciente (evitar ou amenizar a ansiedade do paciente);

Auxiliar paciente e acompanhante a transferir seus pertences e apresentar lhes à nova enfermaria (evita o extravio dos pertences; permite nova adaptação do paciente; garante conforto e segurança ao paciente);

Providenciar troca do número do leito na documentação do paciente (organiza o serviço; mantém documentação atualizada);

Higienizar as mãos;

Calçar luvas;

Realizar a desinfecção e organização do leito desocupado pelo paciente (mantém a organização da unidade; previne infecção hospitalar; preparar o leito para nova admissão);

Retirar luvas;

Higienizar as mãos;

Transferência externa – mudança de Unidade de Saúde

Comunicar o paciente e acompanhante e justificar necessidade da transferência (elucida sobre o procedimento, garantindo sua colaboração; facilita a compensação de limitações e dificuldades existentes para o paciente; evitar ou amenizar a ansiedade do paciente);

Verificar junto ao Sisreg a disponibilização de vaga (certificada adequada transferência sem prejuízos ao acompanhante e ao paciente; mantém comunicação efetiva com instituição de saúde que acolherá o paciente);

Auxiliar o paciente a organizar seus pertences e verificar se todos os cuidados de enfermagem do período foram realizados e registrados (garante que todos os pertences serão encaminhados; facilita o transporte do paciente; encaminha o paciente confortável e assistido adequadamente; garante registro do atendimento do paciente);

Solicitar ao setor de transporte o encaminhamento do paciente (garante transporte adequado, seguro e confortável);

Entregar exames radiológicos, cópias de laudos e relatórios ao paciente, familiar ou profissional que o acompanhará (garante encaminhamento adequado da documentação do paciente; permite continuidade da assistência ao paciente);

Realizar o registro da transferência no livro de internação e no prontuário do paciente (estabelece a comunicação adequada entre a equipe multidisciplinar; mantém subsídios para avaliar a assistência prestada; contribui para a documentação legal do procedimento, para auditoria de enfermagem e para o faturamento; serve como respaldo ético e legal);

Organizar prontuário do paciente para posterior encaminhamento ao setor de faturamento (organiza a unidade e documentação; evita problemas administrativos; garante, em tempo hábil, o faturamento da internação do paciente);

Higienizar as mãos;

Calçar as luvas;

Realizar a desinfecção e organização do leito desocupado pelo paciente (mantém a organização da unidade; previne infecção hospitalar; preparar o leito para nova admissão);

Retirar as luvas;

Higienizar as mãos.

Alta

4.1.1. Comprovar efetivação da alta, que deve ser dada por escrito e assinada pelo médico responsável, após ter realizado avaliação clínica e analisado exames laboratoriais e radiológicos, caso tenham sido solicitados (evita equívoco na prestação de orientações e nas anotações relevantes; propicia planejamento adequado para alta);

Comunicar ao paciente e ao acompanhante. Caso esteja desacompanhado comunicar família ou responsável (integra o paciente no processo de decisão sobre seu tratamento; evita ou amenizar a ansiedade do paciente);

Verificar se todos os cuidados de enfermagem necessários foram realizados no período (caso necessário realizá-los);

Orientar paciente e/ou responsável sobre os cuidados após alta e esclarecer possíveis dúvidas sobre repouso, medicações, dieta, retorno ambulatorial e outros (garante manutenção dos cuidados pós-alta e a convalescença adequada; evita transtornos a paciente e à sua família depois da saída do hospital);

4.1.2. Avisar o farmacêutico quando houver alta para que o mesmo possa orientar o paciente e o familiar sobre o uso dos medicamentos prescritos, reforçando as informações no caso de uso de Heparina de baixo peso molecular (enoxaparina), antibióticos, medicamentos opióides e analgésicos; devolver medicação do paciente, caso os tenha deixado sob a guarda da farmácia no momento da internação;

4.1.3. Avisar a nutricionista sobre a alta para que possa educar o paciente e o familiar com relação aos cuidados nutricionais, e dieta após a alta.

4.1.4. Avisar a assistente social sobre a alta para realizar contato com familiares que receberão o paciente para continuidade do tratamento, caso necessário.

4.1.5. Entregar ao paciente ou ao acompanhante, seus exames radiológicos e medicações pessoais, caso existam (garante manutenção dos cuidados; garante que o retorno ambulatorial se processe de forma satisfatória); caso precisem dos exames laboratoriais, encaminhar o acompanhante para solicitar segunda via no laboratório.

4.1.6. Avisar o serviço de recepção e portaria, por meio presencial ou via telefônica, das altas. Comunicando nome completo.

Orientar e verificar a remoção de todos os pertences (evita permanência ou extravio de pertences);

Encaminhar o paciente, caso necessite (garantir transporte adequado e seguro);

Higienizar as mãos;

Calçar luvas;

Realizar desinfecção do leito (mantém a organização da unidade; previne infecção relacionada à assistência à saúde; prepara o leito para nova admissão);

Retirar luvas;

Higienizar as mãos;

Realizar registro horário e condições da alta no livro de internação e no prontuário do paciente (estabelece a comunicação adequada entre a equipe; serve de subsídios para avaliar a assistência prestada; contribui para a documentação legal do procedimento, para auditoria de enfermagem e para o faturamento; serve com respaldo ético e legal);

Proceder à organização do prontuário para encaminhamento ao faturamento (mantém a organização da documentação do paciente; evita transtornos administrativos; garante, em tempo hábil, o faturamento da internação do paciente).

Alta a pedido (ação extra)

Orientar o solicitante e o paciente sobre os riscos da alta sem decisão médica para sua saúde e de sua família (garante orientação sobre os riscos; serve de respaldo legal);

Solicitar ao paciente e/ou familiar responsável que assine o Termo de Responsabilidade pela alta a pedido (respaldo legal; comprovar isenção de responsabilidade em caso de agravos ao paciente após sua saída da Instituição);

Entregar exames radiológicos e medicações, objetos e pertences de uso pessoal do paciente, caso existam (evitar transtornos por extravio destes materiais);

Avisar o médico responsável sobre o ato do paciente ou acompanhante (garante reconhecimento do fato aos membros da equipe);

Registrar o ocorrido com detalhes no relatório de enfermagem e no prontuário do paciente.

Óbito

Retirar a Declaração de Óbito do arquivo, após constatação do óbito, assinar no caderno de registro e entregar ao médico para ser preenchida (garante registro adequado e em tempo hábil do óbito; age com eficiência no cuidado pós-morte);

Providenciar remoção do corpo ao morgue (encaminhar adequadamente o corpo; realização do trabalho com eficiência);

Contatar familiares, caso não estejam na instituição, para comparecimento e recebimento de orientações e pertences (mantém assistência familiar; garante adequado relacionamento interpessoal com comunicação ampla);

Receber e orientar familiares ou responsáveis, observando os critérios de humanização e solicitude (mantém assistência à família; respeita os familiares no momento da perda e da dor);

Entregar os pertences do paciente e solicitar que o responsável assine, comprovando seu recebimento, no livro de ocorrências (dotar a instituição de documentação legal; preza o valor sentimental de alguns pertences à família);

Preencher todos os dados relativos ao paciente no livro de óbitos;

Entregar a via amarela da Declaração de Óbito ao familiar mais próximo e solicitar que este assine no livro de óbitos (favorece o encaminhamento dos trâmites legais);

Anexar as vias, branca e rosa ao prontuário do paciente;

Higienizar as mãos;

Calçar luvas;

Realizar desinfecção do leito;

Retirar luvas;

Higienizar as mãos;

Realizar registro do óbito no prontuário do paciente;

Organizar toda a documentação do paciente para encaminhar ao faturamento.

Preparo do corpo pós-morte

Manter ambiente tranquilo e reservado; se houver outro paciente na enfermaria, mude-o para um local tranquilo ou providencie um biombo (proporciona privacidade para realizar o procedimento; evita transtornos psicológicos ao outro paciente; demonstra respeito à família);

Utilizar equipamento de proteção individual completo (oferecer segurança contra riscos susceptíveis de ameaçar a saúde e a segurança do trabalhador; evita contaminação caso microorganismos infectantes estejam presentes);

Higienizar as mãos;

Calçar luvas;

Proceder ao preparo do corpo com manobras lentas e cuidadosas (evitar acidentes);

4.1.7. Colocar o corpo em posição ereta e com bom alinhamento (previne problemas com o *rigor mortis)*;

Retirar adornos e próteses e colocá-los em saco plástico, lacrar e identificar (evitar a perda e roubo dos pertences e facilitar sua devolução à família do paciente);

Remover qualquer dispositivo invasivo e proceder à higiene e curativo se necessário (evitar escape de fluidos e secreções no encaminhamento);

Aproximar os lábios, fixando a mandíbula com atadura crepom. Proceder à fixação dos membros superiores e inferiores (evitar possíveis transtornos com o corpo após rigidez cadavérica);

Colocar fralda descartável (o relaxamento esfincteriano pode causar a saída de fezes e urina);

Identificar corpo, na altura do tórax, com os seguintes dados: nome, prontuário, clínica e hora do óbito (Manter a identidade do paciente; evita extravio do corpo);

Proceder à cobertura do corpo com lençol ou invólucro plástico para óbito – técnica em envelope e fixar bem (preserva o corpo contra danos e assegurar a privacidade; evita transtornos durante o encaminhamento do corpo);

Identificar o lençol ou o invólucro, na altura do tórax, com os mesmos dados anteriores (evita confusão na identificação do corpo);

Protocolar os pertences retirados do corpo em local onde a família que os receber possa assinar (garantir segurança à enfermagem e evitar extravio).

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Papel

Caneta

Carimbo

6. EPI

6.1 Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADE

7.1 Equipe de enfermagem.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1 A admissão sempre quando o usuário entrar para a internação; transferência sempre que o usuário necessitar de ser transferido para outra Unidade ou outro setor da mesma Unidade; alta sempre que o usuário deixar nossa Unidade, seja ela cedida ou por evasão e óbito.

9. REGISTROS

9.1 Será registrado nos prontuários dos pacientes internados e livros de registro de admissão, alta, transferência ou óbito.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 **N.C.:** A falta de anotações em prontuário.

10.1.1 **AÇÃO:** Caso ocorra, solicitar que o profissional faça a anotação imediatamente. Treinar a equipe esclarecer a importância dos relatórios.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1 Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Portaria MS 2.616 de 12 de maio de 1998- regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país em substituição à Portaria MS 930/92; 1998.

ARAÚJO MJB de. Técnicas fundamentais de enfermagem. Rio de Janeiro: Bezerra Araújo; 1983.

ATKINSON LD; MURRAY ME. Fundamentos de enfermagem. Introdução ao processo de enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 200.

BORGES LF DE A E; KATAGUIRI LG; NUNES MJ; GONTIJO Filho PP. Contaminação nas mãos de profissionais de saúde em diferentes unidades de um Hospital Universitário brasileiro. Nursing2006;100(8):1000-3.

CASARIN SNA, et al. Enfermería y gerencia de caso. Ver Lat-Am Enf. 2001;9(4).

DALLY P; HARRINGTON H. Psicologia e psiquiatria na enfermagem. São Paulo: EPU; 1978.

KOCH RM, et al. Técnicas básicas de enfermagem. 14ª ed. Curitiba: Florence;1996.

LIMA IL de coordenadora. Manual do técnico e auxiliar de enfermagem. 6ª ed rev. Goiânia: AB; 2000.

NAKATANI AYK. Processo de enfermagem: uma proposta de ensino através da pedagogia da problematização. (Dissertação). Ribeirão Preto; 2000.

PESSINI C; BARCHIFONTEINE C. Dedução de problemas atuais de bioética. São Paulo: Loyola; 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS/ Hospital das Clínicas. Manual de padronização de procedimentos de enfermagem. Goiânia; 2003.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	o ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.3.5 Protocolo - POP.039.GE CONFORTO E SEGURANÇA DO PACIENTE

OBJETIVO

Proporcionar conforto melhorando o bem-estar físico, mental, espiritual e psicológico.

APLICAÇÃO

Equipe de enfermagem e multiprofissional.

DEFINIÇÃO

Manter o paciente seguro e confortável.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES:

Travesseiros

Para colocá-los:

Colocar o travesseiro sobre a cama;

Suspender a cabeça do paciente;

Colocar o travesseiro do lado oposto;

Puxá-lo para debaixo da cabeça com a mão livre;

Procurar fazer com a cabeça e o pescoço fiquem bem apoiados no travesseiro;

Se o paciente usar dois travesseiros, não colocará exatamente um sobre o outro.

Para retirá-los:

Escorregar um braço sob a cabeça e com a mão na escápula, levantar um pouco o paciente;

Remover o travesseiro e colocá-lo sobre a cama com a mão livre, retirando vagarosamente o braço de sob a cabeça.

Para diminuir a tensão abdominal:

Flexionar os joelhos, colocando sob os mesmos um travesseiro, rolo ou cobertor enrolado e coberto com fronha ou lençol;

Para diminuir a tensão dos músculos intercostais;

Colocar sob os quadris um travesseiro pequeno e macio.

Para manter o paciente em decúbito lateral:

Virar o paciente para o lado;

Colocar travesseiros: Sob a cabeça, de modo a focar bem - adaptado ao pescoço e ombros;

Junto às costas; ao lado, para suporte do abdome; Entre os joelhos flexionados.

Posicionadores e protetores de espuma

Posicionador para cabeça, perna, calcâneo, tornozelo;

Posicionador para alinhamento bacia e coluna;

Argola para cabeça, entre joelhos e calcâneo;

Posicionar rolo para diversos locais.

Arco de proteção

Proteger uma determinada região do corpo, contra o peso das cobertas;

Isolar áreas lesadas do contato com a roupa (escoriações, queimaduras).

Argolas de Algodão: São usadas para diminuir a pressão dos olecanos, dos calcâneos e joelhos.

Fazer uma argola de 10 cm de diâmetro com algodão;

Cobrir o algodão, envolvendo com uma faixa de crepe.

Sacos de Peso: São usados para:

Elevar uma região do corpo;

Manter o membro em posição anatômica.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Travesseiros;

Sacos de peso;

Argolas de algodão;

Arco de proteção posicionado;

Protetores de espumas.

EPI

Não se aplica.

RESPONSABILIDADE

Equipe de enfermagem.

QUANDO EXECUTAR

Sempre que necessário.

REGISTRO

O registro é feito em prescrições e em anotações de enfermagem.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Executar de imediato e reforçar a importância do procedimento.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

KOCH, Rosi Maria. **Técnicas básicas de enfermagem**.17 ed. Curitiba: Século XXI, 2000.

ANEXO

Não se aplica.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:

Ass. emissor	Ass.1º aprovador:	Ass.2º aprovador:

1.3.6 Protocolo - POP.042.GE HIGIENE ÍNTIMA

16. OBJETIVO

Limpeza e conforto da paciente, prevenir o aparecimento de infecção, combater a infecção quando instalada.

17. APLICAÇÃO

O próprio paciente ou a enfermeira/acompanhante quando houver necessidade de auxílio.

18. DEFINIÇÃO

Remover sujidade do corpo utilizando o chuveiro.

19. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

19.1. Masculina

19.1.1. Conversar com o paciente sobre o procedimento a ser realizado;

19.1.2. Preparar o ambiente;

19.1.3. Preparar o material;

19.1.4. Trazer o material, colocando a comadre na cadeira e a bandeja na mesa de cabeceira;

19.1.5. Higienizar as mãos;

19.1.6. Paramentar conforme precaução indicada;

19.1.7. Colocar biombos;

19.1.8. Calçar as luvas;

19.1.9. Colocar o impermeável e a toalha sob o paciente, para proteger a cama;

19.1.10. Retirar a calça do pijama;

19.1.11. Colocar a comadre sob o paciente protegendo-o com a roupa de cama;

19.1.12. Levantar o pênis com uma gaze e fazer uma pequena irrigação com água;

19.1.13. Ensaboar a região com gaze, afastando bem o prepúcio;

19.1.14. Irrigar toda a região, tirando o sabão;

19.1.15. Retirar a comadre, colocando-a na cadeira;

19.1.16. Enxugar com a toalha;

19.1.17. Vestir a calça do pijama;

19.1.18. Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;

19.1.19. Providenciar a limpeza e a ordem do material;

19.1.20. Tirar as luvas e higienizar as mãos;

19.1.21. Anotar o cuidado, descrevendo as observações.

19.2. Feminina

19.2.1. Orientar a paciente sobre o cuidado;

19.2.2. Preparar o ambiente;

19.2.3. Separar e organizar o material a ser utilizado;

19.2.4. Trazer o material, colocando a comadre na cadeira e a bandeja na mesinha;

19.2.5. Higienizar as mãos;

19.2.6. Paramentar conforme precaução indicada;

19.2.7. Calçar luvas;

19.2.8. Colocar biombos;

19.2.9. Colocar a paciente em posição ginecológica, protegendo-a com a roupa de cama e cobrindo-a com uma toalha;

19.2.10. Colocar o impermeável, a toalha e a comadre sob a paciente;

19.2.11. Colocar gaze ou pano na região inguinal para evitar que a água escorra, molhando o leito;

19.2.12. Irrigar a vulva com água ou solução antisséptica;

19.2.13. Ensaboar e lavar a região vulvar e o períneo, com luva de banho, primeiro externamente, de cima para baixo e sem retornar para a região limpa;

19.2.14. Proceder do mesmo modo para lavar internamente a região vulvar;

19.2.15. Colocar o material usado no saco plástico para resíduos;

19.2.16. Irrigar a região vulvar com água limpa;

19.2.17. Enxugar com toalha a vulva;

19.2.18. Retirar a comadre colocando-a na cadeira;

19.2.19. Deixar a paciente confortável e o ambiente em ordem;

19.2.20. Providenciar a limpeza e a ordem do material;

19.2.21. Retirar as luvas e lavar as mãos;

19.2.22. Anotar o cuidado, descrevendo as observações.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Algodão, gaze ou luva de pano;

Sabonete ou soluções medicamentosas prescritas;

Saco plástico para resíduos;

Luvas de procedimento;

Toalha;

Biombos;

Impermeável ou forro;

Jarro com água morna;

Comadre.

EPI

6.1. Utiliza-se luvas.

6.2. Touca;

6.3. Máscara;

6.4. Óculos de proteção;

6.5. Capote;

6.6. Luvas;

6.7. Observar qual a precaução indicada para adequação de EPI´s.

RESPONSABILIDADE

O próprio cliente ou a enfermagem quando houver necessidade de auxílio.

QUANDO EXECUTAR

Uma vez ao dia, ou sempre que necessário.

REGISTRO

Anotações de enfermagem no prontuário.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Não se aplica.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

12.1KOCH, Rosi Maria. **Técnicas básicas de enfermagem**.17 ed. Curitiba: Século XXI, 2000.

12.2 POTTER, P. A; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

13.ANEXO

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

17. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:

Ass.emissor	Ass.1º aprovador:	Ass.2º aprovador:

1.3.7 Protocolo - POP.035.GE PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

20. OBJETIVO

1.1. O preparo e a administração de medicamentos pressupõem alguns princípios básicos que independem da via de administração do medicamento

21. APLICAÇÃO

2.1. Equipe de Enfermagem.

22. DEFINIÇÕES

3.1. Preparar e administrar medicação nos usuários.

23. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

17.1. Higienizar as mãos;

17.2. Verificar paciente certo e medicação certa;

Certificar que todo o medicamento está contido no corpo da ampola, pois o estreitamento do gargalo faz com que uma parte do medicamento muitas vezes fique retida na sua parte superior. O mesmo cuidado deve ser observado com o pó liofilizado no frasco-ampola;

Observar a integridade dos invólucros que protegem a seringa e a agulha; montar a seringa com agulha respeitando a técnica asséptica;

Desinfetar toda a ampola com algodão embebido em álcool 70%, destacando o gargalo; no caso de frasco-ampola, levantar a tampa metálica do frasco ampola;

Proteger os dedos com algodão embebido em álcool 70% na hora de quebrar a ampola ou retirar a tampa metálica do frasco ampola;

No caso do frasco ampola, aspirar o diluente, introduzir dentro do frasco e deixar que a força de pressão interna do frasco desloque o ar para o interior da seringa. Homogeneizar o diluente com o pó liofilizado sem sacudir;

O procedimento de introduzir o ar da seringa para o interior do frasco visa aumentar a pressão dentro do frasco, retirando facilmente o medicamento, visto que os líquidos se movem de uma área de maior pressão para a de menos pressão; manter o frasco invertido para baixo, enquanto aspira o medicamento;

Proteger a agulha com o protetor e o êmbolo da seringa com o próprio invólucro;

Antes da aplicação, realizar novamente a higiene das mãos;

Realizar a antissepsia da pele;

É importante realizar rodízio dos locais de aplicação, procurando, desta forma, evitar lesões nos tecidos do paciente;

Observar o uso da angulação de administração correta de acordo com a via e do número da agulha adequada à via, ao tipo de medicamento, à idade do paciente e a sua estrutura física;

Antes da administração do medicamento pelas vias subcutânea e intramuscular, deve-se aspirar para ter a certeza de que não houve punção de vaso sanguíneo. Caso haja retorno de sangue, retirar a punção, preparar novamente a medicação, se necessário, e proceder à administração;

Desprezar a seringa com a agulha juntas (não reencapar), em recipiente próprio para perfuro cortante.

17.3. Via Endovenoso-Intravenoso (EV/IV): É usada quando se deseja uma ação rápida do medicamento ou porque outras vias não são propícias. Sua administração deve ser feita com muito cuidado, considerando-se que a medicação entra direto na corrente sanguínea. As soluções administradas por essa via devem ser cristalinas, não oleosas e sem flocos em suspensão. Para a administração de pequenas quantidades são satisfatórias as veias periféricas da prega (dobra) do cotovelo, do antebraço e do dorso da mão.

Procedimento:

Posicionar o paciente deitado ou sentado e administrar lentamente o medicamento (não deve haver presença de ar na seringa para prevenir embolia gasosa);

Inspecionar as condições da veia e selecionar a mais apropriada - garrotear o braço aproximadamente 10 cm acima da veia escolhida. Para facilitar a visualização da veia de mão e braço, orientar o paciente a cerrar o punho durante a inspeção e a punção venosa;

Inserir a agulha com ângulo de 15° a 30° mantendo a pele esticada e com bisel voltado para cima, facilitando a introdução. Observar o retorno de sangue, soltar o garrote e injetar o medicamento lentamente; ao retirar a agulha, comprimir o local.

17.4. Via Intramuscular (IM): Utilizada para administrar medicamentos irritantes por ser menos doloroso, visto que existe menor número de terminações nervosas no tecido muscular profundo. O volume a s administrado deve ser compatível com a massa muscular, que varia de acordo com a idade, localização e estado nutricional. Considerando-se um adulto normal, o volume adequado no deltóide é de aproximadamente 2 ml, no glúteo, 4ml e na coxa, 3ml. Quantidades maiores que 3 ml devem sempre ser bem avaliadas, pois podem não ter uma absorção adequada. As complicações mais comuns da aplicação intramuscular são a formação de nódulos, abscesso, necrose e lesões de nervo.

Procedimento:

Preparar o medicamento (no caso de medicamento irritante, antes da aplicação, realizar a troca da agulha por outra nova);

Orientar o paciente para que adote uma posição confortável, relaxando o músculo (evitar extravasamento do líquido e minimiza a dor);

Evitar a administração de medicamentos em áreas inflamadas, hipotróficas, com nódulo paresias (paralisia moderada, fraqueza de um membro) e outros, pois podem dificultar a absorção do medicamento;

Na aplicação, deve-se segurar o mais próximo do canhão para aumentar a estabilidade da agulha, evitando movimentos desnecessários e lesão muscular;

Inserir a agulha formando um ângulo de 90°, com o bisel lateralizado a fim de evitar lesões nas fibras musculares. Puxar o êmbolo e, caso não haja retorno de sangue, administrar a solução. Retirar a agulha num movimento único;

Comprimir e massagear o local se não houver contraindicação (para facilitar a distribuição do medicamento no tecido e minimizar a dor local).

17.4.1. Locais de aplicação:

As regiões do deltóide - posição sentada ou deitada;

Dorso-glútea - contra-indicada para aplicação em crianças, por situar-se próximo ao nervo ciático. O local indicado é o quadrante superior externo, cerca de 5 cm abaixo do ápice da crista ilíaca;

Ventro-glútea – indicada para qualquer idade, principalmente para crianças;

Antero-lateral da coxa – indica-se a aplicação no terço médio do músculo, em bebês, crianças e adultos.

17.4.2. Observação: Para a aplicação de medicamentos muito irritantes por via intramuscular, a técnica em Z é indicada, pois promove a vedação do trajeto e a manutenção do medicamento no espaço intramuscular. Neste caso, a pele é deslocada lateralmente para longe do local escolhido antes da injeção. Penetra-se a agulha no músculo, injetando a medicação lentamente. Retira-se a agulha e solta-se a pele, formando o Z. O local da injeção não deve ser massageado, pois pode provocar lesão tecidual.

17.5. Via Subcutânea (SC): É a administração de medicamentos no tecido subcutâneo, sendo sua absorção mais lenta que na via intramuscular. O volume aplicado pode variar de frações até 5 ml, sendo o mais usual a aplicação de até 3ml. Conhecida também como hipodérmica é indicada principalmente para hormônios (insulina), anticoagulantes (heparina), vacinas e outras drogas que necessitam de absorção mais lenta e contínua.

Procedimento:

Aplicar com ângulo de 90° e utilizar a agulha de 13x4,5;

Na introdução da agulha fazer uma prega no tecido subcutâneo para facilitar sua localização;

Fazer leve compressão sem friccionar ao retirar a agulha da pele (para promover a absorção gradativa do medicamento).

Locais de aplicação:

Face externa do braço;

Região glútea;

Face anterior e externa da coxa;

Região periumbilical;

Região escapular;

Região inframamária;

Flanco direito ou esquerdo.

17.6. Via Intradérmica (ID): É a administração de medicamentos na derme, sendo indicada para a aplicação de vacina BCG, e como auxiliar em testes diagnósticos e de sensibilidade.

Procedimento:

Realizar a limpeza da pele com água e sabão (para não haver interferência na ação da droga e nos testes de sensibilidade);

Para inserir a agulha, esticar a pele, facilitando a introdução do bisel, que deve estar voltad para cima (para atingir somente a epiderme, formando um ângulo de 15°);

Posicionar a agulha paralela à superfície da pele. Não é necessário aspirar, devido à ausência de vaso sanguíneo na epiderme;

O volume a ser administrado não deve ultrapassar a 0,25ml, por ser um tecido de pequena expansibilidade;

17.6.1.1. Identificar a formação de pápula, caracterizada por uma pequena elevação da pele no local onde o medicamento foi introduzido.

Local de aplicação:

Região escapular ou a face interna o antebraço, para testes de hipersensibilidade;

Região deltóide do braço direito para BCG.

Via Oral (VO) e Via Sublingual (VSL)

Abrir o comprimido, drágeas ou cápsulas, colocar em recipiente próprio (copinho ou protegido por gaze) sem tocá-los diretamente com as mãos;

Utilizar gaze, colheres, copo graduado, seringa ou conta-gotas para medir e acondicionar o medicamento (uma colher de café corresponde a 2 ml, a de chá a 4 ml, a de sobremesa a 10 ml e a de sopa a 15 ml);

Observar a dosagem prescrita. Se necessário, triturar e diluir o comprimido para administrá-lo;

Se um paciente recebe vários medicamentos simultaneamente, a prática mais segura é a de usar recipientes separados, possibilitando a identificação segura dos medicamentos que

efetivamente o paciente recebeu, em casos de aceitação parcial ou perdas acidentais de uma parte deles;

Quando o medicamento é líquido, agitar o frasco do medicamento, manter o rótulo voltado para a palma da mão (para não molhar o rótulo), elevar o copo graduado na altura dos olhos e despejar a solução;

Se indicado, devido ao gosto desagradável de alguns medicamentos, pode ser necessária à sua diluição em suco, água ou leite;

Observar se o paciente não está com indicação de jejum, controle hídrico, além de fatores que influenciam a administração, como sonda nasogástrica, condições relativas à deglutição, náuseas, vômitos e outros;

No caso de administração de medicação sublingual, observar a colocação do medicamento sob a língua do paciente e orientar para que o deixe ali, sem mastigá-lo ou engoli-lo, até ser totalmente dissolvido; não oferecer líquidos com a medicação sublingual;

Higienizar o frasco com água corrente e sabão e enxugar antes de guardá-lo;

Identificar o paciente antes de administrar o medicamento;

Explicar ao paciente sobre o efeito dos medicamentos em uso. Isto facilita a sua participação na terapêutica;

Oferecer líquido ao paciente para deglutir o medicamento;

Permanecer junto ao paciente até que tome o medicamento observando se o mesmo deglutiu o medicamento.

17.7. Via Retal (VR): As formulações destinadas para uso retal podem ser sólidas ou líquidas. A formulação sólida, denominada supositório, possui formato e consistência que facilita sua aplicação, não devendo ser partido. Tem, por finalidades, administrar medicamentos com o objetivo de rápida absorção, aliviar constipação e preparar para cirurgia.

Procedimento:

Observar prescrição médica;

Lavar as mãos;

Preparar medicação prescrita, aquecendo a temperatura corporal, se necessário;

Preparar o material;

Identificar-se e checar o nome e o leito;

Orientar o paciente 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 paciente não possa locomover-se;

Proceder à higiene íntima, se necessário, deixando o paciente confortável;

Deixar o ambiente em ordem;

Desprezar o material utilizado no expurgo;

Lavar as mãos;

Guardar o material utilizado em local adequado;

Anotar no prontuário do paciente.

Observações:

Observar sinais e sintomas de reação alérgica e colateral

Integridade da mucosa

Via Cutânea, Ocular, Nasal, Otológica e Vaginal.

Administração por via cutânea

Friccionar ou massagear o medicamento de forma delicada na pele, caso não haja contraindicação (para que haja melhor absorção do medicamento pela pele, esta deve estar limpa e seca antes de sua aplicação);

Usar luva (para que o medicamento não seja absorvido através da pele de quem está executando o procedimento);

Certificar o grau de toxicidade do medicamento a ser aplicado, para proteger as regiões sensíveis e a mucosa;

Identificar ocorrência de reação alérgica medicamentosa.

Administração do medicamento por via ocular

Higienizar os olhos do paciente (o local de instilação é a conjuntiva ocular inferior, para maior absorção, sendo a melhor posição o decúbito dorsal ou estar sentado com o pescoço hiperestendido olhando para cima);

Orientar o paciente a fechar os olhos após a medicação (para que haja dispersão do medicamento).

Administração do medicamento por via nasal

Instilar o medicamento nas narinas, mantendo a cabeça do paciente inclinada para trás, por um determinado tempo até a absorção. Caso não possa manter essa posição, solicitar que aspire profundamente;

É importante que, no uso de conta-gotas ou frasco conta-gotas, estes sejam individuais para evitar infecção cruzada.

Administração do medicamento por via ocular

Observar a posição adequada para a melhor absorção do medicamento; deve-se lateralizá-la, puxando delicadamente o pavilhão do ouvido externo para cima e para trás, no caso de adulto; já em crianças, puxá-lo para baixo e para trás.

Administração do medicamento via vaginal

Observar a higienização íntima, sendo o horário da noite, antes de dormir, o mais indicado;

Utilizar um aplicador, que deverá ser de uso individual, devendo ser introduzido no máximo até 10 cm. Ter cuidado em usar aplicador específico em presença de hímen íntegro. Quando o paciente tiver condições de auto aplicar o medicamento, somente auxiliá-lo.

A formulação líquida pode ser em grande quantidade denominada lavagem intestinal (de 1000 a 2000 ml) ou em pequena quantidade, chamada de clister (150 a 500 ml).

1.1. Preparo Geral:

Lavar sempre as mãos antes do preparo e administração de medicamentos e logo após;

Preparar o medicamento em ambiente com boa iluminação;

Concentrar a atenção no trabalho, evitando atividades paralelas, distrações e interrupções, que podem aumentar as chances de cometer erros;

Ler e conferir o rótulo da medicação 03 vezes: quando pegar o frasco, ampola ou envelope de medicamento; antes de colocá-lo no recipiente próprio; e ao recolocá-lo na prateleira ou desprezá-lo;

Observar o aspecto, as características e o prazo de validade da medicação antes de prepará-la;

Preparar somente quando tiver certeza do medicamento prescrito, dosagem e via de administração; as medicações devem ser administradas sob prescrição médica, sendo, em casos de emergência, aceitável fazê-lo baseado apenas em ordem verbal (nesse caso, todas as medicações usadas devem ser prescritas pelo médico posteriormente, quando a situação tiver sob controle);

Reconhecer a ação do medicamento no organismo e identificar sinais de complicação do mesmo;

Não administrar medicamentos preparados por outros;

Identificar o medicamento preparado com o nome do paciente, nome da medicação, via de administração e horário;

Deixar o local de preparo de medicação em ordem e limpo utilizando álcool 70% para desinfetar a bancada;

Utilizar bandeja de medicação devidamente limpa e desinfetada com álcool 70%.

1.2. Administração Geral:

Manter a bandeja de medicação sempre à vista durante a administração, nunca a deixando sozinha junto ao paciente;

Antes de administrar o medicamento, conferir cuidadosamente a identidade do paciente, pedindo ao paciente para dizer seu nome;

Registrar e rubricar na prescrição o medicamento que o paciente tenha recebido; não o fazer imediatamente antes de administrá-lo;

Em caso de recusa do medicamento, relatar imediatamente o fato à enfermeira e/ou ao médico e anotar no prontuário. Por convenção, quando o medicamento não for administrado por algum motivo, o horário correspondente deve ser circundado à caneta e a justificativa anotada no prontuário do paciente. Verificar o motivo de recusa e tentar reorientar o paciente quanto à importância daquele (s) medicamento (s) em seu tratamento.

1.3. Medicamentos Injetáveis – Via Parenteral: A via parenteral é usualmente utilizada quando se deseja uma ação mais imediata da droga, quando não há possibilidade de administrar por via oral ou quando há interferência na assimilação da droga pelo trato gastrintestinal.

1.4. Medicação de uso contínuo que não é padronizado na Unidade: Quando o usuário interno faz uso contínuo de alguma medicação e que não é padronizado na Unidade a equipe de enfermagem recolherá do usuário e colocará nas vasilhas onde são colocadas as medicações do mesmo, individualizada. Sendo identificada segundo o PRO.ENF.002 PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO e entregando quando houver alta;

1.5. Atentar aos 5 momentos de higiene das mãos em cada procedimento.

24. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Bandeja ou cuba rim;

Seringa;

Agulha;

Algodão;

Álcool 70%;

Garrote;

Medicamento (ampola, frasco-ampola)

Material PARA ORAL:

Bandeja;

Copinhos descartáveis;

Fita adesiva para identificação;

Material acessório: seringa, gazes, conta-gotas, etc.

Água, leite, suco ou chá.

Material PARA ANAL:

Bandeja;

Luvas de procedimento;

Forro de proteção;

Gazes;

Gel lubrificante, se necessário;

Comadre, se necessário;

Medicamento sólido ou líquido.

Material PARA SUBLINGUAL:

Bandeja;

Espátula, conta-gotas, aplicador;

Gaze;

Luva de procedimento;

Medicamento.

25. EPI

6.1. Luvas;

6.2. Capote;

6.3. Máscara.

26. RESPONSABILIDADE

7.1. Equipe de Enfermagem.

27. QUANDO EXECUTAR

8.1. Sempre que for prescrito pelo médico.

28. REGISTROS

9.1. O registro é feito na checagem da prescrição e em anotações de enfermagem.

29. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. Executar de imediato e reforçar a importância do procedimento. Treinar a equipe e esclarecer a importância dos relatórios.

30. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Não se aplica.

31. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO MJB de. Técnicas fundamentais de enfermagem. Rio de Janeiro: Bezerra Araújo; 1983.

ATKINSON LD; MURRAY ME. Fundamentos de enfermagem. Introdução ao processo de enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 2000.

32. ANEXO

13.1 Não se aplica.

33. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	o ITENS REVISADOS

34. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.3.8 Protocolo - POP.046.GE PREPARO DO CORPO PÓS - MORTE

1. OBJETIVO

Deixar o corpo limpo; Preservar a aparência natural do corpo; Evitar a saída de gases, odores fétidos, sangue e secreções; Dispor o corpo em posição adequada antes da rigidez cadavérica.

2. APLICAÇÃO

Em todas as unidades da instituição.

3. DEFINIÇÕES

Do ponto de vista genérico, a morte é o fim das atividades vitais de um organismo. No caso da realidade humana, a definição vigente do ponto de vista médico e legal refere-se à cessação de toda a atividade cerebral, sugerindo também que esta paralisação seja completamente irreversível. É o preparo realizado no corpo após constatação do óbito.

3.1. TIPOS DE ÓBITO

3.1.1. DEFINIDO: quando a causa da morte é conhecida, nesse caso será preenchida a DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO), entregar para família segunda via (rosa), primeira via será enviada para Secretaria Municipal de Saúde (branca) e a terceira via arquivada no prontuário do paciente

3.1.2. MAL DEFINIDO: quando a causa da morte é desconhecida, o corpo é encaminhado à necropsia no Serviço de Verificação de Óbito (SVO). Entregar para família um relatório médico que será preenchido pelo méd assistente em impresso de relatório médico

3.1.3. CASO DE POLÍCIA: tem comprometimento legal. São óbitos decorrentes de acidentes ou agressões, o corpo é encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML). Preencher um relatório médico em duas vias e entregar via original aos familiares para que possam registrar boletim de ocorrência (B.O), a segunda via será arquivada no prontuário do paciente

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Observar o registro de constatação de óbito no prontuário e cercar o leito com biombos

4.2. Observar a hora do óbito

4.3. Certificar-se da existência de contraindicações para o tamponamento do corpo; 3. Preencher a etiqueta de óbito, contendo: nome completo, registro, enfermaria e leito, data e hora do óbito e assinatura do profissional; (FOR.303.GE)

4.4. Preencher o controle de entrega do corpo para funerária: data do óbito, nome do óbito, hora do óbito, hora da entrega a funerária , placa do veículo, nome da funerária , tipo de óbito (D.O, SVO, IML), assinatura de quem entregou, assinatura do responsável pela funerária. (FOR.302.GE)

4.5. Realizar higienização das mãos com água e sabão

4.6. Separar uma bandeja para o procedimento

4.7. Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja

4.8. Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira

4.9. Apresentar-se ao acompanhante quando presente

4.10. Checar os dados de identificação

4.11. Orientar o acompanhante em relação ao procedimento, perguntando se o mesmo quer acompanhar o procedimento ou não

4.12. Oferecer ao acompanhante a opção de ver o corpo e despedir-se do paciente;

4.13. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;

4.14. Colocar as luvas de procedimento, avental ou capote e máscara cirúrgica;

4.15. Desligar os equipamentos;

4.16. Posicionar o corpo em decúbito dorsal;

4.17. Retirar sondas, cateteres e drenos;

4.18. Proceder à higiene do corpo, quando necessário;

4.19. Realizar curativos nos locais necessários;

4.20. Proceder ao tamponamento com algodão de ouvidos, nariz, orofaringe, região anal e vaginal, quando indicado;

4.21. Manter decúbito horizontal dorsal com braços fletidos sobre o tórax;

4.22. Fixar mandíbula, punhos e tornozelos com atadura de crepe;

4.23. Proceder à identificação colocando a etiqueta sobre o tórax do paciente;

4.24. Colocar um lençol sob o paciente e envolve o corpo, cobrindo-o completamente e fechando com a fita crepe; coloca-se outra etiqueta sob o lençol novamente na altura do tórax do paciente;

4.25. Solicitar condutor para encaminhamento do corpo ao Morgue

4.26. Listar e guardar todos os pertences do paciente para entrega a família, protocolando em impresso próprio.

4.27. Manter a organização da unidade do paciente;

4.28. Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;

4.29. Realizar higienização das mãos com água e sabão

4.30. Realizar as anotações necessárias, incluindo a data e hora do óbito, o nome do médico que constatou o óbito, manobras de reanimação e medicações utilizadas, assinando e carimbando o relato.

4.31. Depois que o corpo for levado ao Morgue trancar a porta

4.32. Na chegada da Funerária conferir todos os dados e registrar todas as informações em registro próprio, conferir documentação junto à funerária.

4.33. Solicitar assinatura do condutor da funerária

4.34. Entregar o corpo na presença de um familiar de primeiro grau

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Bandeja grande

5.2. Luvas de procedimentos

5.3. Etiquetas de identificação de óbito

5.4. Algodão

5.5. Pinça cheron

5.6. Tesoura

5.7. Material para higiene se necessário

5.8. Fita crepe

5.9. Unidades de atadura de crepom

5.10. Gaze não-estéril

5.11. Máscara cirúrgica

5.12. Lençóis

5.13. Avental não esterilizado ou capote descartável não-estéril

6. EPI

6.1. Capote não-estéril ou descartável

6.2. Máscara cirúrgica

6.3. Luvas de procedimento

6.4. Gorro

6.5. Óculos se necessário

7. RESPONSABILIDADE

Equipe de enfermagem

8. QUANDO EXECUTAR

O processo de preparo do corpo pós- morte será realizado quando constatado o óbito pela equipe médica.

9. REGISTROS

9.1 Prontuário do paciente

9.2 Declaração de óbito (DO)

9.3 FOR.167.CNIR CONTROLE DE ÓBITO

9.4 FOR. 302.GE CONTROLE DE ENTREGA DO CORPO PARA FUNERÁRIA

9.5 FOR.303.GE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO CORPO

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 Não se aplica

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1 Morte significa o término de um ciclo. Trata-se de um fenômeno natural que todos passarão. É certo que esse dia chegará e não podemos precisar o momento exato. Essa imprecisão, aliada à incerteza do que encontraremos adiante, a dúvida sobre a possível continuidade de alguma forma de vida causa-nos medo e insegurança. Contudo, cada um apresenta reação de acordo com suas próprias vivencias e formação cultural. Nesse contexto, o conceito de morte é relativo (depende do desenvolvimento psíquico e situação afetiva de cada pessoa), é complexo e mutável, depende do contexto situacional.

11.2 CUIDADOS ESPECIAIS:

11.2.1 Após a morte o paciente pode apresentar esfriamento do corpo, manchas generalizadas de coloraç arroxeadas ("livor cadavérico"), relaxamento dos esfíncteres, rigidez cadavérica.

11.2.2 Quando o paciente fizer uso de dentadura ou ponte móvel, colocá-la imediatamente após a morte.

Manter as pálpebras fechadas, fazendo compressão ou utilizando fita adesiva. • 11.2.3 O corpo não deverá ser tamponado nos seguintes casos: restrição religiosa (judaica), embalsamamento ou necrópsia.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1 Joana Lech (org.) Manual de procedimentos de enfermagem. Martinari.

12.2 Hospital Alemão Oswaldo Cruz., 2006. • POTTER, P.A.; PERRY,A.G..

12.3 Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

12.4 Decreto 94.406/87 que regulamenta a lei nº 7498/86

12.5 Resolução do COFEN nº 311/2007

13. ANEXO

Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	o Itens revisados

15. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.3.9 Protocolo - POP.027.GE REGISTRO DE ENFERMAGEM

18. OBJETIVO

Fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global.

19. APLICAÇÃO

Equipe de Enfermagem.

20. DEFINIÇÕES

20.1. Registro de enfermagem são vários os tipos de anotação de enfermagem que podem ser registrados no prontuário do paciente. Dentre eles destacamos:

20.1.1. Gráfico: facilita a visualização de oscilações dos parâmetros vitais, como temperatura, pulso, respiração e pressão arterial.

20.1.2. Sinal gráfico: os universais; checar (/) e circular (O), utilizados sobre o horário, nas prescrições de enfermagem e médica. O checar significa que a ação foi realizada. Quando um horário está circulado, é imprescindível uma justificativa da não realização do cuidado na anotação de enfermagem.

20.1.3. **Descritiva:** Numérica- são anotados os valores de parâmetros mensuráveis. Podem ter locais específicos para o registro desses valores para facilitar a visualização; Narração Escrita – registro da forma narrativa daquilo que foi realizado, observado e/ou informado pelo paciente ou familiar. É o tipo de anotação mais frequentemente utilizado em prontuários.

20.1.4. Cabe ressaltar que anotação é diferente de evolução de enfermagem. A anotação registra exatamente aquilo que foi observado ou executado, sem comparações e análises dos dados, enquanto a evolução exige do enfermeiro reflexão para comparar e contextualizar os dados, analisando e avaliando-os para um melhor direcionamento de cuidados.

20.2. Para toda pessoa admitida em um hospital para observação ou internação corresponde um prontuário, onde são registradas as ocorrências relacionadas ao tratamento realizado.

20.3. O Relatório de Enfermagem é considerado documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuído de autenticidade e de significado legal, pois reflete todo o empenho e força de trabal da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações.

20.4. A documentação de enfermagem, inserida no prontuário do paciente, é uma importante fonte de ensino e pesquisa, servindo à auditoria, à avaliação do cuidado e às questões legais, o que determina a necessidade de conhecimento dos deveres e obrigações por parte dos profissionais de enfermagem.

20.5. Será utilizado escalas para melhor acompanhamento do usuário:

20.5.1. **ESCALA DE SCORE MEWS**, irá acompanhar os sinais vitais e mostra quando o usuário está se deteriorando, consegue prevenir situações de emergência, indica a necessidade de do espaço de tempo para se verificar os sinais vitais.

3.5.1. Pontuação:

3.5.1.1. Manter em observação de 0 – 2;

3.5.1.2. Solicitar avaliação do enfermeiro 3 – 5;

3.5.1.3. Solicitar avaliação médica acima de 5;

3.5.2. **ESCALA DE SHEIN**, irá nos fornecer o tipo de complexidade assistencial que o usuário requer.

3.5.2.1. Complexidade da Assistência:

3.5.2.1.1. Cuidados mínimos até 17 pontos.

3.5.2.1.2. Cuidados intermediários de 18-28 pontos.

3.5.1.3. Cuidados semi intensivos de 29-39 pontos.

3.5.1.4. Cuidados intensivos de 40-50 pontos.

3.5.3. ESCALA DE BRADEN, irá avaliar o risco do paciente desenvolver uma Lesão por Pressão e determinar as medidas preventivas adaptadas a esse mesmo risco.

3.5.3.1. Grau de Riscos:

3.5.3.1.1 19 á 23 pontos – Sem riscos;

3.5.3.1.2. 15 á 18 pontos- Risco Baixo;

3.5.3.1.3 13 á 14 pontos- Risco Moderado;

3.5.3.1.4. 10 á 12- Risco Alto;

3.5.3.1.5 ≤ 9 – Risco muito alto.

3.5.4. ESCALA DE MADDOX, irá identificar o risco de flebite, quanto ao grau de gravidade, podendo ser classificado de 0 até o grau 5.

3.5.4.1 Classificação:

3.5.4.1.1. 0 ausência de reação;

3.5.4.1.2. 1+ sensibilidade ao toque sobre o acesso;

3.5.4.1.3. 2+ dor contínua sem eritema;

3.5.4.1.4. 3+ dor contínua, com eritema e edema, veia dura palpável a menos de 8cm acima do local do acesso;

3.5.4.1.5. 4+ dor contínua, com eritema e edema, veia dura palpável a mais de 8cm acima do local do acesso;

3.5.4.1.6 5+ trombose venosa aparente.

3.5.5. A ESCALA DE MORSE, irá avaliar o risco de queda em pacientes adultos em ambiente intra-hospitalar.

3.5.5.1 Classificação do Nível do Risco:

3.5.5.1.1. 0 a 24 pontos- Sem riscos;

3.5.5.1.2. 25 á 50 pontos- Baixo riscos;

3.5.5.1.3. ≥ 51 – Alto risco.

3.5.6. ESCALA WONG-BAKER, irá avaliar o nível a dor do paciente, baseado em imagens ilustrativas e descritivas dos rostos.

3.5.6.1 Avaliação da dor:

3.5.6.1.1. 0 pontos – Não dói;

3.5.6.1.2. 1 ponto- Dói pouco;

3.5.6.1.3. 2 pontos- Dói um pouco mais;

3.5.6.1.4. 3 pontos- Dói muito;

3.5.6.1.5. 4 pontos- Dói muito mais;

3.5.6.1.6. 5 pontos- Dor insuportável.

3.5.7 ESCALA DE GLASGOW, irá medir e avaliar o nível de consciência do paciente vítima de Traumatismo Craniano.

3.5.7.1 Avaliação:

3.5.7.1.1. 3 a 8 pontos- Grave;

3.5.7.1.2. 9 á 12 pontos- Moderada;

3.5.7.1.3. 13 a 15 pontos - Leve.

3.5.8 ESCALA DE RAMSAY, irá avaliar o grau de sedação em pacientes, visando evitar a sedação insuficiente ou demasiadamente excessiva.

3.5.8.1 Grau:

3.5.8.1.1. Grau 1: paciente ansioso, agitado;

3.5.8.1.2. Grau 2: cooperativo, orientado, tranquilo;

3.5.8.1.3. Grau 3: sonolento, atendendo aos comandos;

3.5.8.1.4. Grau 4: dormindo, responde rapidamente ao estímulo glabelar ou ao estímulo sonoro vigoroso;

3.5.8.1.5. Grau 5: dormindo, responde lentamente ao estímulo glabelar ou ao estímulo sonoro vigoroso;

3.5.8.1.7. Grau 6: dormindo, sem resposta.

3.5.9. A ESCALA DE HUMPTY DUNTY, irá avaliar o risco de queda em pacientes pediátricos em ambiente intra-hospitalar.

3.5.9.1. Classificação do Nível do Risco:

3.5.9.1.1. 0 a 24 pontos- Sem riscos;

3.5.9.1.2. 25 á 50 pontos- Baixo riscos;

3.5.9.1.1. ≥ 51 – Alto risco:

21. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Verificar se o cabeçalho do impresso está preenchido devidamente; caso não esteja, preenchê-lo ou completá-lo corretamente.

4.2. Proceder às anotações em todos os horários.

4.3. Realizar A anotação no mínimo uma vez durante o plantão, nela é necessário conter: o estado geral do paciente, os cuidados prestados, recebimento de informações, intercorrências e os procedimentos que houver.

4.4. Obedecer à sequência céfalo – caudal ao realizar a anotação do estado geral do paciente.

4.5. Usar termos que expliquem os fatos e evitar expressões abstratas como "parece" e "aparentemente", que deixam muito à interpretação do leitor.

4.6. Corrigir qualquer erro no registro deve estar de acordo com a orientação, ou seja, utilizar termos como "digo", "correção", "retificando", "sem efeito". Porém, devemos evitar que ocorram erros nas anotações. Nunca utilizar corretores ortográficos (corretivos) ou rasurar as anotações. Documentos não devem ser rasurados.

4.7. Utilizar somente as abreviaturas padronizadas e que são mundialmente e/ou nacionalmente reconhecidas e convencionais.

4.8. Evitar linhas em branco entre uma e outra anotação, utilizar o "traço" (_____) para completar o espaço restante.

4.9. Transcrever frases, escrever exatamente como o paciente disse e colocar entre aspas. Exemplo: refere "dor de ardência ao urinar".

4.10. Não utilizar a primeira pessoa como eu, nós, para mim, etc., pois conotam caráter subjetivo.

4.11. Evitar voltar e inserir uma entrada em uma anotação já descrita anteriormente; caso haja esquecimento colocar o termo "em tempo" seguido de horário.

4.12. Não registrar termos avaliativos e interpretativos, estado nutricional, exames laboratoriais, etc. Não é de competência legal que os profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem façam esse tipo de registro.

4.13. Lembrar de registrar todas as medidas de segurança adotadas para proteger o paciente, bem como medidas relativas à prevenção de complicações.

4.14. Registrar todos os incidentes no prontuário do paciente. Palavras como "erro", "esqueci" e "confunde" devem ser evitadas. Descrever o fato objetivamente e anotar as condutas tomadas.

4.15. Anotar todas as informações provenientes de procedimentos como: passagens de cateteres, anotar o número do cateter, a quantidade de tentativas, o comportamento do paciente, as dificuldades relacionadas ao procedimento e as intercorrências, precedidos de horário.

4.16. Realizar administração de medicamentos e a realização de procedimentos por solicitação verbal pe médico, somente em casos de emergências, porém ao término do atendimento deverão ser prescritas pelo médico responsável.

4.17. Diagnosticar em caso de PCR e óbito é restritamente responsabilidade do médico, ou seja, em hipótese algum outro profissional poderá registrar: "paciente apresentou PCR", ou "paciente evoluiu para óbito". Deverá constar, nesses casos, o seguinte registro: "apresentando ausência de pulso, ausência de resposta motora e verbal e ausência de movimentos respiratórios" e ao final, "constatado óbito ou PCR pelo Dr. (nome do médico) ". Registrar o horário que foi realizado o eletrocardiograma (caso haja necessidade do exame) e os procedimentos realizados na PCR.

4.18. Registrar após realizar limpeza, retirada de cateteres, curativos e tamponamento do corpo, o procedimento feito precedido de horário antes de encaminhar o corpo para o necrotério.

4.19. Vetar a transcrição e relato comentários pessoais e problemas confidenciais referidos pelo paciente e/ou família que não prejudiquem o andamento da terapêutica. Considerar o segredo profissional. É fundamental manter e respeitar a ética profissional.

4.20 Utilizar o prontuário somente para registro destinados aos cuidados do paciente, não usar o prontuário para críticas de cuidados anteriores, anotações incompletas ou ausências destas por parte de outros membros da equipe.

4.21. Constar o carimbo e a assinatura do profissional ao final de toda anotação , inclusive com a indicação do nível profissional. No final do plantão carimbar a última anotação.

4.22. Oferecer ao paciente/cliente o direito de ler as anotações do prontuário mediante a presença ou consentimento do médico responsável pelo seu tratamento. Os familiares e amigos somente poderão ter acesso com autorização do paciente e do médico.

4.23. Realizar anotações no livro de relatório somente um resumo por plantão, dos problemas e ocorrências mais importantes não integra o prontuário do paciente. Por isso, não é considerado documento com finalidade de respaldo legal, portanto não deve conter informações pertinentes a cuidados de enfermagem e ao paciente.

22. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Papel;

5.2. Caneta;

5.3. Carimbo;

5.4. Computador.

23. RESPONSABILIDADE

Equipe de Enfermagem.

24. QUANDO EXECUTAR

7.1. No ato da Admissão;

7.1.1. Horário;

7.1.2. Procedência (residência, unidade de internação, transferência de outra instituição hospitalar, etc.);

7.1.3. Acompanhante (familiar, vizinho, amigo, profissional de saúde);

7.1.4. Condições de locomoção (deambulando, cadeira de rodas, maca);

7.1.5. Condições gerais observadas no paciente (consciente, alerta, deambulando, sinais vitais, peso, em uso de O2, etc);

7.1.6. Anotar dados informados pelos pacientes ou familiares: queixas como dor, náuseas, cansaço, desconforto, etc;

7.1.7. Procedimentos/ cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina (mensuração de sinais vitais, curativos, punções, sessão de hemodiálise, coleta de exames, transfusões sanguíneas, etc), orientações prestadas.

7.2. Alta

7.2.1. Horário;

7.2.2. Condições gerais e de locomoção (alerta, deambulando, curativos, drenos, em uso de O2, algias);

7.2.3. Acompanhamento (com familiares, amigos; registrar o nome do acompanhante);

7.2.4. Anotar orientações feitas aos pacientes ou familiares (retorno, medicações, exames, repouso, alimentação, curativo, etc.);

7.3. Transferência

7.3.1. Horário;

7.3.2. Local de transferência;

7.3.3. Condições gerais e de locomoção (alerta, deambulando, curativos, drenos, algias);

7.3.4. Medicação: relatar a entrega ou não dos medicamentos, nome e quantidade;

7.3.5. Anotar orientações feitas aos pacientes ou familiares.

7.4. Evasão

7.4.1. Horário: registrar as condições em que o paciente se evadiu (com roupa própria ou da instituição, com algum dispositivo, como cateteres, sondas, curativo, etc.);

7.4.2. Registrar a conduta tomada.

7.5. Acompanhamento de Procedimento Médico

7.5.1. Horário;

7.5.2. Descrever tipo de procedimento;

7.5.3. Nome do profissional médico que realizou o procedimento;

7.5.4. Local anatômico do procedimento;

7.5.5. Intercorrências;

7.5.6. Anotar número de tentativas;

7.5.7. Término do procedimento: anotar o horário, condições gerais e orientações feitas aos pacientes;

7.5.8. Caso seja colhido algum material e este encaminhado, anotar local (anatomopatológico, laboratório, etc).

7.6. Encaminhamento de Pacientes para Exames

7.6.1. Horário;

7.6.2. Local de encaminhamento (radiografia, tomografia, etc);

7.6.3. Condições gerais do paciente (alerta, sonolento, deambulando, de maca, com venóclise, com cateter, etc);

7.6.4. Intercorrências (sangramento, lipotimia, queixas álgicas); Retorno: horário, condições gerais dos pacientes.

7.7. Atendimento à PCR

7.7.1. Registrar o horário da detecção dos sinais de ausência de pulso (periférico e central), ausência de movimentos respiratórios e ausência de resposta verbal e motora;

7.7.2. Registrar sinais observados;

7.7.3. Anotar a conduta tomada. Ex: chamado o enfermeiro e o médico;

7.7.4. Registrar intervenções médicas e da enfermagem (compressão cardíaca, instalação de máscara, punção venosa, intubação, monitorização cardíaca);

7.7.5. Registrar as respostas das ações de enfermagem;

7.7.6. Condutas tomadas na transferência (se houver);

7.7.7. A anotação deve ser feita logo após o atendimento realizado, com todas as condutas e procedimentos realizados.

7.8. Óbito

7.8.1. Registrar o horário (horário que o médico diagnosticou o óbito). Ex: (horário) constatado óbito pelo Dr. (nome do médico);

7.8.2. Certificar com o médico se o óbito será atestado ou não, e se será encaminhado ao IML ou S.V.O.;

7.8.3. Anotar o preparo do corpo realizado (limpeza, tamponamento, colocação de próteses, curativo, vestimenta, identificação do corpo);

7.8.4. Anotar os pertences encaminhados juntamente com o corpo ou entregues a família;

7.8.5. Anotar o horário do encaminhamento do corpo ao necrotério, IML ou S.V.O;

7.8.6. Registrar se foi comunicado à família para o comparecimento no hospital com documentação do paciente. Nunca se deve comunicar à família sobre o óbito pelo telefone, quem deve relatar o ocorrido à família é o médico responsável pelo paciente.

7.9. Acidente/Incidentes

7.9.1. Horário;

7.9.2. Registrar as condutas tomadas (comunicado à chefia, solicitação de avaliação do médico);

7.9.3. Descrever o ocorrido;

7.9.4. Registrar o estado geral e as complicações do paciente após o acidente.

25. REGISTROS

Registro no prontuário e livros de relatório.

26. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: Quando não se realiza de imediato as anotações.

AÇÃO: Escrever logo que identificado a falta do mesmo. Treinar a equipe e esclarecer a importância dos relatórios.

27. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

28. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

28.1.1. ARCHER, E. et al. Procedimentos e protocolos. Coleção Práxis Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

34.1. LIMA, E. X.; SANTOS, I.; SOUZA, E. R. M. Tecnologia e o cuidar de enfermagem em terapias renais substitutivas. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

34.2. ITO, E. E. et al. Manual de Anotação de Enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

34.3. www2.ebserh.gov.br/documents/214604/617877/PROTOCOLO+PREVEN%C3%87%C3%83O+DE+QUEDAS+EM+CRIAN%C3%87AS.pdf/7899ddd6-20df-4239-b6cd-fedd37847b04.

34.4. http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/6.-Seguranca-do-Paciente-prevencao-de-Lesao-por-Pressao-LP.pdf.

35. ANEXO

Não se aplica.

36. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	ITENS REVISADOS

37. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.3.10 Protocolo - POP.093.GE USO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

29. OBJETIVO

Regulamentar a utilização do Equipamento de Proteção Individual (EPI), visando proporcionar condições de trabalho mais seguras, evitar o risco de acidentes e proteger a saúde do trabalhador.

30. APLICAÇÃO

Todas as unidades.

31. DEFINIÇÕES

3.1 Equipamentos de Proteção Individual (EPI): são dispositivos ou produtos, de uso individual, a serem utilizados pelo empregado, destinados à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. Todos os EPIs são obrigatoriamente registrados junto ao Ministério do Trabalho (MT), obtendo deste um Certificado de Aprovação (CA) e seu modelo deve constar no Anexo 1 da Norma Regulamentadora nº 06 (NR-6);

3.2 Produtos de Segurança para o Trabalho (PST): são outros equipamentos ou produtos, que também podem ser destinados à proteção do empregado e indispensáveis à execução de suas tarefas, porém, não estão listados no Anexo I da NR-06 e nem possuem CA, certificado de aprovação, emitido pelo MT.

32. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1 Os profissionais da área de saúde deverão fazer uso de dispositivos ou produtos, de uso individual ou coletivo, destinado à proteção de riscos, suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

4.2 O profissional admitido será orientado pela unidade através da integração, onde o mesmo terá orientações do SESMT, SCIRAS, RH, NQSP, Resíduos e Departamento pessoal.

4.3 O profissional deverá receber os equipamentos adequados ao risco da unidade escalada e o uso é obrigatório.

4.4 O trabalhador que se acidentar na execução de suas atividades, independente do uso de EPI, deverá comunicar à sua chefia imediata para dar andamento no preenchimento da "Ficha de CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho" e receber atendimento médico, seguindo os fluxos FLU.015.SESMT FLUXO DE ACIDENTE DE TRABALHO e FLU.016.SESMT FLUXO DE ACIDENTE COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS.

4.5 Os profissionais de saúde deverão usar sapatos fechados, impermeáveis e confortáveis segundo recomendação da NR 32.

4.7 Os trabalhadores não devem sair do local de trabalho usando EPI e, quando possuírem mais de um emprego, não devem usar EPI de uma empresa em outra.

4.8 A equipe de enfermagem deverá realizar limpeza e/ou desinfecção do seu EPI.

4.9 Higienizar as mãos antes e após as ações descritas acima, conforme PRO.010.NSP HIGIENIZACAO DAS MÃOS.

33. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1 Luvas Descartáveis;

5.2 Óculos de Proteção Individual;

5.3 Aventais Descartáveis;

5.4 Touca Descartável;

5.5 Sapato Fechado e Impermeável;

5.6 Máscara Descartável;

5.7 Capote/Avental de tecido ou descartável;

34. EPI

Os equipamentos de segurança usados nos serviços de enfermagem, de acordo com o agente são:

6.1 Risco biológico: luvas, óculos, aventais descartáveis, gorros. Em locais úmidos e com grande quantidade de material infectante: Centro Cirúrgico (CC), Central de Materiais e Esterilização (CME), Situações de limpeza ambiental e outros, usar também botas de borracha ou sapato fechado impermeável.

6.2 Risco químico: máscaras, óculos, luvas e aventais impermeáveis;

6.3 Risco radiológico: avental, protetor de tireóide e óculos plumbíferos, luvas e dosímetro individual.

35. RESPONSABILIDADE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

36. QUANDO EXECUTAR

Sempre que prestar cuidado/assistência a um paciente em nossa unidade hospitalar.

37. REGISTROS

Não se aplica.

38. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 **NC:** Se ocorrer acidente, mesmo com o uso do EPI ou porque este se rompeu/danificou.

Ação: Comunicar chefia imediata para iniciar protocolo de Acidente de Trabalho.

10.2 **NC:** Caso a instituição não ofereça EPI.

Ação: Encaminhar Comunicação Interna (CI) a DE .

11 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 06 – Equipamento de Identificação Individual - EPI. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1996.

13 ANEXO

Não se aplica.

14 HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	
		○ ITENS REVISADOS

15 APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.3.12 Protocolo - POP.069.GE VISITA HOSPITALAR

OBJETIVO

Descrever o fluxo da visita hospitalar aos pacientes internados.

APLICAÇÃO

Neste processo estão envolvidos a recepção e a enfermagem.

DEFINIÇÕES

A internação hospitalar é um momento crítico para o paciente apresentando-se como um momento delicado em sua vida. A visita apresenta-se como a rede de apoio familiar e social do paciente durante sua hospitalização sendo seu meio de contato deste com a sociedade e o meio exterior.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Recepção

Receber o visitante, cumprimentando-o cordialmente.

Solicitar ao visitante um documento original com foto.

Fornecer crachá de identificação

Liberar visita apenas após confirmação do(a) enfermeiro(a) do setor.

Repassar ao visitante informativo com informações pertinentes às normas e rotinas do Hospital, tais como:

Falar sempre em voz baixa;

Evitar andar desnecessariamente nos corredores e evitar entrar em outras enfermarias;

Não usar trajes como minissaias, shorts, blusas curtas e/ou decotes;

Não usar excesso de adornos como brincos, pulseiras, colares e relógios;

Proibido mexer no soro dos pacientes e nos equipamentos hospitalares;

Proibido fumar nas dependências do hospital;

Proibido sentar ou deitar no leito do paciente;

Proibido oferecer alimentos ou bebidas ao paciente que não sejam fornecidas pelo serviço de nutrição;

O visitante deverá utilizar o crachá de identificação

Horário de visita

De acordo com formulário específico

Visita Espiritual a pedido do paciente ou familiar com documentação da entidade.

Indicar ao visitante acesso aos setores

Enfermagem

Autorizar a visita.

Recepcionar visitantes na entrada de cada setor

Orientar a higienização das mão antes e depois da visita

Oferecer EPI's conforme precaução do paciente

Orientar sobre normas e rotinas do setor

Acompanhar o visitante até o leito do paciente

Informações sobre o quadro clínico do paciente serão informadas apenas pelo médico plantonista

Solicitar a saída dos visitantes ao término da visita

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica

EPI

- Touca;
- Máscara;
- Capote;
- Luvas;

Disponibilizar caso precaução especial.

RESPONSABILIDADE

Recepcionistas e equipe de Enfermagem

QUANDO EXECUTAR

Horário de visita.

REGISTROS

Não se aplica

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: Crianças menores de 14 anos; Visitantes não identificados; Agravo no quadro clínico do paciente

Ação: Não é permitido a entrada; Deverá procurar a recepção para providenciar identificação; Encerra-se a visita proporcionando conforto ao paciente.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica

ANEXO

Não se aplica

HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	○ ITENS REVISADOS

APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.3.13 PRIORIZAÇÃO E CADASTRO DE PACIENTES NA RECEPÇÃO

1. OBJETIVO

Garantir acesso seguro do paciente.

2. REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Recepção do Pronto Socorro	Recepcionista, condutor e vigilante.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Sistema MV Soul

Computador

Impressora

Ficha do paciente

6. DEFINIÇÕES

Acolhimento – ato de receber e incluir.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Solicitar documento de identificação com foto e cartão SUS;

Iniciar cadastro com o registro das informações do paciente (nome completo, data de nascimento, sexo, nome da mãe, estado civil, proveniência, profissão, raça/cor, "consome bebida alcoólica", "diabético", "fumante", "hipertenso", "sedentário" e "alergia". No campo de alergias registrar tipo de alergia em "Alergias" e em "Observações clínicas do paciente");

Gerar atendimento:

a) Clicar em ícone "novo" e opção "ambulatório";

b) Na tela "Dados de Atendimento Ambulatorial"; clicar em busca "Prontuário"; selecionar o nome do paciente, plano, tipo de serviço, especialidade, médico responsável, centro de custo de atendimento, caráter do atendimento, proveniência, responsável pelo paciente, cartão do SUS, regulação e transporte. Após clicar em **SALVAR**.

c) Após SALVAR os dados do cadastro e atendimento do paciente a ficha de atendimento é impressa na classificação de risco e a pulseira de identificação é impressa na recepção.

Colocar a pulseira no punho direito do paciente, exceto nos casos de pacientes de alta periculosidade (acompanhado por agente carcerário ou Polícia Miliar). Nestes casos, repassar a (s) pulseira (s) para o Enfermeiro Classificador para que o mesmo supervisione a colocação da pulseira pelo agente ou policial, e oriente o membro correto (punho direito), bem como também em casos de pacientes provenientes de veículos oficiais (SAMU, Corpo de bombeiros). Em casos de crianças (até 9 anos), a pulseira é colocada no membro da mãe ou responsável.

Informar ao paciente ou seu responsável da finalidade e motivo da colocação da pulseira.

Orientar o paciente para aguardar chamada para atendimento na classificação de risco na recepção.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Na ausência de documento de identificação com foto, perguntar ao paciente sua data de nascimento para localização de possível cadastro prévio, sendo localizado, confirmar os seguintes dados: nome da mãe e endereço, após confirmação correta utilizar cadastro já existente, caso não seja localizado proceder o registro como "não informado" ou "não identificado";

A certidão de nascimento será aceita para os casos de crianças;

Nos casos que não tiver cartão SUS, será permitido o cadastro e orientado a trazer na próxima consulta, bem como orientado a providenciar junto à Secretaria de Saúde do município.

CASOS PRIORITÁRIOS PARA ACOLHIMENTOS NA RECEPÇÃO:

SINAIS DE ALERTA				
Dor torácica (Dor no peito)	Palidez cutânea	Desmaio	Vômitos	Tontura
Dificuldade na fala	Respiração ofegante e/ou falta de ar	Ferimento com sangramento ativo	Gestante com dor abdominal, perda de líquido e/ou sangramento	Manifestação verbal de: -Dor; -Febre alta; (especialmente em crianças até 9 anos). -Hipertensão (Pressão Alta)

8. INDICADORES

Tempo de espera para classificação de risco (Tempo decorrido entre o cadastro na recepção e a classificação de risco).

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Não se aplica.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS				
Nome		**Cargo**	**Data Elaboração**	**Visto**
Elaboração		Coord. Enfermagem		
Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		
Aprovação		Diretor Técnico		

1.3.14 SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1. OBJETIVO

Organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;

Orientar o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional;

Promover ambiente seguro e terapêutico;

Estimular a participação ativa do acompanhante/familiar;

Cumprimento da resolução COFEN 358/2009 -Art. 1º.

2. REFERÊNCIA

Resolução do COFEN Nº 358/2009, disponível em:http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html;

3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Clínica médica, cirúrgica e obstétrica, Pronto Socorro, Centro Cirúrgico e Unidade de Recuperação Pós-Anestésica.	Coordenador de Enfermagem, Supervisor de Enfermagem, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Formulário específico de cada setor;

Rede local de computadores – INTRANET;

Equipamentos para avaliação dos SSVV - Sinais Vitais.

Sistema - MV SOul

6. DEFINIÇÕES

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;

SSVV – Sinais Vitais.

Etapas da SAE:

Histórico de Enfermagem (anamnese e exame físico):
Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

Diagnóstico de Enfermagem:

Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Planejamento.

Determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

Implementação de Enfermagem/Prescrição de Enfermagem

Realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem, concretização do plano assistencial.

Avaliação/Evolução de Enfermagem:

Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeiro (Na admissão do paciente):

Realizar a higienização das mãos;

Deslocar-se ao leito do paciente;

Realizar sua identificação como enfermeiro;

Chamar o paciente pelo nome, identificando-o pela pulseira;

Buscar aproximar a relação enfermeiro/paciente, integrando-o à unidade e fomentando a confiança em relação à equipe e a terapêutica;

Realizar o preenchimento do formulário da SAE disponível para impressão na INTRANET **(Anexos)**;

Na "escala de Mews" inserida no formulário da SAE, realizar avaliação dos SSVV na admissão do paciente, primeira linha, aprazar próximo horário, que será realizado em sequência pela equipe técnica de Enfermagem;

Avaliar as condições clínicas do paciente conforme etapas do processo de Enfermagem.

Supervisionar equipe técnica de enfermagem quanto aos cuidados realizados e preenchimento da "escala de Mews";

. Observar condições gerais do paciente e do ambiente do quarto;

. Anotar alterações e intercorrências encontradas;

. Realizar última etapa do processo, Evolução de Enfermagem no PEP – WARELINE, imprimir, carimbar e anexá-la junto ao Formulário manual e inserir no Prontuário do paciente.

. A partir daí realizar a Evolução de Enfermagem a cada 24 horas ou sempre que houver intercorrências e ou procedimentos realizados no paciente.

Técnico de Enfermagem:

1. Na "escala de Mews" inserida no formulário da SAE, realizar avaliação dos SSVV no horário aprazado inicialmente pelo Enfermeiro na Admissão do paciente, bem como nos horários aprazados em sequência;

2. Realizar evolução técnica de Enfermagem no PEP – WARELINE, conforme periodicidade estabelecida na Escala de Mews (6/6h, 4/4h, 2/2h, 1/1h.)

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Realizar avaliação do paciente e preenchimento da SAE em tempo hábil no momento em que o paciente for admitido.

9. INDICADORES

Não se aplica.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Não se aplica.

Revisão Nº	Motivo	Data da Revisão

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coord. Enfermagem		
Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		
Aprovação		Diretor Técnico		

1.3.15 CONFERÊNCIA E REPOSIÇÃO DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

1. OBJETIVO	
Garantir que o Carrinho de Emergência esteja com todos os equipamentos, insumos e medicamentos para o pronto uso durante uma emergência.	
2. REFERÊNCIA	
Orientações do fabricante do Desfibrilador (PHILIPS) contido no próprio equipamento.	
3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Todos os setores que possuem Carrinho de Emergência: Sala de Emergência, Centro Cirúrgico e Clínica Médica/Cirúrgica.	Conferência diária: Enfermeiro Reposição: Enfermeiro e Médico. Conferência mensal: Farmacêutico e Enfermeiro.
5. RECURSOS NECESSÁRIOS	
Check list de conferência do Carrinho de Emergência;	

Caneta;
Sistema MV Soul, para prescrição de medicamentos e insumos de reposição;
Carrinho de Emergência composto por: desfibrilador, lâminas/laringoscópio, prancha rígida, bala de oxigênio (pp 1m3 1000lt) e monitor multiparâmetro (Clínica Médica);

6. DEFINIÇÕES

Carrinho de Emergência: equipamento utilizado em situações de socorro imediato.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferência diária: Enfermeiro

Lavar as mãos;
Dirigir-se ao local, posicionar de frente para o Carrinho de Emergência e realizar a conferência do Carrinho e dos equipamentos, conforme definido por check-list e, caso necessário, realizar os procedimentos para a regularização. Itens para serem conferidos:
Carrinho de Emergência: deve estar conectado à tomada de energia elétrica da parede e lacrado. Conferir e anotar o número do lacre.

Prancha Rígida: localizada na lateral esquerda do Carrinho de Emergência.

Bala de oxigênio: localizada na lateral direita do Carrinho de Emergência. Abrir a válvula e evidenciar carga mínima de **100 Libras**. Se a carga estiver abaixo de 100 Libras, abrir Ordem de Serviço para a manutenção realizar a troca da bala (RAMAL 318).

Monitor: o monitor multiparâmetro deve estar conectado à tomada elétrica do Carrinho de Emergência, teste: ligar e desligar.

Desfibrilador: Verificar se o cabo de energia está conectado à tomada elétrica do Carrinho de Emergência. Realizar o teste de funcionamento seguindo a ordem:

Certifique-se que haja papel suficiente na bobina interna;
Desligue o cabo de energia e verifique o acionamento de bateria;
Ligar o equipamento (Manuela Lig) girando a o botão nº 1;
Escolher opção de desfibrilação (colocar carga de 10 J);
Selecionar o botão nº 2, ativar carga;
Esperar sinal sonoro de um bip contínuo;
Apertar os dois botões das placas simultaneamente e então o choque será disparado;
Aguardar a impressão do comprovante de "teste aprovado" **(Anexo I)**;

Voltar o botão nº 1 para posição Desligado e conectar o cabo de energia no carrinho novamente.

Laringoscópio: o kit de laringoscópio é composto por 12 lâminas (retas e curvas) dos tamanhos de 0 a 5. Deve-se conectar lâmina por lâmina no cabo do laringoscópio (adulto e infantil), e testar o funcionamento das lâmpadas. Luz fraca é indicativo de pilha fraca e então deve solicitar novas pilhas ao almoxarifado e realizar a troca. As lâminas devem ser limpas com álcool 70% e gaze, diariamente.

Preencher o check list conforme resultados da conferência e assinar.

Importante: se evidenciar falha no equipamento, o check-list deve ser preenchido identificando o equipamento com falha. Após o reparo, o check-list deve ser refeito.

2. Reposição do Carrinho: Enfermeiros e Médicos

Médico

Realizar a prescrição dos medicamentos utilizados na emergência, incluindo o preenchimento do formulário de solicitação de medicamentos psicotrópicos (controlados), se utilizados.

Enfermeiro

Reunir os formulários preenchidos pelo médico;
Solicitar os medicamentos, insumos e lacre à farmácia;
Solicitar materiais reprocessados à CME, e ou insumos na farmácia, quando for o caso;
Reabastecer o Carrinho de Emergência.
Após reposição, lacrar e conferir novamente o carrinho, conforme Item 1 deste procedimento.

3. Conferência mensal do carrinho – Farmacêutico e Enfermeiro

Farmacêutico

Uma vez por mês, o Carrinho de Emergência é aberto e conferido pelo Farmacêutico, conforme POP.FARM.024, da Farmácia.

Enfermeiro

Realizar uma vez por mês a conferência do carrinho, preenchendo o check list mensal da Enfermagem.
Conferir o número dos lacres que foram rompidos;
Assinar e carimbar o check list de conferência mensal .

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS
A conferência diária (externa) do Carrinho de Emergência, deve ser realizada no início de cada plantão, pelo enfermeiro. Materiais de reúso que foram utilizados durante uma emergência deverão ser encaminhados para o reprocessamento CME e substituídos ou repostos tão logo quanto possível.
9. INDICADORES
Não se aplica.
10. DOCUMENTOS DE APOIO
Check list de conferência do Carrinho de Emergência **(Anexo II)**.

1.3.16 ORIENTAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS NA ALTA HOSPITALAR

1. OBJETIVO	
Descrever orientações de alta multiprofissional aos pacientes e acompanhantes, em relação aos cuidados em sua residência bem como intervenções relacionadas à internação social.	
2. REFERÊNCIA	
Não se aplica.	
3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Clínicas médica, cirúrgica e obstétrica.	Enfermeiros, Assistência Nutricional, Fisioterapeuta, Psicólogo(a), Serviço Social e Médicos.
5. RECURSOS NECESSÁRIOS	

Não se aplica.

6. DEFINIÇÕES

-Alta Hospitalar é o encerramento da assistência prestada ao paciente no hospital. O paciente recebe alta quando seu estado de saúde permitir ou quando está em condições de recuperar-se e continuar o tratamento em casa.

-Equipe Multiprofissional é a junção de esforços e interesse de um grupo de profissionais que reconhecem a interdependência com os outros componentes e se identificam com um trabalho de caráter cooperativo e não competitivo, com o fim de alcançar um objetivo comum cuja atividade sincronizada e coordenada caracteriza um grupo estritamente ligado.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ALTA HOSPITALAR:

Orientar os pacientes e acompanhantes em relação aos cuidados nas suas residências sobre as sondas nasogástricas (SNG), curativos (ferida operatória, coto umbilical) e sinais de alerta.

Orientações sobre Sonda Vesical de Demora (SVD):

Manter a sonda e o saco coletor limpos:

Para manter a sonda vesical limpa e sem cristais de urina, que podem obstruir a sonda ou provocar infecç deve-se:
Evitar puxar ou empurrar a sonda vesical, pois pode provocar feridas na bexiga e na uretra;

Lavar com a água e sabão o tubo da sonda vesical 3 vezes por dia, para evitar que as bactérias contaminer sonda;
Ir ao hospital ou unidade de saúde para trocar a sonda vesical de 3 em 3 meses, no caso de ser de silicone, de 10 em 10 dias se for de látex;
Não levantar o saco coletor acima do nível da bexiga, mantendo-o pendurado na beira da cama ao dormir, por exemplo, para a urina não entrar na bexiga novamente;

Nunca colocar o saco coletor no chão, transportando-o sempre que for preciso dentro de uma sacola de plástico ou amarrado na perna, para evitar que as bactérias do chão contaminem a sonda;
Esvaziar o saco coletor da sonda sempre que estiver com metade da sua capacidade preenchida de urina.

Além destes cuidados com a sonda vesical de demora é importante secar bem o saco coletor e a sonda depois do banho. Porém, caso o saco coletor se separe da sonda no banho ou em outro momento, é importante jogá-lo no lixo e substituí-lo por um saco coletor novo e esterilizado.

Sinais de alerta para ir ao médico:

Alguns sinais que indicam que se deve ir imediatamente ao hospital ou pronto socorro, para trocar a sonda e fazer exames, são:

Sangue dentro do saco coletor da sonda vesical;
Urina vazando fora da sonda;
Febre acima de 38º C e calafrios.
Dor na bexiga.

Em alguns casos é normal que o paciente tenha vontade de fazer xixi e esse desconforto pode ser percebido como dor forte na bexiga, que deve ser referida para o médico para prescrever medicação adequada, aumentando o conforto do paciente.

Orientações sobre Sonda Nasoenteral (SNE), Sonda Nasogástrica (SNG):

Manuseio da sonda – cuidados com retrações, pois pode ser deslocada do posicionamento correto. Exemplo: durante o sono, banho, mudança de decúbito ou pelo próprio paciente.
Limpeza/Higiene/Fixação – Após banho secá-la e trocar a fixação (Nasogástrica, Nasoentérica) da face, devendo estar sempre limpa e seca, evitando o desconforto para o paciente, odores desagradáveis, higienizar as narinas do paciente e tomar cuidado para não tracionar a asa nasal ao fixar a sonda, causando lesões. Às vezes se faz necessário restringir as mãos do paciente com luvas sem os dedos, para impedi-lo de retirar a sonda, como pode ocorrer com doentes com demências, agitação motora, quadros de confusão mental, etc.
Administração de dieta, infusões de líquidos e medicamentos – posicionar o paciente sentado e ou, sendo acamado, manter cabeceira elevada por no mínimo 30 graus, (diminuindo riscos de aspirações de dieta, refluxos gástricos), e não deitar o paciente logo após ingesta alimentar e hídrica, lavar a sonda com água filtrada após administração de dietas (1 -2 seringas de 20 ml), medicamentos, mantendo sua

permeabilidade, evitando obstruções por resíduos alimentares. Havendo obstruções, pode-se realizar manobras para desobstrução, infiltrando água morna (ideal com seringa de 50 ml).
Observação e detecção de anormalidades – obstrução, vazamentos, quebras dos conectores das extremidades proximais, Se (gastrostomia) proteger a pele se houver contato com conteúdo gástrico, para evitar formação de lesões, inflamações, infecções.
Tempo de troca – determinado pelo protocolo do serviço de acompanhamento do paciente.

Complicações com o uso da sonda:

1. Infusões rápidas – levam a quadros de distensão abdominal, diarreias, vômitos.

2. Refluxos gástricos e pneumonias aspirativas – podem ser observadas pelos familiares na presença de agitação, tosse, dispnéia, cianose de face. (idosos acamados, sequelados, afásicos, com reflexos diminuídos).

3. Quadros de constipação intestinal, flatulências – necessitando readequação nutricional, sendo de grande importância aos familiares e cuidadores, observarem a presença de eliminações fisiológicas (volume, quantidade, aspecto, consistência, etc.).

4. Vale reforçar, que, o paciente no domicílio, deve ser acompanhado sempre por uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, cabendo a nutricionista, definir a terapia nutricional mais indicada, também avaliando e acompanhando os resultados e adequando as alterações necessárias a cada paciente, levando em conta seu histórico alimentar, histórico de doenças, tipos de sonda, etc. Orientandos também, familiares e cuidadores.

Orientações sobre Curativos:

FERIDAS OPERATÓRIAS

1. Manter a ferida operatória sempre limpa e protegida de secreções, animais, poeira, água suja e demais substâncias não conhecidas que podem levar a infecção do local;

2. O curativo deve sempre ser feito após o banho. No banho, lavar a ferida operatória com água corrente e sabonete, com leve fricção sobre a ferida. O curativo deve ser feito com soro fisiológico (limpando levemente a ferida com gaze umedecida em soro fisiológico) e depois cobrir com gaze seca e limpa. Não aplicar pomadas ou outras substâncias, somente se orientação do seu médico. **OBS:** Não devem ser molhados os

curativos com gesso; e os curativos pós enxerto de pele (aquele curativo tipo "pacotinho"). Estes permanecerão fechados até o retorno;

3.Esforços devem ser evitados por aproximadamente 90 dias, pois este é o tempo, em geral, para uma cicatriz cirurgia reparar totalmente.

4.Não é necessário tomar antibióticos. Tomar somente se tiver orientação do médico que realizou a cirurgia.

5.Medicamentos para a dor leve serão prescritos. Caso tiver dor mais intensa, seu médico deve ser comunicado imediatamente.

6. Em caso de febre, procurar o médico para uma avaliação. Não tomar antibióticos enquanto não for avaliado pelo seu médico.

7. Os pontos vão ser retirados em um período de 7 a 12 dias, dependendo do local operado. Essa retirada de pontos será realizada no retorno pós-operatório, previamente agendado. Caso isto não tenha sido realizado, entrar em contato para marcar uma consulta. Não retirar os pontos em outro local, somente no designado pelo seu médico, pois ele vai avaliar a necessidade de retirada ou não dos pontos.

8. Secreção, inflamação e demais alterações: deve-se procurar seu médico para uma avaliação.

COTO UMBILICAL:

Higienização das mãos antes da realização do curativo

Usar cotonete umedecido em álcool a 70% e lembre-se de que é a base do umbigo, junto ao corpo, que deve ser mantida limpa.

Para proteger o coto, após a limpeza, enrole uma gaze ao seu redor.

Nunca puxe o coto umbilical. Deixe que ele se desprenda sozinho. Desde o início, o bebê pode tomar seus banhos diários sem nenhuma proteção especial do coto umbilical. Caso o coto seja molhado durante a higiene, seque-o suavemente com um pano ou toalha limpos.

ORIENTAÇÃO DE ALTA HOSPITALAR NUTRICIONAL

As orientações de altas nutricionais são realizadas de acordo com o diagnóstico nutricional estabelecido de cada paciente, respeitando suas diversas condições clínicas e patológicas, assim, realizando orientações por escritos de acordo com as mesmas:

Dieta por via oral

Orientações nutricionais alimentares de acordo com patologias pré existentes e/ou histórico de internação (diabetes, hipertensão, obesidade, ganho de peso, cirrose hepática) e consistência alimentar tolerada (livre, branda, pastosa, líquida).

Dieta por Via oral para Lactentes:

Entregue as pacientes orientações de alta nutricional por escrito contendo informações sobre a importância da amamentação saudável.

Dieta por Sonda Nasoenteral-SNE

Relatório de alta nutricional;

Receituário de aquisição de sonda;

Orientações sobre os cuidados com a dieta por SNE;

Receita de dieta artesanal conforme necessidade calórica/proteica.

Dieta por Gastrostomia-GTT / Jejunostomia-JTT

Relatório de alta nutricional;

Receituário de aquisição de sonda;

Orientações sobre os cuidados com a dieta por GTT/JTT;

Receita de dieta artesanal conforme necessidade calórica/proteica.

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR DA FISIOTERAPIA

As orientações de alta da fisioterapia são realizadas de acordo com altas médicas, precisando ou não dar continuidade no tratamento em outras unidades de saúde. São realizadas de acordo com a patologia do paciente, sendo orientado quanto à fisioterapia motora, respiratória ou ambas. Faz-se necessário orientar o paciente e acompanhante.

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR DA PSICÓLOGA

As orientações serão somente para pacientes que necessitam de um tratamento contínuo após alta:

Retorno a consultas semanais com a psicólogo(a);

Encaminhamentos para outros profissionais (psiquiatria);

Orientação aos familiares ou cuidadores sobre sinais de alerta (choros excessivo, ausência do alto cuidado, falta de apetite, insônia.

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR DO SERVIÇO SOCIAL

As orientações sociais são pertinentes a cada caso de acordo com a demanda apresentada pelo paciente e/ou familiar e que possa vir a interferir na recuperação ou manutenção do seu estado de saúde após a alta médica como:

Tratamento fora do domicílio ou especializado;

Como conseguir o medicamento de alto custo;

Orientação para tratamento da patologia de base;

Orientação para órgãos específicos para resolução de demandas como CRAS, CREAS, CAP's, etc.;

ORIENTAÇÕES MÉDICAS

Orientações quanto ao acompanhamento médico adequado com o especialista ou clínico;

Cuidados gerais (mudanças de decúbito no leito, risco de broncoaspiração, quantidade de dieta, sinais de alerta, riscos de piora do quadro clínico.

Importância dos cuidados e trocas de sondas

Uso correto e importância das medicações

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS
Contemplação de todos os profissionais no momento da ALTA.
9. INDICADORES
Não se aplica
10. DOCUMENTOS DE APOIO
Específicos de cada área no WARELINE.
11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome	Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração	Coord. Enfermagem		
Revisão	Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		

1.3.17 TRANSFERÊNCIAS INTERNAS

1. OBJETIVO	
Normatizar a transferência interna dos pacientes no UNIDADE DE SAÚDE, garantindo a continuidade do atendimento.	
2. REFERÊNCIA	
Não se aplica.	
3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**

Clínicas Médica e Cirúrgica/Obstétrica, Pronto Socorro e Centro Cirúrgico.	Médicos, Equipe de Enfermagem e Condutor de Maca.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Maca e cadeiras de rodas.
- Sistema MV Soul.
- SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem.

6. DEFINIÇÕES

NIR – Núcleo Interno de Regulação: setor que tem a finalidade de gerenciar os leitos institucionais, para que sejam ocupados de maneira eficiente, controlada e ágil.

AIH – Autorização de Internação Hospitalar: é um documento que contém os procedimentos médico-hospitalares a serem realizados, bem como os materiais que devem ser utilizados, os profissionais de saúde envolvidos e a estrutura de hotelaria, para efeito de pagamento pelos serviços prestados.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeiro do setor de origem deverá:

Confirmar arrumação do leito no setor de origem;

Solicitar ao condutor de macas para realizar o transporte;

Registrar a transferência e horário da mesma na evolução de Enfermagem no Wareline;

Encaminhar o prontuário impresso completo à unidade de destino do paciente.

Enfermeiro do setor de destino:

Apresentar-se ao paciente no leito, realizar o Processo de Enfermagem – SAE, à beira leito, realizar a primeira coleta dos sinais vitais, conforme Escala de Mews, aprazando o próximo horário que será realizado pelo técnico de Enfermagem.

Enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação (NIR):

Realizar a transferência e ou admissão do paciente no Wareline, imprimindo identificadores de leito, prancheta e gaveta;

Encaminhar o prontuário impresso completo à unidade de destino do paciente.

Solicitar ao condutor de macas o transporte apresentando a ele o paciente que deverá ser transportado.

Condutor de Macas:

Transportar o paciente em cadeira de rodas ou Maca até o leito de destino. Se for em maca, transportar com grades **SEMPRE** erguidas;

Caso o paciente necessite de suporte de O2 (oxigênio), pegar o cilindro na rede de gazes da unidade, **NÃO** utilizar o cilindro dos Carrinhos de emergência.

Nos pacientes provenientes do Centro Cirúrgico, o condutor deve realizar com segurança a transferência do paciente da maca do centro cirúrgico para a maca externa e encaminhá-lo à Enfermaria, auxiliando na transferência do paciente da maca para a cama.

Técnico de Enfermagem do setor de origem:

Preparar o paciente para o transporte;

Caso o paciente necessite de suporte de O2 (oxigênio), acompanhar o paciente no transporte até o local de destino.

Nos pacientes provenientes do Centro Cirúrgico, o Técnico de Enfermagem do setor solicita ao condutor de macas a transferência do Centro Cirúrgico para a Enfermaria.

Auxiliar na transferência do paciente da maca para a cama ou vice - versa.

Técnicos de Enfermagem do setor de destino:

Auxiliar na transferência do paciente da maca para a cama ou vice - versa.

Apresentar-se, receber e acomodar o paciente no leito;

Conferir a pulseira de identificação no membro superior direito;

Seguir com o preenchimento da Escala de Mews (Inserida na SAE) de acordo com o horário aprazado pelo Enfermeiro, e executar a prescrição de Enfermagem e realizar a evolução de enfermagem no Wareline.

7.1. Tarefas Criticas/Especiais

Não se aplica

8. INDICADORES

Não se aplica

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Não se aplica

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome	Cargo	Data Elaboração	Visto

Elaboração		Coord. Enfermagem	
Revisão		Diretor Técnico	
		Encarregada/DM SERV	

1.3.18 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR(IM)

1. OBJETIVO

Preparar e administrar medicamentos por via intramuscular de forma segura garantindo técnica correta e adequada, proporcionando a segurança do profissional, paciente e a eficácia dos fármacos.

2. REFERÊNCIA

FIGUEIREDO, A.E.P.L. O papel da enfermagem na administração do ferro por via parenteral. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, Rio de Janeiro, v. 32, n. p. 129-13, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32s2/aop68010.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2012.

FORTES, ALBA VALÉRIA SALES ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS: PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ORIENTAÇÕES PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM [manuscrito] / ALBA VALÉRIA SALES FORTES. -

2017. 73 f.: il. disponível em :https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/6832/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Alba%20Val%C3%A9ria%20Sales%20Fortes%20-%202017.pdf

3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Aos pacientes com prescrição médica de medicamento por via intramuscular.	Enfermeiros, técnicos de enfermagem.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Bandeja;
Etiqueta de identificação;
Luvas de procedimentos;
Seringa (conforme volume a ser injetado);
Agulha (calibre compatível com a massa muscular do paciente e solubilidade do líquido a ser injetado);
Medicamento prescrito;
Algodão;
Álcool a 70 %;
Recipiente apropriado para descarte de resíduo pérfuro cortante.

6. DEFINIÇÕES

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Conferir a identificação do paciente na pulseira de identificação;
Conferir as possíveis alergias medicamentosas do paciente;
Checar atentamente a prescrição;

8

Conferir os 9 certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa, riscos profissionais e ao paciente;

Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento e possíveis eventos adversos;

Preparar o medicamento no momento imediato à administração;

Higienizar as mãos;

Separar o medicamento e o material necessário;

. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%;

. Higienizar as mãos;

. Fazer a desinfecção do frasco ou ampola com algodão umedecido em álcool a 70%;

. Preparar medicação conforme prescrição médica;

. Trocar a agulha utilizada no preparo do medicamento por outra estéril;

. Retirar o ar da seringa/agulha;

. Colocar o rótulo de identificação do medicamento na seringa (cole a etiqueta de identificação);

. Reunir o material a ser utilizado na bandeja;

. Higienizar as mãos;

. Escolher o local da administração do fármaco conforme volume, tipo de medicação e massa muscular;

. Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento e expor a área de aplicação;

. Calçar as luvas de procedimento;

. Fazer antissepsia da pele do paciente com algodão embebido em álcool a 70% fazendo pelo menos cinco movimentos em um mesmo sentido por 15 segundos;

. Caso sejam indicadas injeções sequenciais, revezar a musculatura conforme o volume e medicamento administrado;

. Retire a proteção a agulha e segure a seringa na mão dominante, entre o polegar e o indicador;

. Fazer uma prega no local selecionado (ou usar a técnica em Z);

. Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo (90º em relação ao músculo) e solte a prega;

. Aspirar o êmbolo da seringa para garantir que a agulha não está inserida dentro de um vaso sanguíneo, se houver retorno de sangue, retirar a agulha, desprezar todo o material e reiniciar o procedimento aplicando em outro local;

. Injetar o fármaco lentamente;

. Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;

. Fazer leve compressão no local;

.Desprezar o material perfurocortante em recipiente apropriado (atentando para não desconectar a agulha da seringa e não reencapá-la);
.Manter o paciente confortável, deixando o ambiente de trabalho organizado;
.Retirar a luva de procedimento desprezando-a em lixeira apropriada;
.Higienizar as mãos;
.Lavar a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool 70%;
.Registrar o procedimento realizado na prescrição médica (checar o horário da administração);
.Assinar e carimbar o registro;
.Comunicar ao Enfermeiro Supervisor possível ocorrência de anormalidades;
.Registrar na anotação de Enfermagem quaisquer intercorrências.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Não se aplica.

9. INDICADORES

Não se aplica.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Guia de diluição de fármacos injetáveis (INTRANET-Farmácia);

POP.SCIH.004 Higienização das mãos (INTRANET – CCIH).

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coord. Enfermagem		

Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		
Aprovação		Diretor Técnico		

1.3.19 ALTA DAS ENFERMARIAS

1. OBJETIVO	
Normatizar as Altas dos pacientes das clínicas Médica, Cirúrgica e Obstétrica.	
2. REFERÊNCIA	
Não se aplica.	
3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Enfermarias	Diretores, Coordenadores, Supervisores, Médicos, Enfermeiros e Técnicos d Enfermagem, Condutores de Macas e Porterios/Vigilantes.
5. MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Maca, Cadeira de Rodas, tesoura sem pontas.	
6. DEFINIÇÕES	
Assegurar que o procedimento de Alta Hospitalar seja executado conforme descrito nesse POP.	
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	

Ao médico diarista, assistente ou plantonista compete:

Prescrever a Alta Médica ou hospitalar;
Descrever na evolução do paciente a Alta colocando horário e data;
Emitir o relatório de Alta;
Realizar o contrarreferenciamento, caso necessário (unidades de atenção básica, ambulatórios específicos ou outros);
Comunicar familiares e acompanhantes a Alta e orientá-los sobre o estado clínico do paciente;
Comunicar ao Enfermeiro a Alta.

Ao Enfermeiro(a) Compete:

Descrever na Evolução de Enfermagem a data e horário da Alta;
Organizar o prontuário e checar se foi prescrito a Alta;
Conferir o prontuário se as medicações prescritas estão devidamente checadas;
Comunicar ao setor de Farmácia e de Nutrição a Alta do paciente;
Concluir a SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem (Alta/transferência/óbito) com data e horário;
Entregar ao paciente e ou acompanhante uma via dos exames realizados na unidade colhendo assinatura do protocolo de Entrega de Exames disponibilizado no Intranet.
Após preenchimento do impresso de Alta Hospitalar, solicitar o profissional condutor de macas para encaminhar o paciente até a recepção da unidade;
Encaminhar o prontuário ao Faturamento.

Ao Técnico(a) de Enfermagem Compete:

Retirar acesso venoso do paciente se houver e orientá-lo e ou auxiliá-lo na troca de roupa;
Conferir os Kit de medicação do paciente, preenchendo o formulário inserido no kit, o que não foi utilizado e fazer devolução na Farmácia;

Enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação (NIR):

1. Registrar a Alta do paciente no sistema;

Condutor de Macas Compete:

Realizar limpeza e desinfecção da maca, antes e após o transporte do paciente;
Encaminhar paciente até a portaria em maca ou cadeira de rodas;
Entregar o impresso de Alta Hospitalar ao enfermeiro do NIR.

Porteiro/Vigilante da Recepção:

Retirar a pulseira do membro do paciente com tesoura sem ponta.
7.7. Tarefas Criticas/Especiais
Conferência DIARIAMENTE
8. INDICADORES
Não se aplica
9. DOCUMENTOS DE APOIO
Impresso de Alta Hospitalar.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

	Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
	Elaboração		Coord. Enfermagem		
	Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		
	Aprovação		Diretor Técnico		

1.3.20 HEMOTRANSFUSÃO

1. OBJETIVO

Normatizar a Hemotransfusão de pacientes nas unidades de internação e Pronto Socorro desta unidade, e apresentar as boas práticas para a administração segura, manejo e transporte dos Hemoderivados.

2. REFERÊNCIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 158, DE 04 DE FEVEREIRO DE 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes: Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Unidades de Internação e Pronto Socorro.	Equipe de enfermagem, Laboratório e Médicos.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Prontuário impresso, Prescrição médica.

6. DEFINIÇÕES

É a transferência de um hemocomponente ou hemoderivado de um indivíduo (doador) a outro (receptor). O incidente transfusional é qualquer intercorrência ou evento adverso que ocorra como consequência à hemotransfusão durante ou após sua administração.

PEP – Prontuário Eletrônico de Paciente;

WARELINE – software hospitalar.

INTRANET - rede local de computadores, circunscrita aos limites internos de uma instituição, na qual são utilizados os mesmos programas e protocolos de comunicação empregados na Internet.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

I. Médico Solicitante.

1. Indicar a Hemotransfusão;
2. Comunicar ao paciente que irá ser transfundido sobre a necessidade e importância;

3. Orientar o paciente, responsável ou representante legal e colher assinatura no Termo de Consentimento Esclarecido para realização de Hemotransfusão **(anexo I)** disponível na intranet, módulo "Comitê Transfusional"

4. Descrever no prontuário do paciente (PEP-Wareline), as orientações dadas ao mesmo;

5. Preencher integralmente, com letra legível e sem rasuras o formulário de solicitação de Hemocomponentes específico do Hemocentro Go**(anexo II)** disponível na intranet, módulo "Comitê Transfusional", em 3 (três vias), carimbar e assinar;

6. Prescrever a Hemotransfusão e a solicitação de exame laboratorial (Grupo sanguíneo e hemograma) no PEP-Wareline;

7. Entregar para o Enfermeiro (a) responsável pelo setor;

II. Enfermeiro do setor de Origem.

1. Receber a solicitação de Hemocomponentes em 3 (três) vias, e os pedidos de exames;

2. Observar na solicitação a **classificação de transfusão quanto ao grau de urgência;**

3. Conferir a prescrição médica impressa da Hemotransfusão;

4. Solicitar ao Laboratório (Ramal 309) a coleta;

5. Comunicar ao supervisor administrativo (Ramal 306) a necessidade de busca do Hemocomponente do HEMOCENTRO-GO e solicitar ao mesmo a caixa de transporte;

6. Dirigir-se à farmácia e solicitar gelo reutilizável (gelox) para preparo da caixa;

7. Receber do Laboratório os resultados de exames acompanhado da amostra de sangue em tubo de ensaio;

8. Preparar a caixa de transporte com 2 (duas) vias da solicitação de Hemocomponentes, amostra de sangue, gelox e planilha de movimentação da caixa dos hemocomponentes para controle de temperatura **(anexo III),** conforme recomendações na planilha de condições para transporte de Hemocomponentes **(Anexo IV),** disponível na intranet, módulo "Comitê Transfusional";

9. Guardar a terceira via da solicitação de hemocomponente em pasta localizada no setor para controle interno da unidade;

10. Entregar a caixa preparada ao supervisor administrativo;

11. Receber a caixa do Supervisor administrativo após busca do hemocomponente no HEMOCENTRO GO e conferir material solicitado e controle de temperatura da planilha;

12. Conferir os dados da bolsa do hemocomponente, que é acompanhada de um cartão de Identificação do Receptor preso à bolsa de sangue, o qual deverá ser mantido até o final da transfusão;

13. Contatar imediatamente o HEMOCENTRO GO (3201-4568 / 3201-4569) em casos de discrepância, e **NÃO** iniciar a transfusão;

14. Certificar-se de que a bolsa em questão destina-se realmente ao paciente e que todas as informações estão em conformidades;

15. Orientar os profissionais Técnicos de Enfermagem sobre Hemotransfusão;

16. Verificar Imediatamente antes da transfusão, com muita atenção a identificação do receptor, conferir pulseira de identificação, e certificar que o paciente é o mesmo que receberá a Hemotransfusão, perguntando-

lhe seu nome completo, e data de nascimento, se não for possível, conferir com a identificação no leito e na pulseira;

17. Conferir a identificação do receptor que consta na bolsa com a identificação do paciente;

18. Anotar na prescrição: Conferido e instalado, carimbar a prescrição e o relatório de enfermagem, com os dados contidos no carimbo (data, horário de início da infusão, número da bolsa instalada, volume da tipagem sanguínea, hora de final da infusão);

19. Verificar se a bolsa a ser transfundida encontra-se em **temperatura ambiente** antes de instalar a transfusão, recomenda-se que o hemocomponente permaneça entre 20ºC. e 24ºC, por 30 minutos antes da transfusão, as demais bolsas deverão ficar armazenadas na caixa na temperatura (+2ºC a + 4ºC) até que sejam utilizadas, exceto concentrado de plaquetas, que deverão permanecer entre 20ºC e 24ºC;

20. Cuidar para não violar a bolsa e sua identificação, o sistema deverá permanecer integro até o término da transfusão;

21. Orientar a equipe técnica que é terminantemente proibida a adição de quaisquer substâncias ou medicamentos aos Hemocomponentes, se for necessário administrar alguma medicação tem que ser feito em acesso venoso diferente;

22. Verificar Sinais Vitais, antes, durante e após a transfusão, e registrar no formulário de Acompanhamento Transfusional **(Anexo V)**, disponível na intranet, módulo "Comitê Transfusional";;

23. Permanecer **junto ao paciente durante os primeiros 10 minutos,** observá-lo durante todo o período da transfusão;

24. Observar o paciente com maior rigor se ele já tiver história de qualquer tipo de reação a transfusão de algum hemocomponente;

25. Anotar no prontuário do paciente, (data, hora de início da infusão, número da bolsa instalada, volume, tipagem sanguínea, hora de final da infusão), isso para garantir a rastreabilidade dos hemocomponentes infundidos;

26. Anotar todos esses dados também no livro de Hemotransfusão, (data, hora de início da infusão, número da bolsa instalada, volume, tipagem sanguínea, hora de final da infusão, nome do profissional que instalou a bolsa de hemocomponentes),

27. Comunicar ao médico assistente, nos casos de eventos adversos e suspender imediatamente a transfusão, entrar em contato com o HEMOCENTRO GO (3201-4568 / 3201-4569), e registrar em prontuário;

28. **Observar o período de infusão que não deverá exceder de 4 horas.** Quando este período for ultrapassado a transfusão deve ser interrompida e a unidade descartada;

MANEJO DOS HEMOCOMPONENTES:

29. Usar EPI´s, no preparo da bolsa para a infusão;

30. Realizar lavagem das mãos antes de iniciar a infusão e após o término da infusão;

31. Puncionar novo acesso calibroso para infusão do hemocomponente;

III. Supervisor administrativo

1. Receber a caixa preparada do Enfermeiro;
2. Contactar o HEMOCENTRO GO **(3201-4568/69)** informando a quantidade de Hemocomponente solicitado e receber confirmação para busca conforme estoque;
3. Preencher os dados solicitados na planilha de movimentação da caixa dos hemocomponentes;
4. Entregar a caixa para o motorista e liberar transporte para busca do hemocomponente;
5. Receber a caixa do motorista na volta do HEMOCENTRO GO anotando os dados solicitados na planilha de movimentação da caixa dos hemocomponentes;
6. Entregar a caixa ao Enfermeiro (a) responsável;

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Controle de temperatura da caixa de transporte de Hemocomponentes.

Qualificação Anual da caixa de transporte de Hemocomponentes.

9. INDICADORES

Percentual de hemocomponentes infundidos.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Não se aplica

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

	Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
	Elaboração		Coord. Enfermagem		
	Revisão		Diretor Técnico		

			Encarregada/D M SERV		
	Aprovação		Diretor Técnico		

1.3.21 MEDICAMENTOS MULTIDOSES

1. OBJETIVO	
Realizar controle dos medicamentos multidoses com identificação da data de abertura, validade e assinatura do profissional.	
2. REFERÊNCIA	
Não se aplica.	
3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica e Pronto Socorro.	Equipe de Enfermagem, Equipe médica e Farmácia.
5. RECURSOS NECESSÁRIOS	
Etiquetas adesivas.	
6. DEFINIÇÕES	

CME – Central de Materiais e Esterilização.

Medicamentos Multidoses:

São todos os medicamentos que tem o uso coletivo, Ex: dipirona gotas, Xaropes, Óleo Mineral etc. Estes medicamentos deverão ser usados por todos os pacientes conforme prescrição médica:

Todos os medicamentos Multidoses serão devidamente identificados e validados, conforme protocolo da farmácia que institui um prazo de 28 dias de validação desses medicamentos. Após a expiração do prazo de validade, os medicamentos multidoses serão encaminhados à farmácia para as condutas estabelecidas pelo setor;

Após o recebimento dessas medicações e abertura dos frascos pelo profissional da unidade solicitante, eles serão identificadas com etiquetas de validade, contando 28 dias a partir da data de abertura, contendo a data de abertura, a data de validade e assinatura do profissional que abrir;

As almotolias de uso de produtos antissépticos terão validade de sete (7) dias, conforme etiquetas fixadas nas mesmas, data expirada as mesmas serão encaminhadas para a CME para serem reprocessadas, quando as almotolias voltam para o setor essas serão identificadas e reabastecidas com os antissépticos: Álcool, clorexidina alcoólica, clorexidina degermante, clorexidina solução aquosa.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1- Verificação dos medicamentos Multidoses:

Enfermeiro do Setor:

DIARIAMENTE:

Realizar a verificação dos medicamentos multidoses;

Solicitar ao técnico de enfermagem que abrir o medicamento para realizar a identificação do mesmo;

Controle rigoroso da data de validade dos medicamentos dos produtos com validade expirada;

2- Técnicos de Enfermagem:

Realizar a verificação dos medicamentos multidoses;

Assim que abrir o medicamento ou o produto, este deverá ser imediatamente e corretamente identificado com etiqueta padronizada já anexada no frasco pela farmácia e ou disponível no posto. **(ANEXO I).**

Inspeção dos frascos de multidose no momento da conferência do Check list do setor, encaminhando os frascos com data de validade expirada para a farmácia.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Conferência DIARIAMENTE.

9. INDICADORES

Não se aplica.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Não se aplica

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		**Cargo**	**Data**	**Visto**
Elaboração		Enfermeira		
Revisão		Coordenadora de Enfermagem		

Revisão		Coordenadora do NSP		
Aprovação		Diretor Técnico		

Revisão	Motivo	Data da Revisão

1.3.22 Priorização Clínica Na Sala De Medicação

1. OBJETIVO	
Garantir o atendimento prioritário conforme classificação de Risco, na sala de medicação, pela equipe de Enfermagem.	
2. REFERÊNCIA	
P.C.ENF.001 Classificação de Risco	
3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Sala de Medicação	Equipe de Enfermagem.
5. RECURSOS NECESSÁRIOS	
A ser definidos.	
6. DEFINIÇÕES	
Identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, definidos na classificação de risco.	
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	
O paciente após conclusão do atendimento médico, será encaminhado para sala de medicação, de posse da prescrição (medicamentosa e ou exames). Equipe de enfermagem acolherá o paciente na porta da sala de medicação;	

Identificar através da **pulseira de identificação do paciente**, sua classificação de risco **(amarelo, verde e azul)**, conforme estabelecido pelo Protocolo de Classificação de Risco da Unidade; Orientar o paciente que aguarde o preparo da medicação na soroterapia ou nos box's; Equipe de enfermagem, administrará medicação, face a identificação do paciente, conferindo todos os identificadores, disponíveis em sua pulseira de identificação, de acordo com o Protocolo de Segurança do Paciente: PROT.NSP.006
8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS
Solicitado confecção de **adesivos com as cores da Classificação (amarelo, verde e azul)** para serem anexados na pulseira de cada paciente na Classificação de Risco, facilitando assim visualização da prioridade clínica de cada paciente na sala de medicação bem como no setor de Raio X e Laboratório **(ANEXO I).**
9. INDICADORES
Não se aplica.
10. DOCUMENTOS DE APOIO
Prescrição Médica impressa.

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		**Cargo**	**Data**	**Visto**
Elaboração		Enfermeira		
Revisão		Coordenadora de Enfermagem		
Revisão		Coordenadora do NSP		
Aprovação		Diretor Técnico		

1.3.23 Curativo de ferida cirúrgica limpa

1. OBJETIVO

Evitar a contaminação de feridas limpas;

Facilitar a cicatrização;

Absorver secreções, facilitar a drenagem de secreções, promover a hemostasia com curativos compressivos;

Manter a ferida limpa, ocluída e promover conforto ao paciente.

2. REFERÊNCIA

MANUAL DE CURATIVOS, disponível em: www.nucleovet.com/area_aluno/turma2/manual_curativos.pdf. Acesso em 20/06/2017.

3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Clínica Cirúrgica/Obstétrica	Enfermeiros, técnicos de Enfermagem

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Bandeja;

1 Pinça para Curativo;

1 par de luva de procedimento;

Kit de curativo disponibilizado pelo setor de farmácia (2 pacotes de gazes,1 par de luva estéril 7,5, S.F - Soro Fisiológico 0,9% 2 ampolas 10ml;

Esparadrapo (micropore);

Equipamento de proteção individual (EPI) – Capote, máscara, touca;

Carrinho de curativo.

6. DEFINIÇÕES

Curativo é o cuidado dispensado a uma área do corpo que apresenta lesão de continuidade, terapia tópica, termo que engloba as etapas como processo de limpeza e/ou cobertura.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Calçar luva de procedimento e EPI's;

Comunicar o que vai ser realizado ao paciente;

Fechar a porta da enfermaria para privacidade do paciente ou biombo se necessário;

Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;

Retirar o curativo anterior se houver;

Lavar as mãos;

Abrir o pacote de curativo (técnica asséptica) sobre o carrinho;

Calçar luvas estéreis;

).Aplicar a gaze umedecida com SF 0,9% na ferida em sentido único, repetindo por três vezes (utilizando uma gaze a cada vez);

. Aplicar clorexidina Aquosa com a mesma técnica aplicada ao S.F. 0,9%;

.Secar a ferida;

.Manter o curativo ocluído somente enquanto houver exsudação;

.Não havendo exsudato manter a ferida aberta orientando o paciente a realizar apenas higienização com água e sabão;

.Retirar as luvas, desprezando todo material no saco branco do carrinho;

.Lavar as mãos;

.Registrar o procedimento no prontuário do paciente, relatando aspecto da ferida, secreção e odor.

.Solicitar ao serviço de limpeza a coleta do saco branco do carrinho.

).Realizar limpeza com álcool 70% no carrinho de curativo, antes de adentrar em outra enfermaria.

RECOMENDAÇÕES:

A ferida somente será coberta com gaze e fixa com micropore quando houver exsudato ou a critério médico nas primeiras 24 horas após a cirurgia;

Após suspensão do curativo, manter a ferida limpa e seca;

Avaliar regularmente o aspecto do curativo quanto à necessidade de troca ou de oclusão observando exsudato.

A frequência de realização do curativo deve ser individualizada e determinada de acordo com a quantidade de exsudato e/ou conforme orientação do enfermeiro ou médico;

Orientar o paciente a lavar com água corrente e sabão durante o banho;

Após o banho secar com toalha limpa, sem fazer fricção ou pressão.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Realizar higienização do carrinho de curativos a cada procedimento realizado;

Supervisionar o paciente e seu acompanhante no cuidado com a ferida cirúrgica.

9. INDICADORES
Não se aplica
10. DOCUMENTOS DE APOIO
POP. SCIH.004 Higienização das mãos; Manuais e informes disponibilizados pelo setor de controle de infecção hospitalar-SCIH da unidade.

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS			
Nome	**Cargo**	**Data**	**Visto**
Elaboração	Enfermeira		
Revisão	Coordenadora de Enfermagem		
Revisão	Coordenadora do NSP		
Aprovação	Diretor Técnico		

1.3.24 Armazenamento dos frascos de insulina

1. OBJETIVO
Descrever o correto armazenamento dos frascos de insulina, garantindo assim a qualidade da medicação utilizada nos pacientes.
2. REFERÊNCIA

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz/ Ministério da Saúde.

3. APLICABILIDADE

Clínicas Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Pronto Socorro.

4. RESPONSABILIDADES

Equipe de Enfermagem.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Etiquetas de identificação da data de abertura e validade.

6. DEFINIÇÕES

Insulina: é um hormônio responsável pela redução da glicemia (taxa de glicose no sangue), ao promover a entrada de glicose nas células. Esta é também essencial no metabolismo de sacarídeos (Hidrato de Carbono), na síntese de proteínas e no armazenamento de lipídios (gorduras).

Insulina Humana Recombinante NPH: é um agente que combate o diabetes, diminuindo o nível de glicose no sangue, após a injeção. Após o uso sob a pele (subcutaneamente), Insulina Humana Recombinante NPH apresenta um rápido início de ação, dentro de 1 hora após a administração e tem uma duração de 12 a 20 horas. Devido ao seu perfil de ação prolongada, Insulina Humana Recombinante NPH é normalmente usada em combinação com uma insulina de ação rápida.

Insulina Regular: A insulina regular é considerada mais rápida e tem a coloração transparente. Após ser aplicada, o seu efeito acontece muito rápido, ou seja, cerca de meia hora a uma hora depois. O efeito da insulina regular dura em média de duas a três horas. Após ser aplicada, seu início de ação acontece entre duas e quatro horas, seu efeito máximo se dá entre quatro a 10 horas e a sua duração é de 10 a 18 horas.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- A dispensação pela farmácia do frasco-ampola de insulina será realizada mediante a entrega do fra vazio para o controle interno;

- A utilização da medicação será de uso coletivo e dosagem, de acordo com a prescrição médica;
- Manter os frascos-ampolas que estão sendo utilizados, em lugar o mais arejado possível (entre 15°C e 30°C);
- Os Frascos-ampolas deverão ser armazenados na sala de medicação do Pronto Socorro, postos de Enfermagem nas Clínicas Médica, Cirúrgica e Obstétrica;
- Antes de usar, observar o aspecto do medicamento e caso ele esteja no prazo de validade, observar alguma mudança no aspecto, consultar o farmacêutico para saber se poderá utilizá-lo;
- O Medicamento não deverá ser exposto à luz solar direta ou a altas temperaturas;
- Após aberto, será válido por 28 dias;
- Identificar a data de abertura e validade do frasco-ampola, através de etiquetas pré fixadas na farmácia e/ou disponível nos postos;
- Após um período de 28 dias, deve-se fazer a devolução do frasco-ampola, mesmo se este ainda contiver insulina.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Não se aplica.

9. INDICADORES

Não se aplica.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Não se aplica

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome	Cargo	Data	Visto
Elaboração	Coordenadora do NQSP		

Revisão	Coordenadora de Enfermagem
Aprovação	Diretor Técnico

Revisão	Motivo	Data da Revisão

1.3.25 ESCALA DE FUGULIN

1. OBJETIVO

Classificar o paciente quanto ao grau de dependência em relação à Enfermagem.

2. REFERÊNCIA

Resolução COFEN **Nº 0527/2016** – Revogada pela Resolução **COFEN Nº 543/2017**

Fugulin et. al. 2005.

3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Clínica Médica e Cirúrgica (Aplicar a todos os pacientes adultos admitidos e a cada 24 horas).	Enfermeiros.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Papel;

Caneta;

Escala de Fugulim Impressa.

6. DEFINIÇÕES

SCP – Sistema de classificação de pacientes.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Resolução COFEN Nº 543/2017, 2º Cabe ao Enfermeiro o registro diário da classificação dos pacientes segundo o SCP, para subsidiar a composição do quadro de enfermagem para as unidades de internação.

Instrumento a ser utilizado para a classificação de pacientes no UNIDADE DE SAÚDE: Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005), conforme tabela abaixo:

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Realizar o preenchimento da escala regularmente.

9. INDICADORES

Não se aplica

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Resolução COFEN Nº 543/2017 e Anexos.

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome	Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração	Coord. de Enfermagem		
Revisão	Coord. N.Q.S.P		
Aprovação	Diretor Técnico		

Revisão Nº	Motivo	Data da Revisão

1.4 NORMAS E ROTINAS DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

1. INTRODUÇÃO

A enfermagem é, em sua essência, responsável pela arte e ciência do cuidado ao paciente/cliente, no entanto, além disso, passou a cuidar também da organização dos ambientes/setores, fluxos, processos e fluidez de todas as atividades desenvolvidas nos setores, tornando-se a ligação entre a equipe multiprofissional e entre os vários serviços ofertados ao paciente/cliente.

Desta maneira, para garantir o funcionamento ordenado e constante das atividades no setor, é necessário haver padronização, sendo esta uma ferramenta gerencial, que possibilita a transmissão de informações e dos conhecimentos adquiridos, favorecendo a continuidade da assistência, contribuindo para a redução dos erros e iatrogenias e assim garantindo a segurança do paciente.

2. OBJETIVO

Definir, estabelecer e homogenizar, em caráter normativo e norteador, as normas de funcionamento da UNIDADE DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, bem como as rotinas de execução das atividades de enfermagem.

3. DEFINIÇÕES

Este documento apresenta as normas e rotinas gerais da UNIDADE DE EMERGÊNCIA E TRAUMA do HUGO, sendo a referência para manutenção da organização do referido setor.

Todas as normas e rotinas aqui descritas, foram elaboradas considerando, além de estudos técnico-científicos, as regulamentações vigentes no campo da enfermagem, bem como legislações que normatizam os mais diversos setores do hospital, assim como os fluxos do setor.

4. SIGLAS

UET _ Unidade de Emergência e Trauma

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás

POP – Procedimento Operacional Padrão

PCR _ Parada Cardiorrespiratória

EPIS _ Equipamentos de Proteção Individual

UTI _ Unidade de Terapia Intensiva

CME _ Centro de Materiais e Esterilização

5. APLICAÇÃO

Unidade de Emergência e Trauma

6. DESCRIÇÃO DO MANUAL

PLANTA FÍSICA

A estrutura física do setor é baseada nas resoluções RDC 50/2002 e RDC 307/2002, da ANVISA e dispõe das seguintes áreas: vestiários e banheiros para os colaboradores feminino e masculino.

Temos uma recepção, 10 (dez) box de reanimação, sendo 02 (dois) destes, box vermelhos para atendimento exclusivo de urgência e emergência, um posto de enfermagem com bancada que permite uma ampla visualização dos pacientes, sala de materiais, sala de equipamentos, sala de utilidades, sala de estar e copa, sala da coordenação de enfermagem, sala de pequenos procedimentos, sala de gesso, consultório da ortopedia, 26 (vinte seis) leitos de enfermaria de retaguarda (observação) sendo 16 masculinos e 10 femininos. Sala de classificação de risco e sala de decisão.

NORMAS E ROTINAS

Na Unidade de Emergência e trauma são realizados variados atendimentos e procedimentos, conforme as especialidades médicas atuantes no HUGO, priorizando sempre as urgências e emergências médicas, o que exige da equipe de enfermagem um conhecimento pleno dos processos de trabalho necessários ao desenvolvimento das atividades de assistência à saúde dos pacientes.

RESPONSABILIDADE E DEVERES

DEVERES DO ENFERMEIRO COORDENADOR

Manter a Unidade e o pessoal preparado para atendimento de rotina e qualquer atendimento de emergência;

Atender a equipe Médica, de Enfermagem e multiprofissional no desempenho de suas atividades;

Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;

Cooperar com os demais Serviços do Hospital;

Desenvolver programas de atendimento humanizado;

Realizar toda a gestão do setor inclusive com uso de ferramentas da qualidade tais como: mapa de processos, fluxogramas, indicadores e matriz de riscos;

Realizar a gestão de incidentes com ou sem danos;

Garantir a aplicação dos protocolos de segurança do paciente;

DEVERES DO ENFERMEIRO DIARISTA

Realizar visita diária aos pacientes internados na unidade;

Organizar prontuários durante a internação do paciente e após sua alta quando necessário.

Auxiliar o Enfermeiro plantonista na elaboração na execução da SAE diária e em procedimentos assistenciais quando necessário;

Solicitar ao setor responsável a coleta de exames laboratoriais e Raio-X;

Conferência dos carrinhos de emergência quanto a validades e reposição correta realizada pelos enfermeiros do setor; e conferência e reposição quando houver rompimento do lacre;

Solicitar ambulância junto ao NIR para procedimentos, transferências, e altas quando necessário;

Observar materiais e equipamentos com defeito devendo identificá-los (quanto ao defeito a pessoa que identificou e a data), retirá-lo da unidade e relatar no livro da enfermagem e realizar abertura de chamado para manutenção corretiva, se for o caso;

Auditoria interna de prontuários (SAE, Balanços, Prescrições e Evoluções de Enfermagem);

Realizar requisições de materiais e formulários quando necessário;

DEVERES DO ENFERMEIROS PLANTONISTA

Como para todo profissional da unidade só é autorizado sua ausência na presença de um plantonista substituto;

Durante a passagem de plantão é necessário que seja passado todos os detalhes pertinentes a respeito de cada cliente, descrevendo inclusive características e viabilidades dos acessos, e quadro clínico de melhora ou piora no período do plantão;

Após a passagem de plantão a enfermeiro (a) responsável pelo período deverá percorrer leito a leito conferindo drogas em infusão, procedimentos de horário e acesso venoso ou central avaliando inclusive se estão perveis;

Durante os primeiros procedimentos de plantão o enfermeiro deverá estar presente auxiliando a equipe técnica em suas dúvidas e necessidades;

A avaliação da necessidade de aspiração e a execução desta atividade bem como a parametrização do modo ventilatório de paciente é de competência compartilhada entre o enfermeiro, o fisioterapeuta e médico de plantão;

Os curativos de alta complexidade devem ser realizados pela enfermeira de plantão conforme seu julgamento clínico, e deve ocorrer preferivelmente após o banho;

A passagem de SVD e sondas gástricas bem como a sua retirada é da competência da enfermeira de plantão, devendo a mesma realizar identificação com responsável e data do procedimento;

Da competência da enfermeira avaliar a administração de dietas enterais e parenterais, orientando quanto ao posicionamento do paciente no leito;

A nutrição parenteral deve ser instalada pela enfermeira de plantão com técnica estéril conforme prescrição médica e da nutrição;

A retirada de acesso venoso central deverá ser realizada pela enfermeira do plantão conforme programação de tratamento da equipe médica para o paciente;

A assistência de enfermagem deve ser baseada na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o sistema MV devem ser preenchidos adequadamente em todos os plantões, com validade de 24 horas. A anotação de todas as intercorrências relacionadas ao cliente, devem ser descritas na ficha de evolução de enfermagem;

Durante situações de urgência e emergência o enfermeiro deve executar as manobras adequadas, orientando a equipe de enfermagem, a fim de garantir a fluidez das ações propostas pela equipe médica;

Executar os procedimentos assistenciais priorizando-os antes do preenchimento de qualquer formulário, só então segue-se com o registro das ações de enfermagem;

A enfermeira deve, mensalmente, realizar orientações com sua equipe, sobre situações de fragilidades observadas no decorrer deste período, realizando registo com lista de presença;

Todas as admissões devem ser acompanhadas pelo enfermeiro e registradas no prontuário do paciente;

Manter o dialogo constante, com a equipe de enfermagem e multiprofissional a fim de garantir a segurança das informações relacionadas ao cliente;

Manter e preservar o sigilo das informações sobre o cliente e seu tratamento;

Manter a organização da unidade: livro ata de passagem de plantão, comunicação interna, relatório de alta e admissão, entre outros devem ser de conhecimento de todos e de fácil acesso;

Ao enfermeiro cabe-lhe o papel de planejar, orientar e aplicar uma assistência humanizada de qualidade onde preservando sempre a segurança do cliente e de sua equipe;

Após o início de cada plantão o Enfermeiro responsável pelo período deverá percorrer todo o setor, sala por sala, inclusive espaço do gesso, conferindo a funcionalidade dos aparelhos, tais como: carrinho de parada cardiorrespiratória, monitores, ventiladores, cabeceira dos leitos, sala de equipamentos e materiais, expurgo. Visualizando a necessidade de requisições de materiais da Central de Material e Esterilização (CME) e demais materiais;

O Enfermeiro deve determinar o horário de descanso e de refeição para cada um dos membros da equipe de enfermagem, a fim de que o setor não fique sem profissionais atender Intercorrências que porventura acometam os pacientes/clientes;

O Enfermeiro acompanhado de toda a equipe deverá manter o setor organizado, Enfermeiro deve determinar qual será a escala de colaboradores diariamente de Parada Cardiorrespiratória(PCR), informando quem serão os responsáveis pela: medicação, circulante, manobras, vias aéreas etc;

O Enfermeiro deverá supervisionar e orientar a equipe de enfermagem quanto ao uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIS), bem como a obrigatoriedade do uso do unissex exclusivo do setor e a retirada de adornos;

É de competência do Enfermeiro realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na admissão e a cada 24 horas, para todos os pacientes cuja a conduta médica culmina em internação, bem como realizar relatório de todos na intercorrência.

Aos pacientes críticos que forem encaminhados ao centro cirúrgico ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI), compete a Enfermeira plantonista levá-lo até o setor de destino, junto com o médico assistencial ou o médico anestesista.

Realizar curativos de cateter venoso central (CVC), lesões de pele e por pressão e identificá-los conforme rotina;

Aspirar tubo orotraqueal (TOT) e traqueostomia (TQT) e em casos extremos delegar atividade a um técnico já treinado sob a sua supervisão;

Realizar requisições de materiais quando necessário.(ou delegar a 01 técnico)

DEVERES DO TÉCNICOS EM ENFERMAGEM

Os técnicos de enfermagem, como qualquer outro profissional, só devem se ausentar na presença de um substituto para sua função;

Todos os formulários devem ser preenchidos, em todos os seus campos, conforme a necessidade, com informações fidedignas;

Os cuidados de enfermagem devem ser realizados conforme prescrição do enfermeiro e registrados no prontuário do paciente;

É da responsabilidade do técnico os cuidados com material manipulado, a preservação do material e o transporte do mesmo para CME ou local de esterilização, conforme escala do dia feita pela enfermeira, devendo ser seguida rigorosamente nos horários estipulados pelo setor de CME;

Manter armários repostos e com estoque mínimo padronizado para setor;

Manter caixas de medicação dos pacientes dentro dos respectivos BINS;

Embalar e identificar os pertences dos pacientes;

Trocar fixação da SNE no momento do banho (diariamente) e se houver sujidade; colocar nome e data do profissional na fixação;

Realizar higiene horal 03 vezes ao dia em pacientes internados.

Trocar fixação de tubo orotraqueal e traqueostomia no momento do banho e sempre que houver sujidade visível – colocar nome e data do profissional;

Identificar todas as punções venosas realizadas (nome, data e calibre), e assinar;

Realizar fixação de sonda vesical de demora e troca quando necessário: homem na região suprapúbica e mulher na face interna da coxa;

Identificar com rótulo todos os soros e dietas (preencher todas as informações do rótulo);

Mudar decúbito de 2/2h. Manter roupas sujas sempre no saco de Hamper fechado e levar fechado para o expurgo;

Respeitar o Horário de Almoço que deve ser rigorosamente seguido dentro de 1 hora, como preestabelecido na carga horária: dentro de uma hora almoçar e descansar;

Receber e passar plantão beira leito;

Entregar e buscar material no CME conforme horário;

Aspirar VAS; aspirar TOT e TQT sob a supervisão direta do enfermeiro;

Manter o expurgo limpo e organizado conforme escala;

Preparar o corpo pós-morte;

Deixar leito organizado e montados para admissão de novos pacientes;

ADMISSÃO DO PACIENTE

As admissões na Unidade de Emergência a Trauma (UET) são realizadas conforme a Gestã de Leitos pelo Núcleo Interno de Regulação – NIR. A gestão é realizada nas 24 h do dia, os sete dias da semana. As vagas são solicitadas através do sistema eletrônico MV ao NIR o qual disponibiliza o leito. A Unidade de Emergência e Trauma admitirá pacientes com vagas cedidas para Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva e para o próprio setor. Será feito a troca de dispositivos, como acesso periféricos, sondagens, e curativo de acesso central pela equipe de enfermagem do paciente admitidos na UET. A troca de tubo endotraqueal e o acesso central será definido pela equipe médica. Ao encaminhar os pacientes para o setor onde foi ofertado a vaga pelo NIR, o enfermeiro deverá passar o quadro clínico do paciente via ramal por telefone, para o Enfermeiro que admitira o paciente, e sinalizar antes de transportar para equipe que ira recebê-lo. Os critérios de admissão devem seguir rotina institucional. O paciente com perfil de clínica médica, será encaminhado após a confecção da ficha de transferência, pelo condutor e técnico de enfermagem. E o paciente com perfil de UTI, após a confecção da ficha de transferência e passagem de quadro clínico, se. encaminhado com o condutor, enfermeiro e médico, com os equipamentos se necessário bomba de infusão, ventilador de transporte e monitor. Esses equipamentos de transporte devem ser retornados para UET, após o transporte, devendo estes ser higienizados e guardados em local próprio. Somente o NIR tem autonomia para realizar a gestão de leitos da UET em conjunto com o Chefe de plantão, e não trabalhamos com "reserva de leito" feita por outro setor que não seja o NIR. Admissão dos pacientes externos se inicia pela classificação de risco, após isto o paciente deverá ser direcionado ao leito destinado para o Pronto Socorro. Nos casos em que o paciente for classificado na cor Vermelha, Laranja e Amarelo, o mesmo deve ser transferido imediatamente para o box vermelho, monitorizado e avaliado pelo médico, seguindo o fluxo de atendimento.

SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS, INSUMOS E MEDICAMENTOS:

A Solicitação de materiais de farmácia de uso geral será feita pelo enfermeiro, podendo este delegar a um técnico de enfermagem, via sistema. A solicitação de medicamentos se dá através da prescrição médica no sistema MV, apresentando a segunda via da prescrição na farmácia. A prescrição da emergência são entregue uma via a farmácia satélite e a outra fica no prontuário. Os kits da observação, dispensação de medicamentos, ocorre através da entrega da prescrição na farmácia do térreo. A farmácia, por sua vez, confecciona e dispensa o Kit com os medicamentos, por paciente, para atender as próximas 24 horas. No Kit já são incluídos os materiais necessários para administração dos medicamentos prescritos. Os medicamentos de uso coletivo (tais como almotolias com clorexidinas e álcool, Ipratrópio, lidocaína, pomadas para curativo e etc), são solicitados na farmácia do térreo, durante a rotina de requisição ao final de cada plantão. Devendo estes serem identificados corretamente com data de abertura e responsável. Os insumos de papelaria (canetas, papel A4, carbono, impressos dos formulários e etc) e descartáveis, são solicitados ao almoxarifado, via sistema.

MATERIAIS DE CME:

A solicitação e devolução dos materiais do Central de Material de Esterilização é realizada diariamente mediante formulário específico de solicitação e em horários estipulados pelo CME. O levantamento da quantidade de materiais é feito de acordo com o quantitativo de clientes em atendimento, considerando a necessidade assistencial de cada cliente. A entrega do material contaminado na CME, deve ocorrer nos horários preconizados, onde um condutor realiza a retirar e transporta este material para CME.

ENTREGA DE MATERIAIS CONTAMINADOS NO CME:

A entrega de materiais no Centro de Materiais e Esterilização – CME no expurgo é realizado em carro próprio dentro dos padrões exigidos (carro fechado) e registrado em fomulário próprio;

REQUISIÇÃO DE MATERIAIS ESTÉREIS NO CME:

A retirada do material estéril é feita diretamente no Centro de Materiais e Esterilização – CME e com a apresentação do Formulário de Requisição devidamente preenchido pelo Enfermeiro ou Técnico de enfermagem; O controle de materiais da CME e feito através do

check list que contém em cada armário de reposição de materiais da CME, temos também o check list de quantidade mínima de matérias da farmácia apenas para atendimento das emergências. Feita todo início de plantão ou após a cada intercorrência. A entrega de material contaminado no expurgo é feito pela equipe nos horários definidos pela CME: Busca: a retirada do material estéril também é definida conforme rotina da CME;

ALTA

ALTA MELHORADA

A alta do cliente ocorre por meio de prescrição médica. Após a prescrição da alta a equip enfermagem deve realizar orientações gerais sobre a alta e preparar o cliente para a saída. É importante e obrigatório realizar um registro preciso das condições do cliente durante a alta.

Na alta, deve ser preenchido o comunicado de alta, para autorizar a saída do cliente do Hugo, neste caso, este documento deve ser preenchido em 1 via, sendo ela entrega ao recepcionista na hora da saída.

O cliente deve ser conduzido para recepção, acompanhado do condutor e técnico de enfermagem, nunca andando, sempre na cadeira de rodas ou maca.

ALTA POR TRANSFERÊNCIA INTERNA

A alta da UET também acontece quando o paciente apresenta condições clínicas para ser transferido para o setor de internação/enfermaria, UTI e CC, conforme critérios de a estabelecidos pela instituição.

A solicitação da vaga é feita ao NIR via sistema MV. Após a confirmação e disponibilização da vaga pelo setor de internação, o serviço social entra em contato com os familiares do paciente para que o acompanhem na saída para a UTI ou para a enfermaria, conforme a rotina estabelecida.

A equipe de enfermagem deve priorizar os banhos dos pacientes de alta e sempre que possível promover banho de aspersão. No momento da alta, deve ser preenchido o formulário de transferência e o comunicado, além disso, enviar todos os exames realizados na unidade e medicações a serem administradas para o setor de destino. O registro da transferência é feito via prescrição médica.

Ademais, quando o paciente estiver estável e for encaminhado para enfermaria, apenas o técnico de enfermagem junto com o condutor, farão o transporte, já quando o paciente for para UTI, o mesmo deverá ser acompanhado por enfermeiro e médico.

TRANSFERÊNCIA PARA UTI.

Todo paciente, deve ser encaminhado para UTI, após confirmação do leito, pelo enfermeiro, e via sistemada. protocolo de entrega de AIH no NIR; não havendo necessidade obrigatória de se encaminhar prescrição, no entanto, caso o paciente esteja prescrito, encaminhar a prescrição junto. Além disso os demais documentos de registro, que tenham sido preenchidos e anexados ao prontuário devem ser encaminhados; O paciente deve ser encaminhado de fralda, com acesso venoso pérvio identificado, devendo estar com acesso venoso central no caso de uso de drogas vasoativas (estimular a equipe médica é passar o cateter venoso central, sempre que necessário), deve ainda ser devidamente identificado com pulseira de identificação; Todos os dispositivos invasivos (exemplo: sonda vesical de demora, sonda nasogástrica, acessos venosos e drenos) devem estar devidamente identificados. Não encaminhar kit de medicamentos ou materiais, devendo os mesmos serem devolvidos a farmácia/caf; Apenas após seis horas de internação que o paciente, ao ser encaminhado para UTI, precisa ser higienizado (banho no leito), bem como, considerando este mesmo período, os curativos devem ser todos realizados. Deve ser retirado todo e qualquer adorno, prótese, ou qualquer outro pertence, devendo o mesmo ser entregue aos familiares, ou protocolado no setor de guarda e pertences. Nos casos de pacientes provenientes de outras unidades de saúde, que foram primeiramente admitidos na emergência, os dispositivos invasivos devem ser trocados, mas sempre considerando a clínica do paciente. A transferência do paciente, bem como suas condições clínicas, deve ser, prontamente registradas no prontuário, na evolução de enfermagem;

TRANSFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO

Todo paciente, deve ser encaminhado para enfermaria, após confirmação do leito via sistema MV, e pelo enfermeiro, da seguinte maneira: Portando minimamente, em caráter obrigatório, Check List de transferência para enfermaria; protocolo de entrega de AIH no NIR; Evolução da equipe de enfermagem e prescrição médica realizado via sistema MV. Além disso os demais documentos de registro, que tenham sido preenchidos e anexados ao prontuário devem ser encaminhados; O paciente deve ser encaminhado com roupa trocada, com acesso venoso pérvio identificado, deve ainda ser devidamente identificado com pulseira de identificação; Todos os dispositivos invasivos (exemplo: SVD, SNE, AVC e

drenos) devem estar devidamente identificados. Encaminhar kit de medicamentos se o mesmo já tiver sido montado, ou, caso contrário, deixar a segunda via da prescrição na farmácia, para que seja confeccionado o Kit e comunicar o setor de destino que o kit está sendo montado; Deve ser retirado todo e qualquer adorno, prótese, ou qualquer outro pertence, devendo o mesmo ser entregue aos familiares, ou protocolado no setor de guarda e pertences. No caso de paciente encaminhado para carceragem, estes devem ir o quanto antes, inclusive, mesmo com pendências, devendo estas serem resolvidas o mais rápido possível. A transferência do paciente, bem como suas condições clínicas, devem ser, prontamente registradas no prontuário, na evolução de enfermagem;

ALTA POR ÓBITO

A alta por óbito se dá após a constatação do óbito pelo médico. A equipe técnica em enfermagem faz o preparo do corpo conforme protocolo institucional de cuidado do corpo após morte e encaminha-o para o morgue. O Enfermeiro imprime do sistema MV o formulário para encaminhamento ao IML / SVO, deve solicitar ao Serviço Social a declaração de óbito, em seguida deve entregar para o médico para preencher o atestado de óbito. O Enfermeiro registra o óbito no prontuário, onde faz a evolução e registra no caderno de óbitos pelo enfermeiro e imprime, via sistema, a identificação cadavérica, considerando que: Óbito com causa conhecida deve ser preenchido a Declaração de óbito; Óbito com causa desconhecida deve ser preenchido a ficha de encaminhamento para o Serviço de Verificação de óbitos (SVO); Óbito resultado de violência deve ser preenchido a ficha de encaminhamento ao Instituto Médico Legal (IML);

TRANSFERÊNCIA PARA CENTRO CIRÚRGICO

Todo paciente, deve ser encaminhado para centro cirúrgico, após confirmação do leito via sistema MV, e pelo enfermeiro, da seguinte maneira: Portando minimamente, em caráter obrigatório, Check List de transferência de cirurgia segura; protocolo de entrega de AIH no NIR; Evolução da equipe de enfermagem. Além disso os demais documentos de registro, que tenham sido preenchidos e anexados ao prontuário devem ser encaminhados; O paciente deve ser encaminhado com roupa trocada, com acesso venoso pérvio identificado, deve ainda ser devidamente identificado com pulseira de identificação; Todos os dispositivos invasivos (exemplo: SVD, SNE, AVC e drenos) devem estar devidamente identificados, Deve ser retirado todo e qualquer adorno, prótese, ou qualquer outro pertence, devendo o mesmo ser entregue aos familiares, ou protocolado no setor de guarda e pertences. A transferência

do paciente, bem como suas condições clínicas, devem ser, prontamente registradas no prontuário, na evolução de enfermagem.

ALTA PEDIDO

Nos casos em que o paciente solicitar alta, deve-se considerar, o nível de consciência e a avaliação auto e psíquica, a fim de constatar confusão mental. Estando o paciente confuso, não há possibilidade de alta a pedido. Diferenciar os casos de embriagues; Deve primeiro entender os motivos da solicitação da alta e, caso seja viável, resolver qualquer situação motivadora; A equipe médica deve estar ciente do pedido de alta; Consentindo na alta a pedido, deve-se preencher documento próprio, com paciente assinando, bem como um representando (familiar), inserindo número de documentos pessoais;

EVASÃO

Ao se perceber a evasão de pacientes, deve-se registrar imediatamento no prontuário e se dirigir ao posto policial para abertura de Boletim de Ocorrências; Comunicar o Serviço Social para que comuniquem a família;

CONSULTAS DE ESPECIALIDADES E ACOMPANHAMENTOS AMBULATORIAIS

Nos casos em que houver necessidade de avaliação, dos pacientes internados, de outras especialidades. Após a alta, caso o médico identifique necessidade de acompanhamento via ambulatorial, nas especialidades que ofertamos, o médico deverá preencher o pedido e o paciente ou acompanhante, deve se dirigir a recepção levando o pedido para que seja realizado o agendamento da referida consulta.

REALIZAÇÃO DE EXAMES

EXAMES POR IMAGEM

A solicitação é feita via formulário (prescrição) no sistema MV. Após impresso, O pedido deve ser classificado, pelo enfermeiro, uma etiqueta de classificação (Vermelho para emergência, Amarelo para urgência e Verde para não urgência e emergência), priorizando o exame a ser realizado. O Raio-X é realizado no setor de radiologia. Para a realização do mesmo o paciente é transportado pela equipe de enfermagem e um maqueiro. Exceto em pacientes intubados, quando for raio-X de tórax, o mesmo é feito no leito, neste caso, basta acionar, via ramal, a equipe da radiologia.

Na necessidade de realizar tomografia, o exame também deve ser classificado conforme acima descrito. Caso o paciente esteja intubado, o plantonista, do pronto socorro, deve acompanhar o paciente durante a realização do exame, junto com o enfermeiro.

A realização de exames complementares, como endoscopia, colonoscopia, broncoscopia e ecocardiograma; Apos o preenchimento da APAC e a prescrição constar o pedido de exame, liga na sala de endoscopia agenda o exame conforme orientação médica. Devendo o pedido ser encaminhado para sala de exame para agendamento, da mesma forma com o ecocardiograma, Concretizado o exame, o mesmo será encaminhado para o setor de laudos onde o médico responsável pelo serviço elaborará o exame e o enviará para a sala d digitação, para que como o próprio nome sugere seja digitado, o resultado será disponibilizado em até 02 horas.

EXAMES LABORATORIAIS

A solicitação dos exames é feita via solicitação de exames (prescrição médica), devendo o pedido, ser classificado conforme descrito no item anterior. A coleta de amostra para exames laboratoriais é feita no leito, sendo coletadas pelo técnico do laboratório conforme rotina institucional. Nos casos de gasometria, o enfermeiro do setor, pode realizar a coleta.

EXAMES EXTERNOS

O agendamento de exames externos é solicitado pelo NIR, devendo ser feita a solicitação APAC pelo médico plantonista e entregue ao NIR que faz o agendamento do exame solicitado. Após a confirmação do agendamento do exame, se o paciente não te acompanhante, o serviço social entra em contato com a família ou responsável pelo paciente para informar sobre o agendamento do exame e solicita a presença do mesmo para acompanhar o transporte do paciente. O transporte do paciente é agendado pelo enfermeiro assistencial, junto a coordenação de transporte.

LIMPEZAS E DESINFECÇÃO

A unidade deve dispor de uma equipe de higienização exclusiva para atender setor. O Pronto socorro é classificado como área crítica devendo a limpeza terminal ocorrer com periodicidade mínima de sete dias, as enfermarias de observação são classificadas como áreas semicríticas, devendo a desinfecção terminal ser realizada com intervalos não superiores a 15 (quinze) dias. No caso da limpeza concorrente, nas áreas críticas, deve ser

realizada três vezes por período de 24 horas, e nas áreas semicríticas, esta deve ser realizada duas vezes a cada 24 horas.

No que se refere a enfermaria com leitos ocupados, a higienização do leito e dos equipamentos médico-hospitalares deve ser feita pelo técnico de enfermagem, seguindo a periodicidade de duas vezes ao dia.

Todos os equipamentos do setor devem, necessariamente, ser armazenados, na sala de equipamentos, após sua higienização adequada, que também deve ser feita pela equipe de enfermagem. Após a higienização deve-se fixar uma etiqueta identificando a ação. Após 15 (quinze) dias de armazenamento, sem uso, mesmo higienizado, o equipamento deve ser limpo novamente antes do uso com clientes.

CONTROLE DA CHECAGEM DO CARDIOVERSOR E CARRO DE EMERGÊNCIA.

Visando proporcionar maior facilidade, no trabalho, checagem do cardioversor/desfibrilador é realizada diariamente pelo enfermeiro no período diurno e noturno e preenchido o check list de controle.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados após abertura do mesmo (pelo enfermeiro). O registro da conferência é feito em documento específico, após a conferência as gavetas são lacradas com lacre numerado disponibilizados pela farmácia satélite. No check list de controle diária Poderá visualizar os materiais disponibilizados no carro de emergência como: funcionamento do laringoscópio (cabo e lâmina), presença da tábua de massagem, presença do lacre e presença de 01 fio guia, 01 ambu.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados uma vez por mês e após a abertura do mesmo. A conferência é feita por um técnico em enfermagem e/ou enfermeiro e pela farmácia. O registro da conferência é feito em documento específico, após a conferência as gavetas são lacradas com lacre padronizado pela instituição.

CONTROLE DE PSICOTRÓPICOS

Os psicotrópicos devem ser dispensados aos pacientes apenas mediante prescrição médica e ficha de controle especial, direto pela farmácia satélite, devendo seu preparo e administração serem supervisionados pelo enfermeiro.

O controle dos psicotrópicos dispensados aos pacientes internados nas enfermarias é realizado e registrado pelo enfermeiro assistencial, onde o medicamento é entregue na pela farmácia satélite da unidade e toda dispensação é feita via Prescrição Médica e Receituário

do Psicotrópico, carimbado e assinado pelo médico plantonista. Após o recebimento o medicamento é acondicionado em local adequado e mantido trancado até o momento da administração.

CONTROLE E MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS

O controle de equipamentos da unidade, é feita pelo patrimônio e supervisão de Enfermagem. E realizada a conferência diária, e sempre que observada algum problema abre chamado para engenharia clínica, anotado o número do chamado no livro de protocolo. Sempre que for preciso movimentar algum equipamento para outro setor ou para manutenção, a movimentação deve ser registrada em livro de protocolo.

Sempre que algum equipamento apresentar defeitos ou mal funcionamento, imediatamente, devemos acionar a engenharia clínica para reparo via chamado em intranet.

ESCALA DE TRABALHO E DIVISÃO DE TAREFA

As escalas mensais de trabalho são elaboradas pelo coordenador de enfermagem e validada pela gerência assistencial, conforme jornada de trabalho do colaborador. A divisão de tarefas segue uma escala, elaborada diariamente pelo enfermeiro e disponibilizada no setor, em casos de faltas e atestados o enfermeiro do plantão faz a readequação.

O colaborador deve realizar suas refeições (desjejum, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia) apenas no refeitório.

Os intervalos de descanso acontecem a partir das 11:30 para os colaboradores do diurno e a partir das 24:00 para o noturno. Os colaboradores do diurno gozam de 01 hora de intervalo, e os do noturno gozam de 02 horas de intervalo, incluindo a pausa para as refeições.

TROCAS

Os colaboradores podem solicitar até 02 trocas mensais, através do formulário Solicitação de Folgas/ Trocas. A solicitação deverá ser entregue ao coordenador do setor para validação / aprovação e assinatura de ambos, devendo ocorrer com no mínimo 48 horas antes da data da troca. As trocas não podem acontecer em plantões consecutivos

ATESTADOS

Os Atestados Médicos deverão ser entregues, ao SESMT, respeitando a normativa do SESMT devendo conter: assinatura do profissional, carimbo e assinatura do médico.

Os Atestados de comparecimento e acompanhante, serão aceitos somente para justificativa da ausência do colaborador no plantão, portanto o mesmo não abonará sua falta, mas apenas justificará a falta evitando aplicação de medida disciplinar.

Referente as ausências, por conta do falecimento de entes queridos, somente serão aceitos documentos de justificativas (atestados de óbito) quando o óbito for de parentes de 1°Grau(Pais, filhos e Cônjuges).

Os atestados deverão ser entregues com no máximo dois dias após seu início.

PASSAGEM DE PLANTÃO

A passagem de plantão acontece diariamente às 07:00 e as 19:00 após as trocas de equipe. E por passômetro pela equipe de enfermagem. Deve ser realizada no interior do setor, passando leito por leito, onde o enfermeiro e o técnico em enfermagem passam a história do paciente, intercorrências e pendências.

No box deverá ocorrer a beira leito. Na classificação de Risco, ocorre no próprio setor, devendo ser passadas as intercorrências e pendências. Nos leitos de observação (retaguarda, também deve ocorrer beira leito, paciente por paciente).

REALIZAÇÃO DE CUIDADOS E PROCEDIMENTOS

A realização de cuidados e procedimentos são feitas tendo como referência os protocolos institucionais (POPs).

REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Diariamente o Enfermeiro e técnico em enfermagem fazem o registro no sistema MV. Além da evolução diária deverão ser registradas todas as intercorrências e cuidados prestados ao paciente no decorrer do período que esteve no setor.

Diariamente é realizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE pelo enfermeiro assistencial do período diurno e noturno, onde são registrados todos os dados referentes ao histórico do paciente, exame físico, diagnostico de enfermagem e prescrição de enfermagem, para os pacientes que permanecer por mais de 24 hs.

Diariamente o técnico em enfermagem faz o registro da anotação de enfermagem e de sinais vitais conforme a escala de MEWS.

LIVRO ATA

O relatório de enfermagem, registrado no livro ata, deve conter as informações mínimas sobre o plantão, intercorrências e pendências.

Ex.:

Goiânia, 10 de dezembro de 2019

Enfermeiros: Uriel e Maria

Técnicos:

Joana (box vermelho)

Maria (estabilização)

Cassia(corredor)

Jane (gesso)

João (transporte)

Pendencias:

Intercorrências:

Assinatura e carimbo dos enfermeiros.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação ocorre seguindo o sistema de manchester. Os pacientes são encaminhados de outras Unidades, via regulação, para exames e avaliações.

Em caráter excepcional, recebemos pacientes por demanda espontânea, neste caso, deve-se avaliar a gravidade do caso, e observa o perfil prioritariamente de trauma que temos e direcionar os pacientes não graves para as UPAS e CAIS.

REVESAMENTOS

Os revezamentos de refeição e descanso deverão ocorrer da seguinte maneira: Como temos 02 enfermeiros no Pronto socorros, estes revezam entre si. Os enfermeiros da Classificação, devem revezar com o enfermeiro da Observação; Há casos de haverem dois enfermeiros na Classificação de Risco e na Obervação, nesta situação, estes deverão revezar os horários entre si. O posto de trabalho não deve ficar sem a presença do enfermeiro.

SALA DE GESSO

A sala de procedimentos de imobilização (gesso) é de responsabilidade da UET. A sala de gesso deverá ser supervisionada pelo enfermeiro da Observação; O paciente não deve ser mantido no corredor do gesso, este deve ser internado nos leitos de retaguarda, conforme conduta médica;

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A notícia do óbito é dada exclusivamente pelo médico para a família, pessoalmente; Todo e qualquer evento adverso, com ou sem Dano, inclusive o Near Miss (quase erro) devem ser notificados imediatamente ao NQSP (Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente); Toda doença de notificação compulsória, seja nos casos de suspeita ou diagnóstico confirmado, a depender da patologia, conforme orientação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da prefeitura, deve ser preenchida, completamente e sem rasuras, a ficha de notificação compulsória, pelo enfermeiro e encaminhada ao SCIRAS, mantendo uma cópia no prontuário do cliente. As medidas disciplinares são de gestão do Recursos Humanos, podendo o Enfermeiro, em situações simples de não cumprimento de normas e ordens diretas fazer uso de advertência verbal, devendo esta, ser registrada no livro de relatório e comunicada a coordenação. Nos casos mais complexos, deve-se comunicar o coordenador do setor, para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

7. ANEXOS

LISTA DE MATERIAIS NO PRONTO SOCORRO			
	ÍTEM	QNTD.	CÓD.
1	Equipo macrogotas	40	10272
2	Equipo de bomba	10	102801
3	Jelco Nº 14	10	46653
4	Jelco Nº 16	20	46654
5	Jelco Nº 18	20	46655
6	Jelco Nº 20	20	46656
7	Jelco Nº 22	10	46657
8	Jelco Nº 24	10	46658
9	Seringa 60 ml	1	13387
10	Seringa 20 ml	30	9110

10	Seringa 20 ml	30	9110
11	Seringa 10 ml	30	918
12	Seringa 5 ml	10	91180
13	Seringa 1 ml	5	46667
14	Sonda de aspiração 12	20	30025
15	Sonda foley 16	10	9208
16	Coletor Sistema fechado	10	5456
17	Coletor Sistema aberto	50	10155
18	Soro fisiológico 0.9% 100ml	15	23650
19	Soro fisiológico 0.9% 250ml	40	23651
20	Soro fisiológico 0.9% 500ml	40	23652
21	Soro fisiológico 0.9% 1000ml	20	23653
22	Soro Ringer simples 500ml	20	23689
23	Soro Ringer com Lactato 500ml	10	23660
24	Soro glicosado 5% 500	5	23650
25	Tubo orotraqueal 6	2	9603
26	Tubo orotraqueal 6,5	2	9608
27	Tubo orotraqueal 7	5	9732
28	Tubo orotraqueal 7,5	5	9733
29	Tubo orotraqueal 8	5	9734
30	Tubo orotraqueal 8,5	5	9682
31	Luva estéril 6,5	4	47384
32	Luva estéril 7	10	47385
33	Luva estéril 7,5	10	47386
34	Luva estéril 8	4	47387
35	Luva estéril 8,5	4	47388
36	Gaze	30	43434
37	Compressa	30	8629
38	Eletrodo	200	10248
39	Luva de procedimento P	3	48222
40	Luva de procedimento M	3	48223
41	Luva de procedimento G	3	48224
42	Máscara cirúrgica	1	10593
43	Touca	1	10787
44	Fixador de tubo	10	46710
45	Cateter tipo óculos	20	25164
46	Fralda G	1	46713
47	Fralda GG	1	46715
48	Atadura 10cm	10	47566
49	Atadura 20cm	10	47567
50	Transdutor	3	88309

y

51	Acesso Central mono lumen	3	10098
52	Acesso Central duplo lumen	3	10099
53	Clorexidina Degermante	2	35916
54	Clorexidina Alcoólica	2	8681
55	Clorexidina Aquosa	2	39516
56	Alcool 70%	1	990069
57	Desinfetante de superfícies	1	39180
58	Agulha 40x12	50	8657
59	Agulha 25x7	50	8655
60	Polifix	20	5458
61	Esparadrapo	4	8605
62	Micropoore	2	10290
63	Enxaguante bucal	1	44945
64	Espátula	20	9667
65	Lidocaína gel	2	51775
66	Lidocaína com vasoconstritor	2	51779
67	Lidocaína sem vasoconstrito	2	51773
68	Água para injeção 500ml	3	51503
69	Tira teste (embalagem com 50)	1	29939
70	Barbeador	2	8611
71	Dreno Torácico N. 16	2	10140
72	Dreno Torácico N. 32	2	25208
73	Ácido Graxos Essenciais: Frasco 100 ML	3	45102
74	Coxim 10/15 CM	20	9787
75	Coxim10/30 CM	20	6279
76	Filtro Barreira	3	88937
77	Fio Nylon N. 0.0	5	10394
78	Fio Nylon N. 2.0	5	10388
79	Fio Nylon N. 3.0	5	10379
80	Fio Nylon N. 4.0	5	10391
81	Fio Nylon N. 5.0	5	10392
82	Fio Nylon N. 6.0	5	10390
83	Fixador de TQT	5	990712
84	Gel para ECG Com 100 ML	3	13421
85	Envoluto para Óbito	1	8678
86	KIT de PAI	2	88309
87	Lamina Bisturi N. 11	5	10527
88	Lamina Bisturi N. 23	5	10530
89	Lancetas Descartáveis	15	29969
90	SNE N. 12	3	8727
91	SNG N. 16	3	12463
92	Fita Teste com 50	2	29939
93	Torneira 03 Vias	5	8758
94	Agulha 13/4	10	8654

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Artigos de revista:

Thumé E et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev

de Saúde Pública. 2010;44(6):1102-1111.

Artigo de revista online:

Francês E et al. Estimulação psicocognoscitiva nas demências. An Sist Sanit Navar [revista em Internet] 2003 setembro-dezembro. [acesso 19 de outubro de 2005]; 26(3). Disponível em: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html

Livros:

Medeiros JB. Português instrumental. 9. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Livros em formato eletrônico:

Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Sociedade da informação no Brasil. [livro online]. Brasília: MCT; [acesso em 02 out 2014]. Disponível em http://www.socinfo.org.br/livro_verde/download.htm.

Publicações online:

Pedroso IVCP. (2014). Globalização, comércio mundial e formação de blocos econômicos: entenda a dinâmica das grandes corporações e veja os efeitos da globalização no mercado. [publicação online]; 2014 [acesso em 14 abr 2015]. Disponível em comercio-mundial-formacao-de-blocos-economicos.html

Trabalho apresentado em evento – Simpósios, Jornadas, Congressos, Seminários, Encontros, Workshops, Colóquios, entre outros:

Anais do 4. Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira; 16-18 jun 2010; Belo Horizonte (MG): PUC Minas; 2011.

Base de dados online:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde [base de dados online]. São Paulo: BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. 2014 [acesso em 17 maio 2014]. Disponível em:

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

1.4.1 PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1.4.1.1 Normas e Rotinas da Unidade de Paciente Crítico (UPC)

INTRODUÇÃO

O Setor do Pronto Atendimento encontra-se funcionando na ala esquerda e direita do HOSPITAL, onde se localiza o Acolhimento, os consultórios e o setor de medicações. Esse Setor funciona efetivamente por tempo Integral 7 dias por semana, de Segunda a Segunda 24 HORAS.

A estrutura física do setor é baseada nas resoluções RDC 50/2002, RDC 07/2010 e RDC 307/2002, da ANVISA

Os ambientes dispõem ainda de sistema de gases medicinais encanados, sendo eles: oxigênio, vácuo clínico, ar comprimido, ar-condicionado central e trocas de ar, sistema de telefonia e internet.

ROTINAS DO PRONTO ATENDIMENTO

1) RECEBER O PLANTÃO E CONFERIR O CADERNO DE INTERCORRÊNCIA JUNTO A ENFERMEIRA DO PLANTÃO ANTERIOR PARA O CHECK LIST DE EQUIPAMENTOS DEIXADOS, ASSINADO E CARIMBADO.
2) ABRIR O CADERNO DE INTERCORRÊNCIAS .

3) Ao CHEGAR RECEBER O PLANTÃO, VERIFICANDO SE TEM PACIENTE EM SALA DE SUTURA.

4) VERIFICAR INSUMOS E FAZER SOLICITAÇÃO NO SISTEMA MV COM O SEU USUÁRIO E SENHA.

5) ACOMODAR O PACIENTE NA POLTRONA ASSIM QUE ELE CHEGAR AO PRONTO ATENDIMENTO

6) PARAMENTAR COM OS EPIs E LAVAR AS MÃOS ANTES DE PRESTAR ASSISTÊNCIA AO PACIENTE.

7) PREPARAR AS MEDICAÇÕES PRESCRITAS PELOS MÉDICOS.

8) IDENTIFICAR SOROS, EQUIPOS, FRASCOS E PUNÇÃO.

9) REALIZAR O RELATÓRIO DE ENFERMAGEM PELO SISTEMA MV E COLOCAR O ESTADO DO PACIENTE , SE ESTÁ ACOMPANHADO E SUAS QUEIXAS.

10) APÓS O TÉRMINO DA MEDICAÇÃO, ORIENTAR O PACIENTE PARA RETORNAR EM CONSULTÓRIO PARA A REAVALIAÇÃO MÉDICA

11) O PACIENTE RECEBENDO ALTA MÉDICA, RECOLHER A ALTA MÉDICA DO PACIENTE E RETIRAR A PUNÇÃO, RETIRAR PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO E PULSEIRA DA TRIAGEM E RELATAR NO SISTEMA MV A ALTA DO PACIENTE.

12) SEMPRE QUE CHEGAR PACIENTE EM SALA DE SUTURA , VERIFICAR SE É NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO E PREPARAR MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

13) CASO O PACIENTE NECESSITAR DE SER INTERNADO A EQUIPE DE ENFERMAGEM DEVERÁ CHECAR MEDICAÇÕES, REALIZAR O RELATÓRIO DO PACIENTE E SALVAR ASSINAR E IMPRIMIR.

14) O MÉDICO TEM QUE DAR ALTA DO PRONTO ATENDIMENTO E SOLICITAR INTERNAÇÃO JUNTO AO NIR.

15) ANTES DE ENCAMINHAR O PACIENTE A DOCUMENTAÇÃO DEVERÁ ESTAR PRONTA: AIH, PRESCRIÇÃO MÉDICA, EVOLUÇÃO MÉDICA.

RESPONSABILIDADES E DEVERES

DEVERES DO ENFERMEIRO COORDENADOR

Manter a Unidade e o pessoal preparado para atendimento de rotina e qualquer atendimento de emergência;

- Atender a equipe Médica e de Enfermagem no desempenho de suas atividades;
- Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como, monitorar para que o setor esteja sempre abastecido de todos os insumos necessários para o seu funcionamento;

- Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;
- Cooperar com os demais Serviços do Hospital;
- Desenvolver programas de atendimento humanizado;
- Realizar a gestão do setor com uso de ferramentas da qualidade tais como: mapa de processos, fluxogramas, indicadores e matriz de riscos;
- Realizar a gestão de incidentes com ou sem danos;
- Confecção de escala mensal do setor;
- Realizar reuniões periódicas para tratar de assuntos pertinentes ao funcionamento do setor;

DEVERES DO ENFERMEIRO PLANTONISTA

- Como para todo profissional da unidade só é autorizado sua ausência na presença de um plantonista substituto;
- Durante a passagem de plantão é necessário que seja passado todos os detalhes pertinentes a respeito de cada paciente, descrevendo inclusive características e viabilidades dos acessos, e quadro clínico de melhora ou piora no período do plantão;
- Após a passagem de plantão a enfermeiro (a) responsável pelo período deverá percorrer leito a leito conferindo drogas em infusão, procedimentos de horário e acesso venoso ou central avaliando inclusive se estão perveis;
- Durante os primeiros procedimentos de plantão a enfermeira deverá estar presente auxiliando a equipe técnica em suas dúvidas e necessidades;
- A avaliação da necessidade de aspiração e a execução desta atividade bem como a parametrização do modo ventilatório do paciente é de competência compartilhada entre o enfermeiro, o fisioterapeuta e médico de plantão;
- Os curativos de alta complexidade devem ser realizados pela enfermeira de plantão conforme seu julgamento clínico, e deve ocorrer preferencialmente após o banho.
- A passagem de sondas gástricas bem como a sua retirada é da competência da enfermeira de plantão, devendo a mesma realizar identificação com responsável e data do procedimento;
- Da competência da enfermeira avaliar a administração de dietas enterais e parenterais, orientando quanto ao posicionamento do paciente no leito;
- A nutrição parenteral deve ser instalada pela enfermeira de plantão com técnica estéril conforme prescrição médica e da nutrição;
- A retirada de acesso venoso central deverá ser realizada pela enfermeira do plantão conforme programação de tratamento da equipe médica para o paciente,
- A assistência de enfermagem deve ser baseada na aplicação da SAE, e os formulários devem ser preenchidos adequadamente em todos os plantões, com validade de 24 horas. A anotação de todas as intercorrências relacionadas ao paciente, devem ser descritas na ficha de evolução de enfermagem;
- Realizar o aprazamento das medicações prescritas, conferir o preenchimento e cálculo do balanço hídrico;

- Durante situações de urgência e emergência a enfermeira deve executar as manobras adequadas, orientando a equipe de enfermagem, a fim de garantir a fluidez das ações propostas pela equipe médica;
- Executar os procedimentos assistenciais priorizando-os antes do preenchimento de qualquer formulário, só então segue-se com o registro das ações de enfermagem;
- A enfermeira deve, mensalmente, realizar orientações com sua equipe, sobre situações de fragilidades observadas no decorrer deste período, realizando registo com lista de presença;
- Todas as admissões devem ser acompanhadas pelo enfermeiro;
- Manter o diálogo constante, com a equipe de enfermagem e multiprofissional a fim de garantir a segurança das informações relacionadas ao paciente;
- Manter e preservar o sigilo das informações sobre o paciente e seu tratamento;
- A organização da unidade: livro ata de passagem de plantão, comunicação interna, relatório de alta e admissão, entre outros devem ser de conhecimento de todos e de fácil acesso;
- Ao enfermeiro dentro da Clínica Pediátrica cabe-lhe o papel de planejar, orientar e aplicar uma assistência humanizada de qualidade onde preservando sempre a segurança do paciente e de sua equipe;
- Realizar curativos dos pacientes pares e ímpares sempre que houver sujidade;
- Pacientes de alta encaminhar para Clínica Médica com banho e curativos realizados e dispositivos com correta identificação;
- Realizar curativos de CVC, lesões de pele e por pressão;
- Aspirar TOT e TQT e em casos extremos delegar atividade a um técnico já treinado sob a sua supervisão;
- Realizar fechamento do Balanço Hídrico a cada 6 horas e balanço final das 24 horas (FOR.250.GE BALANÇO HIDRÍCO);
- Realizar procedimentos inerentes ao enfermeiro: sondagem nasoentérica, sondagem vesical demora, coleta de gasometria quando necessário; coleta de diurese estéril em SVD, coleta de sangue em CVC com registro de todos os procedimentos em prontuário (FOR.SAME.006.INVESTIGAÇÃO DE ENFERMAGEM E FOR.SAME.026.SAE.EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM);
- Conferir diariamente quanto ao check-list da unidade o número de bombas de infusão e outros equipamentos e materiais de uso permanente na Unidade; FOR.121.GE CHECK LIST DE CONFERÊNCIA DIÁRIA DE EQUIPAMENTOS E ABERTURA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA;
- Zelar pela organização da unidade: posto de Enfermagem, leitos, armários, bancada e expurgo, e sala de equipamentos;
- Realizar registro em caderno de enfermagem conforme modelo preestabelecido em reunião e demais registros apenas em prontuário.
- Organizar prontuários durante a internação do paciente e após sua alta;
- Auxiliar o Enfermeiro plantonista na elaboração na execução da SAE diária e em procedimentos assistenciais quando necessário;
- Solicitar ao setor responsável a coleta de exames laboratoriais e Raio X;
- Preencher diariamente CheckList diário de Gerenciamento Assistencial;

- Conferência dos carrinhos de emergência quanto a validades e reposição correta realizada pelos enfermeiros do setor; e conferência e reposição quando houver rompimento do lacre;
- Solicitar ambulância junto ao NIR para procedimentos, transferências, e altas quando necessário;
- Observar materiais e equipamentos com defeito devendo identificá-los (quanto ao defeito, a pessoa que identificou e a data), retirá-lo da unidade e relatar no livro da enfermagem e realizar abertura de chamado para manutenção corretiva, se for o caso;
- Auditoria interna de prontuários (SAE, Balanços, Prescrições e Evoluções de Enfermagem).

DEVERES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Os técnicos de enfermagem, como qualquer outro profissional da Clínica Pediátrica, só devem se ausentar na presença de um substituto para sua função;

- Para os pacientes admitidos na pediatria, os dados antropométricos (Altura, perímetro cefálico e peso) deve ser coletados em todas as admissões;
- O Técnico de Enfermagem auxilia o acompanhante durante o banho sempre que necessário;
- Todos os formulários devem ser preenchidos, em todos os seus campos, conforme a necessidade, com informações fidedignas;
- Os cuidados de enfermagem devem ser realizados conforme prescrição do enfermeiro;
- É da responsabilidade do técnico os cuidados com material manipulado, a preservação do material e o transporte do mesmo para CME ou local de esterilização, conforme escala do dia feita pela enfermeira, devendo ser seguida rigorosamente nos horários estipulados pelo setor de CME;
- No momento da visita é solicitada uma discrição importante da equipe sobre comentários gerais, inoportunos, a fim de não gerar discórdia entre a equipe e a família;

Manter armários repostos e com estoque mínimo;

- Manter caixas de medicação dos pacientes dentro dos respectivos BINS;
- Manter caixas de pertences dos pacientes dentro dos armários, devendo estar devidamente identificadas com n° do leito e nome do paciente;
- Realizar banho diariamente nos pacientes pares (período diurno) e ímpares (período noturno) e TODOS os pacientes de alta deve ser realizado banho antes da saída da unidade;
- Trocar fixação da SNE no momento do banho (diariamente) e se houver sujidade; colocar nome e data do profissional na fixação;
- Identificar todas as punções venosas realizadas (nome, data e calibre);
- Realizar fixação de SVD e troca quando necessário: homem na região supra-púbica e mulher na face interna da coxa;
- Identificar com rótulo todos os soros e dietas (preencher todas as informações do rótulo);
- Mudar decúbito de 2/2h. Manter roupas sujas sempre no saco de Hamper fechado e levar fechado para o expurgo;
- Horário de Almoço deve ser rigorosamente seguido dentro de 1 hora, como pré-estabelecido na carga horária: dentro de uma hora almoçar e descansar;

- Receber e passar plantão no leito;
- Realizar cuidado integral: higiene, banho, medicação e BH;
- Ofertar dieta conforme entregue no setor;
- Entregar e buscar CME conforme horário;
- Manter o expurgo limpo e organizado conforme escala;
- Preparo do corpo pós-morte.

DEVERES DO AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Realizar levantamento de quantidade de leitos ocupados, bloqueados e livres toda manhã para encaminhar e-mail ao NIR;

Providenciar cópia de formulários utilizados no setor;

- Repor material do almoxarifado;
- Assistir a assinatura de pontos dos funcionários do setor;
- Encaminhar prontuários ao SAME após conferir com o *check list;*
- Atender ao telefone do posto de enfermagem;
- Realizar recebimento das informações diversas do setor via telefone ou memorandos;
- Preparar documentos solicitados para composição de respostas diversas;
- Imprimir lista de presença e qualquer outro documento ou formulário solicitado;
- Executar outras atribuições correlatas, a critério do superior imediato.
- Comunicar atendimento de outros serviços como: Serviço Social, Psicologia, etc, quando solicitado pelo Enfermeiro diarista ou plantonista.

A ADMISSÃO DO PACIENTE

As admissões nas UPC são realizadas conforme a Gestão de Leitos pelo Núcleo Interno de Regulação – NIR. A gestão é realizada nas 24h do dia, nos sete dias da semana. As vagas são solicitadas ao NIR o qual disponibiliza o leito na UPC do perfil solicitado.

A UPC admitirá pacientes com vagas cedidas para CM, UTI e para o próprio setor quando os setores citados não tiverem vaga a ofertar.

Será feito a troca de dispositivos, como acesso periféricos, sondagens, e curativo de acesso central pela equipe de enfermagem e coleta de swab quando o paciente perfil de clínica médica tiver mais de 72 hs em outra unidade, e o paciente perfil de UTI tiver mais de 24hs nas estabilizações das UPAS e outras unidades pactuadas, deverá ser feito banho de

clorexidina para todos os pacientes admitidos com perfil de UTI. A troca de tubo endotraqueal e o acesso central será definido pela equipe médica.

Ao encaminhar os pacientes para o setor onde foi ofertado a vaga pelo NIR, o enfermeiro deverá passar o quadro clínico do paciente para de enfermagem e sinalizar a subida. Os critérios de admissão devem seguir a rotina institucional.

O paciente com perfil de clínica médica, será encaminhado após a confecção da ficha de transferência, pelo condutor e técnico de enfermagem. E o paciente com perfil de UTI, após a confecção da ficha de transferência e passagem de quadro clínico, deve ser encaminhado para a sala de RX, para realização do Rx de admissão da UTI, será encaminhado com o condutor, enfermeiro e médico, com os equipamentos se necessário bomba de infusão, ventilador de transporte e monitor.

Esses equipamentos de transporte devem ser retornados para UPC, após o transporte, devendo estes ser higienizados após transporte.

Receberemos pacientes instáveis da clínica médica, apenas se não houver vaga de UTI e que estiverem dentro do perfil da UPC, essa vaga deve ser cedida pelo NIR.

Somente o NIR tem autonomia para realizar a gestão de leitos da UPC, logo receberemos qualquer paciente que for encaminhado à nossa unidade. Não trabalhamos com "reserva de leito" feita por outro setor que não seja o NIR.

A admissão dos pacientes se inicia pela classificação de risco, após isto o paciente deverá ser direcionado ao leito destinado pelo NIR que foi informado à regulação. Nos casos em que o paciente for classificado na cor Vermelha, Laranja e Amarelo, o mesmo será transferido imediatamente para o leito, monitorizado e avaliado pelo médico.

SOLICITAÇÃO DE INSUMOS E MEDICAMENTOS

A solicitação de insumos é realizada diariamente conforme necessidade e demanda do setor por um técnico em enfermagem no **FOR..150.CF REQUISIÇÃO DE PRODUTOS HOSPITALARES**, que gera uma ordem de serviço de forma individualizada. A ordem de serviço é atendida pela farmácia satélite localizada nas unidades de UTI. A solicitação de medicamentos se dá através da prescrição médica, apresentando a segunda via da prescrição e, em situações emergenciais, a solicitação é feita de forma verbal ao técnico em farmácia e logo em seguida formalizada através da prescrição médica, sendo estas solicitações, funções do técnico de enfermagem da UTI.

A dispensação de medicamentos ocorre através da entrega da prescrição na farmácia satélite. A farmácia satélite, por sua vez, confecciona e dispensa o Kit com os medicamentos, por paciente, para atender nas próximas 24 horas. No Kit já são incluídos os materiais necessários para administração dos medicamentos prescritos.

Os medicamentos de uso coletivo (tais como almotolias com clorexidine e álcool, Ipratrópio, lidocaína, pomadas para curativo e etc), são solicitados na farmácia satélite mediante a apresentação e devolução dos frascos vazio, durante a rotina de requisição ao final de cada plantão. Devendo estes serem identificados corretamente com data de abertura e responsável.

Os insumos de papelaria (canetas, papel A4, carbono, impressos dos formulários e etc) e descartáveis, são solicitados ao almoxarifado, duas vezes na semana, às segundas e quintas-feiras, pelo assistente administrativo, através do preenchimento de formulário de requisição.

MATERIAIS DE CME

A solicitação e devolução dos materiais da Central de Material de Esterilização é realizada diariamente mediante formulário de solicitação e em horários estipulados pelo CME.

O levantamento da quantidade de materiais é feito de acordo com o quantitativo de pacientes internados na Clínica Pediátrica, considerando a necessidade assistencial de cada paciente.

A entrega do material contaminado na CME, deve ocorrer nos horários preconizados, pela equipe que o gerou, devendo o enfermeiro determinar qual profissional executará a ação. Para isto, todos os EPIs devem ser utilizados corretamente.

Entrega de Materiais Contaminados na CME: a entrega de materiais no Centro de Materiais e Esterilização – CME no expurgo é realizado em carro próprio dentro dos padrões exigidos (carro fechado) e registrado através do **FOR.193 CONTROLE DE MATERIAIS ENVIADOS A CME.**

Requisição de materiais estéreis na CME: a retirada do material estéril é feita diretamente no Centro de Materiais e Esterilização – CME e com a apresentação do Formulário de Requisição devidamente preenchido pelo Técnico no **FOR.193 CONTROLE DE MATERIAIS ENVIADOS A CME.**

O controle de materiais da CME é feito através do check list que contém em cada armário de reposição de materiais da CME, temos também o check list de quantidade mínima de matérias da farmácia apenas para atendimento em uma emergência. Feita todo início de plantão ou após a cada intercorrência.

A entrega de material no expurgo é feito pela equipe nos horários definidos pela CME:

09:00 às 11:00 hs
14:00 às 15:30 hs

22:00 às 00:00 hs

Busca: a retirada do material estéril fica definido para

07:00 às 08:40 hs

16:00 às 17:00 hs

- **19:00 às 20:30 hs**

ELABORAÇÃO DO MAPA DE LEITO

O mapa de leito deve ser preenchido diariamente pela enfermeira, contendo a localização de cada paciente, bem como os leitos vagos, além da informação de quantas camas e berços estão disponíveis ou ocupados;

ALTA MELHORADO

A alta do paciente ocorre por meio de prescrição médica. Após a prescrição da alta a equipe enfermagem deve realizar orientações gerais sobre a alta e preparar o paciente para a saída. É importante realizar um registro preciso das condições do paciente durante a alta.

Na alta, deve ser preenchido o comunicado de alta, para autorizar a saída do paciente da Unidade, neste caso, este documento deve ser preenchido em 4 vias, sendo uma destinada ao NIR para liberação do leito, uma para Nutrição, uma para a Farmácia e uma fica com o paciente e esta, ele entrega ao recepcionista na hora da saída.

O paciente deve ser conduzido para recepção, acompanhado do condutor e técnico de enfermagem, nunca andando, sempre na cadeira de rodas ou maca.

TRANSFERÊNCIA

A alta da Unidade de Pacientes Críticos acontece quando o paciente apresenta condições clínicas para ser transferido para o setor de internação/enfermaria e UTI, conforme critérios de alta estabelecidos pela instituição.

A solicitação da vaga é feita ao NIR. Após a confirmação e disponibilização da vaga pelo setor de internação, o serviço social entra em contato com os familiares do paciente para que o acompanhem na saída para a UTI ou para a enfermaria, conforme a rotina estabelecida.

A equipe de enfermagem deve priorizar os banhos dos pacientes de alta e sempre que possível promover banho de aspersão. No momento da alta, deve ser preenchido o formulário de transferência e o comunicado, além disso, enviar todos os exames realizados na unidade e medicações a serem administradas para o setor de destino. O registro da transferência é feito via prescrição médica.

Ademais, quando o paciente estiver estável e for encaminhado para enfermaria, apenas o técnico de enfermagem junto com o condutor, farão o transporte, já quando o paciente for para UTI, o mesmo deverá ser acompanhado por enfermeiro e médico.

CONSULTAS DE ESPECIALIDADES E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Nos casos em que houver necessidade de avaliação, dos pacientes internados, de outras especialidades, que não clínicos gerais, o médico deve preencher a solicitação e a equipe de enfermagem encaminha o pedido ao NIR, que ora solicitar a consulta.

Após a alta, caso o médico identifique necessidade de acompanhamento via ambulatorial, nas especialidades que ofertamos, o médico deverá preencher o pedido e algum membro da equipe de enfermagem ou assistente administrativo, deverá levar o pedido ao ambulatório para que seja realizado o agendamento da referida consulta.

REALIZAÇÃO DE EXAMES

Há alguns exames que ainda não são realizados na Unidade, nestes casos devem ser solicitados ao NIR para que sejam realizados em outra instituição, devendo sempre, quando transferido, o paciente ser acompanhado por um profissional de enfermagem da Unidade. Nos casos dos exames que são realizados no hospital, o laboratório é quem realiza a coleta das amostras, sendo assim, no momento que o exame for solicitado, o laboratório deve ser acionado para realizar o exame.

EXAMES POR IMAGEM

A solicitação é feita via FOR.SAME.024 SOLICITAÇÃO DE EXAMES, não havendo a necessidade de impressão. O Raio-X é realizado no SADT. Para a realização do mesmo o paciente é transportado pela equipe de enfermagem e um maqueiro

EXAME LABORATORIAIS

A solicitação dos exames é feita via solicitação de exames. A coleta de amostra para exames laboratoriais é feita no leito sendo coletada pelo coletador do laboratório conforme rotina institucional.

EXAMES EXTERNOS

O agendamento de exames externos é solicitado pelo assistente administrativo do NIR de segunda a sexta das 08:00 h às 18:00 h e pelo enfermeiro assistencial nos demais horários. É feita a solicitação APAC pelo médico plantonista e entregue ao e que encaminha ao NIR que faz o agendamento do exame solicitado. Após a confirmação do agendamento do exame, o serviço social entra em contato com a família ou responsável pelo paciente para informar sobre o agendamento do exame e solicita a presença do mesmo para acompanhar o transporte do paciente. O transporte do paciente é agendado pelo enfermeiro assistencial.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO

A unidade deve dispor de uma equipe de higienização exclusiva para atender setor. As enfermarias são classificadas como áreas semicríticas, devendo a desinfecção terminal ser realizada com intervalos não superiores a 15 (quinze) dias, exceto nos casos que o quarto for ocupado por paciente em precaução adicional, pois nessa situação o ambiente é considerado crítico e terminal deve ser realizada a cada sete dias. No caso da limpeza concorrente, esta deve ser realizada duas vezes a cada 24 horas.

No que se refere a enfermaria com leitos ocupados, a higienização do leito e dos equipamentos médico-hospitalares deve ser feita pelo técnico de enfermagem, seguindo a periodicidade de três vezes ao dia.

Todos os equipamentos do setor devem, necessariamente, ser armazenados, na sala de equipamentos, após sua higienização adequada, que também deve ser feita pela equipe de enfermagem. Após a higienização deve-se fixar uma etiqueta identificando a ação. Após 15 (quinze) dias de armazenamento, sem uso, mesmo higienizado, o equipamento deve ser limpo novamente antes do uso com pacientes.

CONTROLE DA CHECAGEM DO CARDIOVERSOR E CARRO DE EMERGÊNCIA

A checagem do cardioversor/desfibrilador é realizada diariamente pelo enfermeiro supervisor no período diurno e noturno e preenchido o check list de controle.

A checagem do cardioversor/desfibrilador é realizada diariamente pelo enfermeiro assistencial duas vezes ao dia, às 07 h e às 19 h e fixada no caderno de controle de teste do aparelho, e mensalmente realizado checagem pela engenharia clínica.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados uma vez por semana e após abertura do mesmo (pelo enfermeiro diarista e/ou assistencial). A conferência é feita por um enfermeiro e por um técnico em farmácia. O registro da conferência é feito em documento específico **FOR.265.CF.CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA ADULTO**, após a conferência as gavetas são lacradas com lacre numerado disponibilizados pela farmácia satélite. É feita também à conferência diária dos materiais disponibilizados no carro de emergência como: funcionamento do laringoscópio (cabo e lâmina), presença da tábua de massagem, presença do lacre e presença de 01 fio guia, 01 ambu e um vidro de aspiração.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados uma vez por mês e após a abertura do mesmo. A conferência é feita por um técnico em enfermagem e/ou enfermeiro e por um técnico em farmácia. O registro da conferência é feito em documento específico, após a conferência as gavetas são lacradas com lacre padronizado pela instituição. É feito a conferência diária dos materiais disponibilizados no carro de emergência como: funcionamento do laringoscópio (cabo e lâmina), presença do lacre e cilindro de oxigênio.

CONTROLE DE PSICOTRÓPICOS

Os psicotrópicos devem ser dispensados aos pacientes apenas mediante prescrição médica e ficha de controle especial, direto pela farmácia satélite, devendo seu preparo e administração serem supervisionados pelo enfermeiro.

O controle dos psicotrópicos dispensados aos pacientes internados nas enfermarias é realizado e registrado pelo enfermeiro assistencial, onde o medicamento é entregue na pela farmácia satélite da unidade e toda dispensação é feita via Prescrição Médica e Receituário do Psicotrópico **FOR.133.CF RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL DE USO PRIVATIVO** carimbado e assinado pelo médico plantonista. Após o recebimento o medicamento é acondicionado em local adequado e mantido trancado até o momento da administração.

CONTROLE DE EQUIPAMENTOS

O controle de equipamentos da unidade é feito pelo patrimônio e supervisão de Enfermagem. É realizada a conferência diária dos equipamentos e semi-permanentes do setor por um técnico de enfermagem escalado no apoio pelo enfermeiro supervisor para tal atividade. O controle de material e equipamentos do setor é feito diariamente pelo enfermeiro e técnico de enfermagem conforme escala.

ESCALA DE TRABALHO E DIVISÃO DE TAREFA

As escalas mensais de trabalho são elaboradas pelo coordenador de enfermagem, conforme jornada de trabalho do colaborador. A divisão de tarefas segue uma escala, elaborada diariamente pelo enfermeiro supervisor e disponibilizada no setor, em casos de faltas e atestados o enfermeiro supervisor faz a readequação.

O colaborador deve realizar suas refeições todas (desjejum, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia) apenas no refeitório.

Os intervalos de descanso acontecem a partir das 11:30 para os colaboradores do diurno e a partir das 24:00 para o noturno. Os colaboradores do diurno gozam de 01 hora de intervalo, e os do noturno gozam de 02 horas de intervalo, incluindo a pausa para as refeições.

TROCAS

Os colaboradores podem solicitar até 03 trocas mensais, através do formulário Solicitação de Folgas/ Trocas. A solicitação deverá ser entregue ao Supervisor que encaminhará ao coordenador do setor para validação / aprovação e assinatura de ambos.

ATESTADOS

Os profissionais de enfermagem podem, com escala 12x36, solicitar até 03 trocas mensais através do FOR.163.CRH.TROCA DE PLANTÃO, conforme ACORDO COLETIVO DE

TRABALHO 2017/2019, Cláusula vigésima segunda, parágrafo único. Tal solicitação é entregue ao Coordenador de Enfermagem da UTI para validação / aprovação.

Os Atestados Médicos deverão ser entregues, com o prazo de até 24 horas da data de início, à Coordenação de Enfermagem, devendo conter: o CID, assinatura do profissional, carimbo e assinatura do médico. Não serão aceitos atestados com: rasuras, correções feitas com corretivo, atestados ilegíveis e atestados excedentes ao prazo determinado de 24 horas.

Os Atestados de comparecimento e acompanhante, serão aceitos somente para justificativa da ausência do colaborador no plantão, portanto o mesmo não abonará sua falta, mas apenas justificará a falta evitando aplicação de medida disciplinar.

Referente às ausências, por conta do falecimento de entes queridos, somente serão aceitos documentos de justificativas (atestados de óbito) quando o óbito for de parentes de 1°Grau(Pais, filhos e Cônjuges)

ALTA POR ÓBITO

A alta por óbito se dá após a constatação do óbito pelo médico. A equipe técnica de enfermagem faz o preparo do corpo conforme protocolo institucional de cuidado do corpo após morte e encaminha-o para o morgue. A Enfermeira supervisora solicita no serviço social o formulário para encaminhamento ao IML / SVO ou a declaração de óbito, entrega para o médico atestar. A Enfermeira supervisora registra o óbito no prontuário, onde faz a evolução e registra no caderno de óbitos pelo enfermeiro.

Para o Controle de óbito na unidade utiliza-se o **FOR.167.CNIR. CONTROLE DE ÓBITO**. Na hora da entrega do corpo à funerária e SVO ou IML preenche-se o **FOR.302.GECONTROLE DE ENTREGA DO CORPO PARA FUNERÁRIA.**

PASSAGEM DE PLANTÃO

A passagem de plantão acontece diariamente às 07:00 e as 19:00 após as trocas de equipe. Deve ser realizada no interior do setor, passando leito por leito, onde o enfermeiro e o técnico em enfermagem passa a história do paciente, intercorrências e pendências.

REALIZAÇÃO DE CUIDADOS E PROCEDIMENTOS

A realização de cuidados e procedimentos são realizadas tendo como referência os protocolos institucionais (POPs) disponibilizados no drive.

Registro em prontuário

Diariamente o enfermeiro supervisor e técnico em enfermagem fazem o registro nos formulários de enfermagem. Além da evolução diária deverão ser registradas todas as intercorrências e cuidados prestados ao paciente no decorrer do período que esteve no setor. O relatório de enfermagem deve conter as informações mínimas sobre o plantão, intercorrências e pendências.

Diariamente é realizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE pelo enfermeiro assistencial do período diurno e noturno, onde são registrados todos os dados referentes ao histórico do paciente, exame físico, diagnóstico de enfermagem e prescrição de enfermagem, para os pacientes que permanecer por mais de 24 hs na UPC.

Diariamente o técnico em enfermagem faz o registro da anotação de enfermagem e de sinais vitais conforme a escala de MEWS.

Regras para visitantes

A área destinada à espera de visitantes localiza-se na recepção do setor, onde disponibilizamos cadeiras para melhor acomodação. Os visitantes são orientados pela equipe de enfermagem.

Os pacientes internados na unidade permanecerão sem acompanhantes, sendo permitido acompanhantes apenas na sala de estabilização pediátrica e na sala de observação caso maior de 60 anos, portador de necessidades especiais. É permitido que duas pessoas visitem o paciente, não havendo a possibilidade de rodízio das visitas, apenas em casos exclusivos, onde a psicologia e o serviço social providenciarão a autorização para entrada fora do horário pré estabelecido.

É vedado ao visitante:

- Entrada de crianças com idade inferior a 14 anos;
- Utilizar aparelho celular durante a visita;
- Transitar pela unidade;
- Dirigir-se a outros leitos;
- Sentar-se na cama;
- Entrada de alimentos na unidade.

Horário das visitas: Segunda a Domingo das 15:00 às 17:00.

O tempo de permanência dentro das unidades é de 2 horas 95

Informações médicas: serão fornecidas pessoalmente nos horários de visita de segunda á domingo.

Informações de enfermagem: serão fornecidas pessoalmente pelo enfermeiro assistencial nos horários de visita de segunda á domingo.

Nos casos em que o paciente estiver em precaução de aerossóis, o enfermeiro deve comunicar o Serviço Social, ainda pela manhã, para que a família seja informada da necessidade de trazer a máscara N95.

Considerações gerais

- A notícia do óbito é dada exclusivamente pelo médico para a família, pessoalmente; caso necessário, por algum motivo outro, o médico deverá conversar com um familiar por telefone a notícia do óbito será passada por ele conforme sua avaliação;
- Todo e qualquer evento adverso, com ou sem Dano, inclusive o Near Miss (quase erro) devem ser notificados imediatamente ao NQSP (Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente);
- Toda doença de notificação compulsória, seja nos casos de suspeita ou diagnóstico confirmado, a depender da patologia, conforme orientação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da prefeitura, deve ser preenchida, completamente e sem rasuras, a ficha de notificação compulsória, pelo enfermeiro e encaminhada ao SCIRAS, mantendo uma cópia prontuário do paciente.

1.4.1.2 ROTINAS DO PRONTO ATENDIMENTO

DESCARTE DE ROUPA SUJA ENFERMAGEM E LIMPEZA

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **PRONTO ATENDIMENTO**	POP.1	
		Emissão	
DESCARTE DE ROUPA SUJA		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de limpeza.

Resultados esperados

Garantir que as roupas sujas sejam acondicionadas para envio à lavanderia de forma correta;

Recursos Necessários

Hamper e saco plástico.

Atividades

Observar diariamente, em todos os turnos, as condições dos lençóis dos leitos e macas;

Realizar a troca de lençóis dos leitos sempre que necessário;
Considerar contaminada toda roupa de cama ou maca encontrada suja de matéria orgânica (sangue, vômito, fezes, urina, escarro, etc.), colocando-a no hamper forrado de saco plástico;
Ensacar em saco plástico branco, específico para artigos contaminados e com a devida identificação, as roupas contaminadas com Microrganismos multirresistentes ou vírus;

Observar a capacidade do Hamper, evitando que o mesmo ultrapasse sua capacidade de armazenagem;

Considerar a capacidade máxima do Hamper quando este atingir cerca de 2/3 da capacidade;
Encaminhar o Hamper com a roupa suja para o sanitário dos pacientes, após a saída do paciente e troca da roupa de cama deixando-a preparada para o próximo paciente;
Retirar o saco plástico do Hamper com a roupa suja e encaminhá-la para o expurgo/DML, pois o mesmo será recolhido pela lavanderia nos horários pré-determinados.

Cuidados

Atenção ao verificar as condições das roupas dos leitos da área de observação, evitando que peças sujas / contaminadas fiquem expostas para o paciente seguinte;

Atenção quanto à capacidade de armazenagem do Hamper;

Atenção quando retirar as roupas do Hamper para o expurgo, evitando que fique alguma peça suja/contaminada no setor;
Atenção no acondicionamento das roupas contaminadas por Microrganismos multirresistentes e vírus para que as mesmas sigam os protocolos de segurança.

Ações em caso de não conformidade

Se perceber que os lençóis do leito da observação ainda não foram trocados, substituí-los imediatamente;
Se perceber que o Hamper já está cheio, fechar o saco plástico e encaminhá-lo para o expurgo, colocando outro saco plástico no Hamper;
Se perceber que o acondicionamento das roupas contaminadas com microrganismos multirresistentes e vírus não obedeceu aos protocolos de segurança pré-determinados, realizar o acondicionamento correto.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SOLICITAÇÃO DE ROUPA A LAVANDERIA ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

<table>
<tr><td rowspan="2">UNIDADE DE SAÚDE</td><td rowspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

PRONTO ATENDIMENTO</td><td colspan="2">POP.2</td></tr>
<tr><td colspan="2">Emissão</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">SOLICITAÇÃO DE ROUPA À LAVANDERIA</td><td colspan="2">Revisão</td></tr>
<tr><td>No :</td><td>Data:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Executante
Enfermeira e técnicos de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Resultados esperados
Garantir fornecimento de roupa ao setor.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Recursos Necessários
Ficha de previsão de rol de roupa</td></tr>
<tr><td colspan="4">Atividades
Verificar o estoque de roupa;
Fazer previsão para o período;
Solicitar roupas à lavanderia;
Conferir a quantidade de roupas recebidas da lavanderia, bem como o estado das mesmas;
Devolver as peças que não vierem acondicionadas de forma devida;
Guardar as roupas recebidas na área de armazenamento.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Cuidados
Atenção na conferência do estoque;
Atenção na conferência das roupas recebidas da lavanderia;</td></tr>
<tr><td colspan="4">Ações em caso de não conformidade
Devolver as peças que não vierem acondicionadas de forma devida; Solicitar reposição dessas peças.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Responsável pela elaboração:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Responsável pela aprovação:</td><td colspan="2">Aprovação</td></tr>
</table>

	Assinatura do representante	Data:

1.1.1 ATRIBUIÇÕES ENFERMEIRO BOX DE EMERGÊNCIA

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos enfermeiros que estiverem escalados no BOX de emergência.

2. DEFINIÇÕES

O papel do enfermeiro na unidade de emergência consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais. enfermeiro desta unidade é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência.

Os enfermeiros das unidades de emergência aliam a fundamentação teórico-científica (imprescindível) à capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional. Por isso, a constante atualização desses profissionais, é necessária pois, desenvolvem com a equipe médica e de enfermagem habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica na qual estão inseridos.

O enfermeiro que atua nessa unidade necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente.

Frente as características específicas da unidade de emergência, o trabalho em equipe se torna crucial. O enfermeiro deve ser uma pessoa tranquila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a se adaptar, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente. Este profissional deve estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando para isso conhecimento científico e competência clínica (experiência).

A rotina do trabalho em pronto socorro coloca, muitas vezes, os enfermeiros em situação que exige, além do domínio do conhecimento, a rapidez de raciocínio no sentido de tomar decisões pertinentes ao diagnóstico, ora com um único paciente, ora com um grande número de vítimas.

Na literatura brasileira, alguns estudos abordam que a liderança é fundamental para o trabalho diário do enfermeiro, mas para o seu exercício eficaz este profissional precisa

buscar meios que viabilizem o desenvolvimento da habilidade de liderar; dentre estes destacamos o aprendizado baseado na experiência profissional e na educação formal.

O primeiro passo para o enfermeiro efetivamente exercer uma liderança eficaz, consiste na busca de estratégias que possibilitem esse profissional conhecerem a si mesmo e para a eficácia do processo de liderar o enfermeiro necessita conhecer as necessidades e expectativas pessoais e profissionais dos membros da equipe de enfermagem.

Realizando um estudo para identificar as características desejáveis de um líder eficaz que atua em unidade de emergência, dentre as características apontadas pelos atores participantes do estudo, a habilidade de comunicação, conhecimento na área clínica, profissionalismo e habilidade em incentivar sua equipe de trabalho foram salientadas como as mais importantes e necessárias aos enfermeiros.

Na unidade de emergência, em que realizamos o estudo, as atividades de enfermagem são organizadas de acordo com a modalidade de Assistência Trabalho em Equipe (ATE). Assim desenvolvemos uma pesquisa sobre a liderança do enfermeiro que atua nesse setor, tendo como referencial teórico a Liderança Situacional (modelo de liderança proposto por Hersey e Blanchard).

Os resultados evidenciaram que os enfermeiros da unidade de emergência exercem e deveriam adotar com o pessoal técnico e auxiliar de enfermagem estilos de liderança participativos em modelos de gerenciamento colegiado. Os resultados de análise da liderança do enfermeiro em unidades de internação e de atendimento ao trauma demonstraram que houve predominância das características de liderança instrumental dos enfermeiros, ou seja, esses profissionais estavam orientados para o alcance dos objetivos, definição de funções e responsabilidade, criação de sistemas de controle e recompensa do trabalho desenvolvido na unidade.

Ao reportar os estudos referidos podemos afirmar que para o enfermeiro de unidade de emergência exercer a liderança de forma eficaz esse profissional precisa buscar meios para realizar o gerenciamento da assistência de enfermagem visualizando as reais necessidades do paciente, conciliando os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem.

Em síntese, o enfermeiro necessita compreender o processo de liderar e desenvolver as habilidades necessárias; dentre elas, salientamos a comunicação, o relacionamento

interpessoal, tomada de decisão e competência clínica, bem como aplicá-las na sua praxe profissional.

3. SIGLAS

Não se aplica

4. PÚBLICO ALVO

Enfermeiro.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Não se aplica.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Receber e passar o plantão;	Enfermeiro Box de Emergência
02	Verificar o box de emergência, materiais do carrinho de emergência, organizar e montar;	Enfermeiro Box de Emergência
03	Solicitar os materiais da unidade de emergência, insumos hospitalares; Soro fisiológico deve ser solicitado para o período noturno durante o dia, e material da CME.	Enfermeiro Box de Emergência
04	Receber os pacientes no box de emergência trazidos pelo SAMU, Bombeiros, Ambulâncias comuns e por demanda espontânea (via classificação de risco); Todos os pacientes que chegarem na emergência deverão passar pela Supervisora do box.	Enfermeiro Box de Emergência
05	Após 1º atendimento, encaminhar os pacientes para exames de acordo com solicitação médica e acompanhar se necessário;	Enfermeiro Box de Emergência

	Solicitar anestesista, banco de sangue e laboratório.	
06	Em caso de pacientes em uso de O2, o enfermeiro deverá acompanhar o paciente junto ao condutor, ou delegar ao técnico de enfermagem que acompanhe nesse transporte; Ligar na tomografia e RX e avisar que está encaminhando paciente da emergência para exames (prioridade).	Enfermeiro Box de Emergência
07	Ao retornar dos exames, o supervisor do box deverá recebê-lo e encaminhar os resultados para a equipe médica avaliar (cirurgia geral, neuro, ortopedia, buco, vascular);	Enfermeiro Box de Emergência
08	Os pacientes que permanecerem nas macas aguardando conduta médica são de responsabilidade do supervisor do box até avaliação de todas as especialidades;	Enfermeiro Box de Emergência
09	Pacientes que chegarem intubados e que permanecerem aguardando vaga de UTI na unidade deverão ser preparados no box de emergência, sondados (vesical, SNG/SNE) de acordo com solicitação médica. Todas as sondas deverão ser identificadas. Após esses procedimentos, encaminhar o paciente aos cuidados do enfermeiro assistencialista;	Enfermeiro Box de Emergência
10	. Todos os pacientes que forem para o centro cirúrgico, o supervisor do box deverá solicitar sala; O centro cirúrgico deverá ser solicitado pelo supervisor, informando ao colega do centro cirúrgico a equipe que operará, e as condições clínicas do paciente. **Atenção:** O paciente não deverá subir ao centro cirúrgico com pertences. Retirar próteses dentárias, adornos (aliança, correntes, roupas). Entregar identificado para o secretário protocolar no guarda pertences.	Enfermeiro Box de Emergência
11	Preencher a SAE de todos os pacientes que derem entrada na emergência (obrigatório);	Enfermeiro Box de Emergência

12	Fazer relatório de enfermagem no prontuário do paciente (obrigatório);	Enfermeiro Box de Emergência
13	Pacientes que forem encaminhados para avaliação da ortopedia, deverão sair da emergência somente após a liberação de todas as especialidades;	Enfermeiro Box de Emergência
14	Verificar se o paciente possui fraturas, caso o paciente estiver com sangramento moderado, solicitar avaliação da ortopedia dentro da emergência, devido ao risco de choque; Pacientes com imobilização em MMII ou MMSS devem ser avaliados por ortopedistas, inclusive pacientes intubados.	Enfermeiro Box de Emergência
15	O supervisor do box de emergência é uma peça fundamental dentro da unidade pois sua principal função é agilizar o atendimento dos pacientes e melhorar a resolutividade dos casos.	Enfermeiro Box de Emergência

7.1. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Todos os pacientes que chegarem ao box de emergência pela equipe de Resgate, devem ser classificados através do sistema Manchester pelo enfermeiro do box de emergência.

8. INDICADORES

Não se aplica.

9. REFERÊNCIAS

SANTANA, L.F.; PARIS, M.C.; GABRIEL, K.O.F.; ROSA, W.F.; PETRY, I.L.; ALVES, J.N.B; ROSSA, T.A. Atuação do enfermeiro na urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.4, p. 35994-35006, 2021.

10. ANEXOS

Não se aplica

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.1.2 ATRIBUIÇÕES ENFERMEIRO DA ESTABILIZAÇÃO E CORREDOR

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos enfermeiros que estiverem escalados na estabilização e corredor.

2. DEFINIÇÕES

O papel do enfermeiro na unidade de emergência consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais. O enfermeiro desta unidade é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência.

Os enfermeiros das unidades de emergência aliam a fundamentação teórico-científica (imprescindível) à capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a

habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional". Por isso, a constante atualização desses profissionais, é necessária pois, desenvolvem com a equipe médica e de enfermagem habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica na qual estão inseridos.

O enfermeiro que atua nessa unidade necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente.

Frente as características específicas da unidade de emergência, o trabalho em equipe s- torna crucial. O enfermeiro deve ser uma pessoa tranquila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a se adaptar, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente. Este profissional deve estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando para isso conhecimento científico e competência clínica (experiência).

A rotina do trabalho em pronto socorro coloca, muitas vezes, os enfermeiros em situação que exige, além do domínio do conhecimento, a rapidez de raciocínio no sentido de tomar decisões pertinentes ao diagnóstico, ora com um único paciente, ora com um grande número de vítimas.

Na literatura brasileira, alguns estudos abordam que a liderança é fundamental para o trabalho diário do enfermeiro, mas para o seu exercício eficaz este profissional precisa buscar meios que viabilizem o desenvolvimento da habilidade de liderar; dentre estes destacamos o aprendizado baseado na experiência profissional e na educação formal.

O primeiro passo para o enfermeiro efetivamente exercer uma liderança eficaz, consiste na busca de estratégias que possibilitem esse profissional conhecerem a si mesmo e para a eficácia do processo de liderar o enfermeiro necessita conhecer as necessidades e expectativas pessoais e profissionais dos membros da equipe de enfermagem.

Realizando um estudo para identificar as características desejáveis de um líder eficaz que atua em unidade de emergência, dentre as características apontadas pelos atores participantes do estudo, a habilidade de comunicação, conhecimento na área clínica, profissionalismo e habilidade em incentivar sua equipe de trabalho foram salientadas como as mais importantes e necessárias aos enfermeiros.

Na unidade de emergência, em que realizamos o estudo, as atividades de enfermagem são organizadas de acordo com a modalidade de Assistência Trabalho em Equipe (ATE). Assim

desenvolvemos uma pesquisa sobre a liderança do enfermeiro que atua nesse setor, tendo como referencial teórico a Liderança Situacional (modelo de liderança proposto por Hersey e Blanchard).

Os resultados evidenciaram que os enfermeiros da unidade de emergência exercem e deveriam adotar com o pessoal técnico e auxiliar de enfermagem estilos de liderança participativos em modelos de gerenciamento colegiado. Os resultados de análise da liderança do enfermeiro em unidades de internação e de atendimento ao trauma demonstraram que houve predominância das características de liderança instrumental dos enfermeiros, ou seja, esses profissionais estavam orientados para o alcance dos objetivos, definição de funções e responsabilidade, criação de sistemas de controle e recompensa do trabalho desenvolvido na unidade.

Ao reportar os estudos referidos podemos afirmar que para o enfermeiro de unidade de emergência exercer a liderança de forma eficaz esse profissional precisa buscar meios para realizar o gerenciamento da assistência de enfermagem visualizando as reais necessidades do paciente, conciliando os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem.

Em síntese, o enfermeiro necessita compreender o processo de liderar e desenvolver as habilidades necessárias; dentre elas, salientamos a comunicação, o relacionamento interpessoal, tomada de decisão e competência clínica, bem como aplicá-las na sua praxe profissional.

3. SIGLAS

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;

SSVV – Sinais Vitais;

UTI – Unidade de Terapia Intensiva;

AIH – Autorização de Internação Hospitalar;

SNE – Sonda Nasoentérica.

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Enfermeiro.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Receber e passar o plantão;	Enfermeiro da estabilização e corredor
02	Escalar os técnicos (fazer escala de técnicos);	Enfermeiro da estabilização e corredor
03	Organizar os prontuários dos pacientes que se encontram na estabilização de acordo com cada especialidade;	Enfermeiro da estabilização e corredor
04	Avaliar todos os pacientes, fazendo evolução de enfermagem; Preenchimento da SAE (obrigatório).	Enfermeiro da estabilização e corredor
05	Caso os pacientes tenham curativos complexos, realizar o procedimento;	Enfermeiro da estabilização e corredor
06	Passar SNE quando solicitado;	Enfermeiro da estabilização e corredor
07	Supervisionar a equipe de enfermagem (higiene 2x/dia), medicamentos e SSW a cada 3 h;	Enfermeiro da estabilização e corredor
08	Todos os procedimentos deverão ser relatados no prontuário;	Enfermeiro da estabilização e corredor
09	Cobrar os relatórios dos técnicos de enfermagem (obrigatório);	Enfermeiro da estabilização e corredor

10	Caso algum dos pacientes estejam sob seus cuidados necessitar de centro cirúrgico, solicitar sala;	Enfermeiro da estabilização e corredor
11	Encaminhar as 2ª vias das prescrições para a farmácia;	Enfermeiro da estabilização e corredor
12	Os pacientes que forem transferidos para enfermaria que estiverem em oxigenoterapia deverão ser acompanhados pelo técnico de enfermagem e condutor; Antes de encaminhar os pacientes, verificar se o paciente está com todos os dispositivos identificados, curativos realizados e demais aspectos assistenciais; Prontuário deverá estar completo (ficha de 1º atendimento, prescrições, exames).	Enfermeiro da estabilização e corredor
13	Colher os exames solicitados;	Enfermeiro da estabilização e corredor
14	Conferir os kits de medicações dos pacientes;	Enfermeiro da estabilização e corredor
15	Supervisionar o serviço de limpeza, solicitando a realização de desinfecção sempre que necessário; O enfermeiro assistencialista é responsável pelos cuidados dos pacientes que aguardam vaga de UTI e enfermaria na estabilização, até a transferência;	Enfermeiro da estabilização e corredor
16	Encaminhar os pacientes que estiverem no corredor para realização de exames conforme solicitação médica (tomografias e RX);	Enfermeiro da estabilização e corredor
17	Cobrar do setor de exames de imagem e laboratório;	Enfermeiro da estabilização e corredor
18	Fazer relatório de ocorrência na unidade diuturnamente.	Enfermeiro da estabilização e corredor

7. INDICADORES

Não se aplica

8.REFERÊNCIAS

SANTANA, L.F.; PARIS, M.C.; GABRIEL, K.O.F.; ROSA, W.F.; PETRY, I.L.; ALVES, J.N.B; ROSSA, T.A. Atuação do enfermeiro na urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.4, p. 35994-35006, 2021.

9. ANEXOS

Não se aplica

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.1.3 LIMPEZA DO SETOR DE EMERGÊNCIA

1. OBJETIVO

Manter o Setor da Emergência limpa, organizada, com ambiente agradável e adequado o desenvolvimento das suas atividades rotineiras.

2. DEFINIÇÕES

A higienização hospitalar é fundamental para que pacientes e funcionários trabalhem com saúde e qualidade. Isso previne a contaminação por graves doenças e infecções. Os vírus e bactérias estão presentes no ambiente. Desse modo, a limpeza correta e a desinfecção, evitam a contaminação cruzada.

3. SIGLAS

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Setor de higienização.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Balde;

Rodo;

Pano de chão;

Produtos de limpeza;

Luvas;

Avental;

Botas.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

1. Realizar limpeza das bancadas e utensílios com produto saneante adequado;

2. A limpeza do chão de todos as alas da emergência deverão ser realizadas com hipoclorito de sódio diariamente;

3. Deverá ser realizada a limpeza dos banhos destinados ao uso dos pacientes e e de uso dos funcionários com hipoclorito e desinfetante;

4. Retirar lixo das lixeiras localizadas proximo as bancadas de prescrição, dos box de internação, do box vermelho, da estabilização, dos repousos (medico e de enfermegem), da copa e dor banheiros;

5. Realizar a limpeza da copa e do repouso com hipoclorito de sódio;

6. Realizar a limpeza concorrente (chão e bancadas) diariamente;

7. Realizar a limpeza terminal (chão, paredes, teto, bancadas e outras superfícies) a cada 15 dias.

8. REFERÊNCIAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 59, de 17 de dezembro de 2010.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2012.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017.

APECIH. Romão MAF and Almeida JS. Limpeza e Desinfecção das salas de diálise e maquinário. In: Prevenção de Infecção relacionada à diálise. Mangini C et cols. São Paulo, 2005.

APECIH. Silva CV. Riscos de transmissão associados a tipos específicos de assistência a saúde. In: Precauções e Isolamento. Correa L et cols. 2ª ed. ampl. rev. Cap 5. São Paulo, 2012.

APECIHª . Santos, CB. Contratação de serviços: próprio x terceirizado in Higiene, desinfecção ambiental e resíduos sólidos em serviços de higiene. Felix, AMS, Silva, AMC coord. Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (APECIH). 3 a edição revisada e ampliada. São Paulo. 2013.

9. ANEXOS

Não se aplica.

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.1.4 CRISES EPILÉTICAS

OBJETIVO

Reforçar a impressão diagnóstica e qualificar o encaminhamento para o serviço especializado. Determinar as características do evento paroxístico e considerar outras causas, como síncope e crises não epilépticas psicogênicas; reconhecer situações desencadeadoras de crises epilépticas agudas e potencialmente reversíveis; avaliar as principais causas de epilepsia e iniciar o tratamento, se indicado, enquanto aguarda avaliação com serviço especializado.

2. DEFINIÇÕES

Caracteriza epilepsia como uma doença por uma predisposição permanente do cérebro em originar crises epilépticas e pelas consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais destas crises. A epilepsia está associada a uma maior mortalidade (risco de acidentes e traumas, crises prolongadas e morte súbita), a um risco aumentado de comorbidades psiquiátricas (sobretudo depressão e ansiedade) e também a inúmeros problemas psicossociais (perda da carteira de habilitação, desemprego, entre outros).

A definição de epilepsia requer a ocorrência de pelo menos uma crise epiléptica do ponto de vista prático, a epilepsia pode ser definida por uma das seguintes condições:

Ao menos duas crises não provocadas (ou reflexas) ocorrendo com intervalo maior que 24 horas;

Uma crise não provocada (ou reflexa) e probabilidade de novas crises ocorrerem nos próximos 10 anos, similar ao risco de recorrência geral (pelo menos 60%) após duas crises não provocadas;

Diagnóstico de uma síndrome epiléptica.

3. SIGLAS

EME – Estado de Mal Epilético
EMEC – Estado de Mal Epilético Convulsivo
EMBENC – Estado de Mal Epilético Não Convulsivo
LCR – Líquido Céfalorraquidiano
TC – Tomografia Computadorizada
HUGO – Hospital de Urgência de Goiás

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem e equipe médica.

5. APLICAÇÃO

Este protocolo será aplicado no Setor de Urgência e Trauma do Hospital HUGO.

DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Diagnóstico Clínico

O diagnóstico de uma crise epiléptica pode ser feito clinicamente por meio da obtenção de uma história detalhada e de um exame físico geral, com ênfase nas aéreas neurológica e psiquiátrica. Muitas vezes, o auxílio de uma testemunha ocular é importante para que a crise seja descrita em detalhes. A ocorrência de uma aura (manifestação sensorial inicial de uma crise), bem como fatores precipitantes da crise, deve ser registrada. Idade de início, frequência de ocorrência das crises, e intervalos entre as crises (o mais curto e o mais longo obtido na história do paciente) devem ser caracterizados, muitas vezes com o auxílio de um diário de crises. A história deve cobrir ainda a existência de eventos, crises no período neonatal, crises febris, qualquer crise não provocada e história de epilepsia na família. Trauma craniano, infecção ou intoxicações prévias também devem ser investigados. É fundamental também um diagnóstico diferencial correto com outros distúrbios paroxísticos da consciência, como síncopes e crises não epilépticas psicogênicas, bem como manifestações neurológicas focais súbitas, como isquemia cerebral aguda e enxaqueca.

Avaliar história de crise epiléptica e classificar o tipo de crise

A história clínica é a ferramenta mais importante, preferencialmente reforçada por alguém que tenha testemunhado o evento. Diante de um episódio de alteração de consciência, algumas características aumentam a impressão de se tratar de uma crise epiléptica real:

Presença de língua mordida;

Desvio cefálico lateral persistente durante a crise;

Posturas não usuais de tronco ou membros durante a crise;

Contração muscular prolongada de membros (atentar para o fato de que pacientes com síncope podem apresentar abalos musculares de curta duração);

Confusão mental prolongada após a crise.

O primeiro passo, portanto, é identificar características do episódio paroxístico (sintomas prodrômicos, sinais e sintomas iniciais, alteração de consciência sintomas pós-evento) que aumentam a suspeita de crise epiléptica real e auxiliam a classificar a crise como de início focal, generalizada ou desconhecido.

Sintomas após o evento (estado pós - ictal): após as crises, com exceção às de ausência, o paciente apresenta período confusional prolongado, sonolência, dor muscular e fadiga. Esses sintomas são úteis na diferenciação de síncope com crise convulsiva. Na síncope, os abalos musculares são breves e não costuma seguir-se de confusão pós - ictal que, quando presente, não dura mais que 15 minutos.

6.1. Identificar fatores agudos ou potencialmente reversíveis que desencadeiam uma crise epiléptica

A crise epilética é definida como provocada quando é provocada por fatores agudos e/ou potencialmente reversíveis. Para auxiliar nessa identificação, deve-se questionar sobre outros sintomas sistêmicos no momento da crise (como febre ou suspeita de focos infecciosos), comorbidades (especialmente que possam causar distúrbios hidroeletrolíticos e metabólicos como insuficiência renal e diabetes), medicamentos em uso, história de trauma cranioencefálico e acidente vascular cerebral (AVC) prévio. As principais causas de crise epiléptica reativam são:

Febre,

Abstinência de álcool ou outras drogas (cocaína, anfetamina),

Medicamentos (ver quadro 1 a seguir),

Acidente vascular cerebral,

Trauma cranioencefálico,

Infecções do sistema nervoso central (como meningite)

Distúrbios metabólicos/eletrolíticos: hipo/hipernatremia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipoglicemia, hiperglicemia não cetótica, uremia, hipoxia, hipertireoidismo, desidratação.

6.2. Reconhecer diagnósticos diferenciais de crises epilépticas

Após a exclusão dos principais fatores desencadeantes de crises epilépticas, é necessário diferenciar uma crise epiléptica de outros distúrbios paroxísticos da consciência que podem confundir o diagnóstico, como:

Síncope vasovagal ou cardiogênica;

Transtornos psiquiátricos;

Distúrbios do sono (como narcolepsia ou movimento periódico dos membros durante o sono);

Migrânea;

Amnesia global transitória.

Exames complementares para avaliação etiológica de crise epiléptica não provocada

Em adultos que apresentam primeiro episódio de crise epiléptica sem fatores desencadeantes aparentes, a avaliação inicial etiológica pode ser iniciada na emergência e permite qualificar o encaminhamento para o serviço especializado.

Sugere-se realizar os seguintes exames durante internação hospitalar:

Exames laboratoriais: hemograma, plaquetas, sódio, potássio, glicemia, cálcio, magnésio, creatinina, ureia, transaminases. Anti-HIV e sorologias para sífilis também devem ser consideradas, bem como outros exames conforme suspeita clínica.

Eletrocardiograma, na suspeita de origem cardiogênica.

Exame de imagem: imprescindível na investigação de qualquer paciente com suspeita de epilepsia. Ressonância magnética é o exame preferencial, pois além de rastrear lesões estruturais que são identificadas pela tomografia, também detecta alterações mais sutis como displasias corticais e esclerose hipocampal. Na ausência de RMN, pode-se solicitar tomografia de crânio.

Eletroencefalograma: Pode indicar o tipo de epilepsia, a localização do foco e a etiologia. Importante ressaltar que esse exame não confirma nem exclui o diagnóstico, podendo, portanto, esperar para realização em serviço especializado ambulatorialmente.

Manejo do paciente com epilepsia na emergência

O manejo do paciente com epilepsia na emergência deve ser seguido como a descrição feita no anexo 1.

7. ESTADO DE MAL EPILÉPTICO

Estado de mal epiléptico (EME) é uma condição potencialmente grave, com uma incidência aproximadamente 90.000 casos por ano no Brasil. EME é uma emergência neurológica que apresenta morbidade e risco de mortalidade tempo dependente, assim necessita-se de reconhecimento e tratamento imediato. Não é uma entidade única, tem várias diferentes formas e uma vasta gama de etiologias.

As etiologias mais comuns incluem:

- Lesão cerebral estrutural aguda (acidente vascular cerebral, traumatismo craniano, hemorragia subaracnóidea, anoxia ou hipoxia cerebral), infecção (encefalite, meningite, abscesso) ou tumor cerebral.
- Lesão cerebral estrutural crônica (traumatismo cranioencefálico prévio ou neurocirurgia, isquemia cerebral perinatal, malformações corticais, malformações arteriovenosas e tumores cerebrais de baixo grau).
- Má adesão ou descontinuação da medicação anticonvulsivante em pacientes com epilepsia prévia.
- Síndromes de abstinência associadas à descontinuação de álcool, barbitúricos ou benzodiazepínicos.
- Anormalidades metabólicas (hipoglicemia, encefalopatia hepática, uremia, hiponatremia, hiperglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia) ou sepse
- Uso de medicamentos que diminuem o limiar convulsivo, (carbapenêmicos, cefepima, quinolonas, metronidazol, isoniazida, antidepressivos tricíclicos, bupropiona, lítio, clozapina, flumazenil, ciclosporina, lidocaína).

Nos pacientes em vigência do EME, opta-se por investigação complementar com glicemia capilar à beira do leito, eletrólitos, gasometria arterial, hemograma, hemoculturas e demais

exames de rastreio infeccioso. Os exames de neuroimagem são necessários nos casos suspeitos de trauma, eventos vasculares agudos, sinais clínicos de hipertensão intracraniana e crises focais. Quanto à coleta de líquor (LCR), considerar naqueles pacientes com sinais de irritação meníngea e período pós-ictal prolongado. Lembrando que, quando houver indicação de LCR, a tomografia computadorizada (TC) de crânio deverá ser feita antes e poderá contraindicar o procedimento. O Eletroencefalograma é imperativo nesses casos.

A taxa de mortalidade para adultos que apresentam um primeiro episódio de estado de mal epiléptico convulsivo (EMEC) é de aproximadamente 16 a 20%, já naqueles que os possue. secundário à anoxia varia de 69 a 81%. Demais consequências sistêmicas do EMEC incluem arritmias cardíacas, hipoventilação/hipoxia, febre e leucocitose. Existe alguns estados da crise epilética, que são:

- ESTADO DE MAL REFRATÁRIO: falência de dois ou três anticonvulsivantes associada à duração mínima de uma hora;
- ESTADO DE MAL SUPER-REFRATÁRIO: continua ou recorre apesar da terapia com drogas anestésicas EV por >24 horas.

O limiar temporal que define uma convulsão anormalmente prolongada depende do tipo de convulsão. Para o estado de mal epiléptico convulsivo, está duração é de cinco minutos. Para o estado de mal epiléptico não convulsivo (EMENC), definido como estado de mal epiléptico sem sintomas motores proeminentes, o limiar é de 10 minutos.

Tabela 1 Dimensões operacionais com t_1 indicando o tempo em que o tratamento de emergência da SE deve ser iniciado e t_2 indicando o tempo em que as consequências a longo prazo podem ser esperadas

Tipo de SE	Dimensão operacional 1 Tempo (t_1), quando é provável que uma crise seja prolongada, levando a atividade de convulsão contínua	Dimensão operacional 2 Tempo (t_2), quando uma crise pode causar consequências a longo prazo (incluindo lesão neuronal, morte neuronal, alteração de redes neuronais e déficits funcionais)
SE tônico-clônico	5 min	30 minutos
SE Focal Dispercepitiva	10 min	> 60 min
SE de Ausência	10-15 min [a]	Desconhecido

[a]As evidências para o período de tempo são atualmente limitadas e os dados futuros podem levar a modificações.

Adaptada de Trinka, E. et al. Epilepsia, 56(10):1515–1523, 2015

FATORES ESPECÍFICOS E NÃO ESPECÍFICOS PARA UMA CRISE EPILÉTICA

Eventos não específicos

- Orgânicos: Podem citar o estresse, privação de sono, suspensão abrupta de medicamentos antiepiléticos e sedativos, febre, processos infecciosos, trauma craniano e várias alterações tóxicas e metabólicas, que incluem: baixa oxigenação cerebral, hipoglicemia (diminuição do açúcar sanguíneo), diminuição do cálcio sanguíneo, alterações renais, descompensação diabética com aumento do açúcar sanguíneo (hiperglicemia).

Também podem agir como desencadeantes de crises o uso de drogas pró - convulsivantes como: antidepressivos, antipsicóticos, anestésicos gerais, antiepilépticos em doses tóxicas, broncodilatadores e pesticidas.

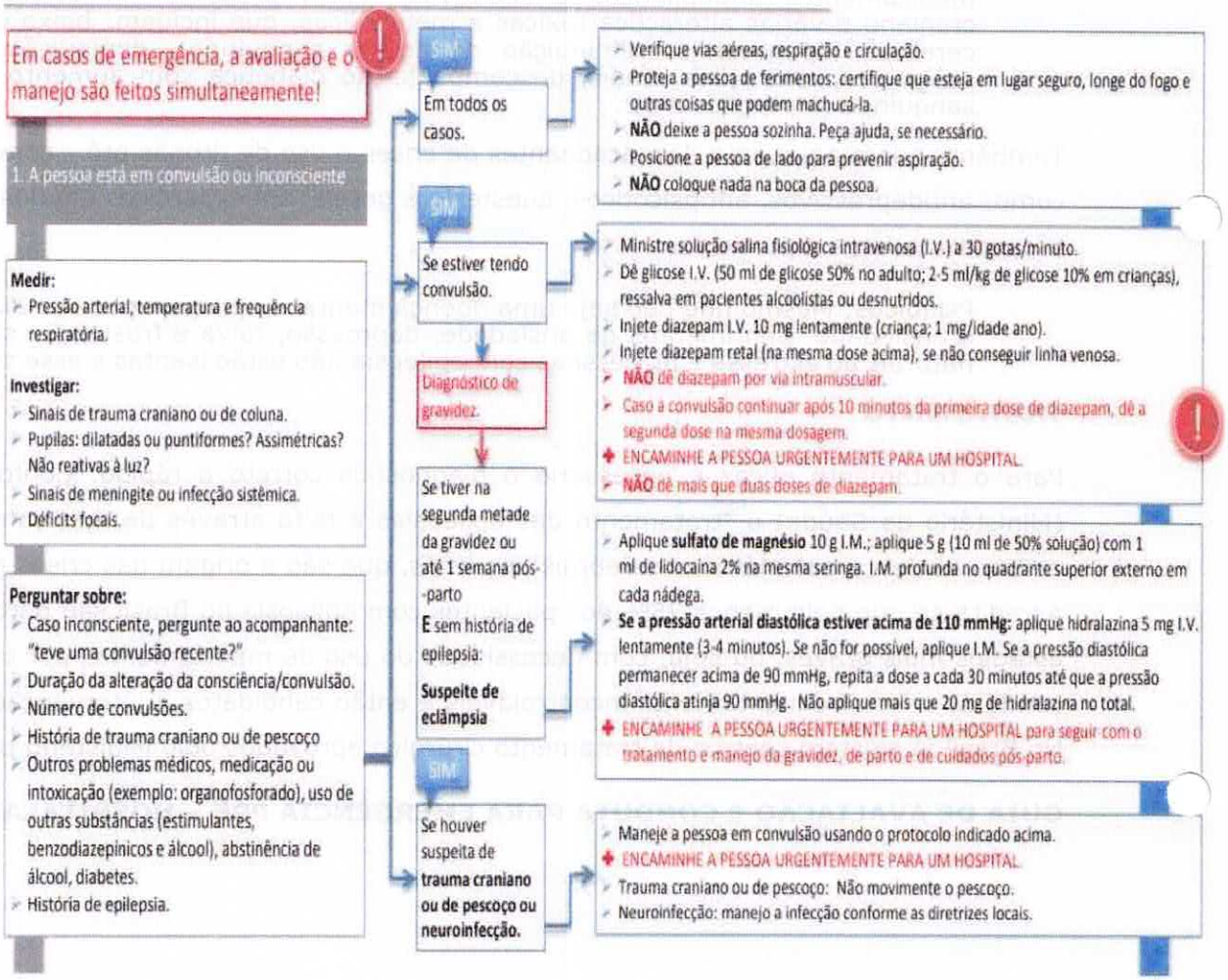
- Psíquicos: Mesmo que não seja uma doença mental a epilepsia pode causar estresse e ansiedade. Sentimentos de ansiedade, depressão, raiva e frustração são reações naturais ao estresse e as pessoas com epilepsia não estão isentas a esse sentimento.

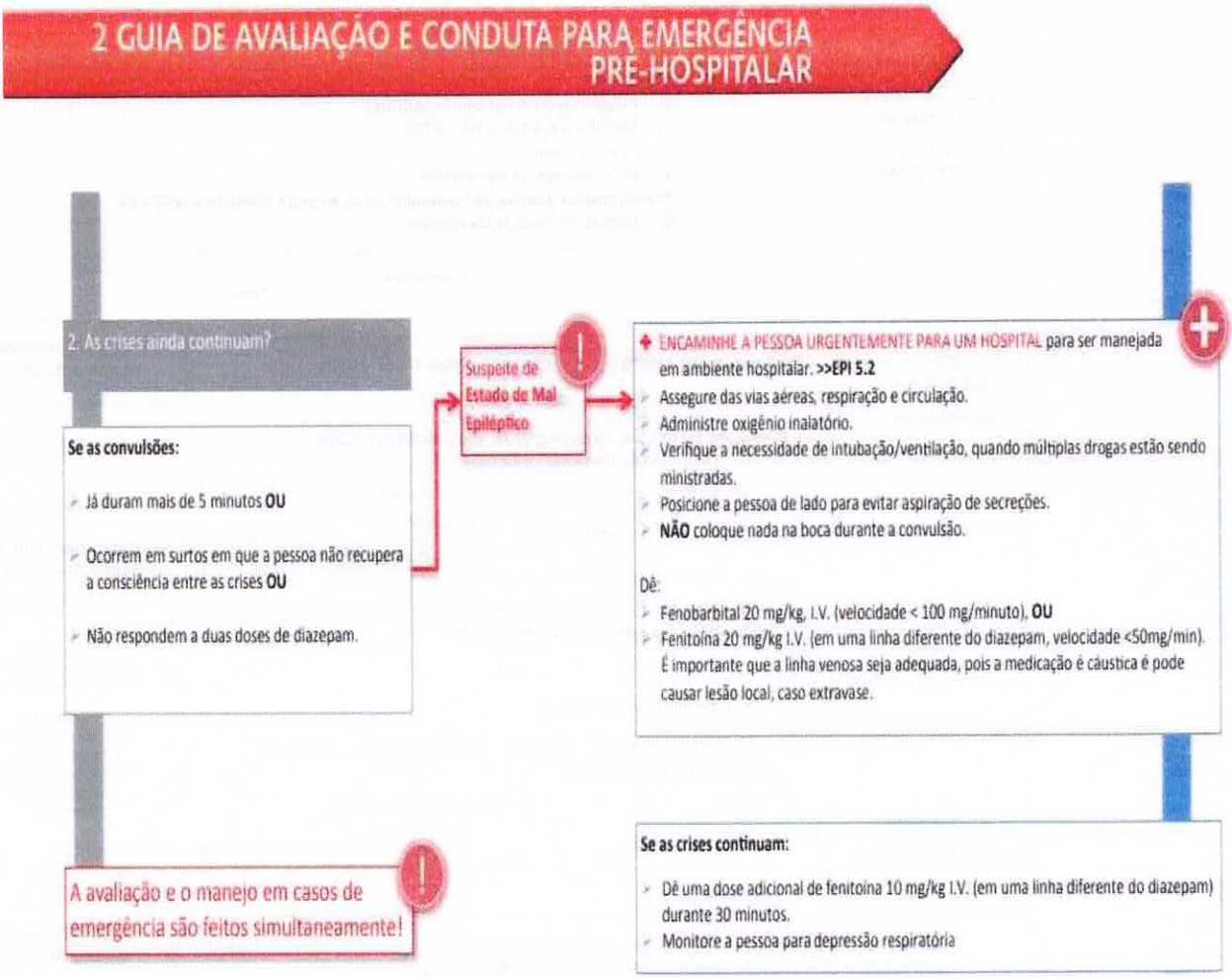
TRATAMENTO

Para o tratamento eficaz é necessário o diagnóstico correto e rápido. Conforme o MS (Ministério da Saúde) o "tratamento das epilepsias é feito através de medicamentos que evitam as descargas elétricas cerebrais anormais, que são a origem das crises epilépticas. Acredita-se que pelo menos 25% dos pacientes com epilepsia no Brasil são portadores em estágios mais graves, ou seja, com necessidade do uso de medicamentos por toda a vida, sendo as crises frequentemente incontroláveis e então candidatos a intervenção cirúrgica. No Brasil já existem centros de tratamento cirúrgico aprovados pelo Ministério da Saúde".

GUIA DE AVALIAÇÃO E CONDUTA PARA EMERGÊNCIA PRÉ – HOSPITALAR

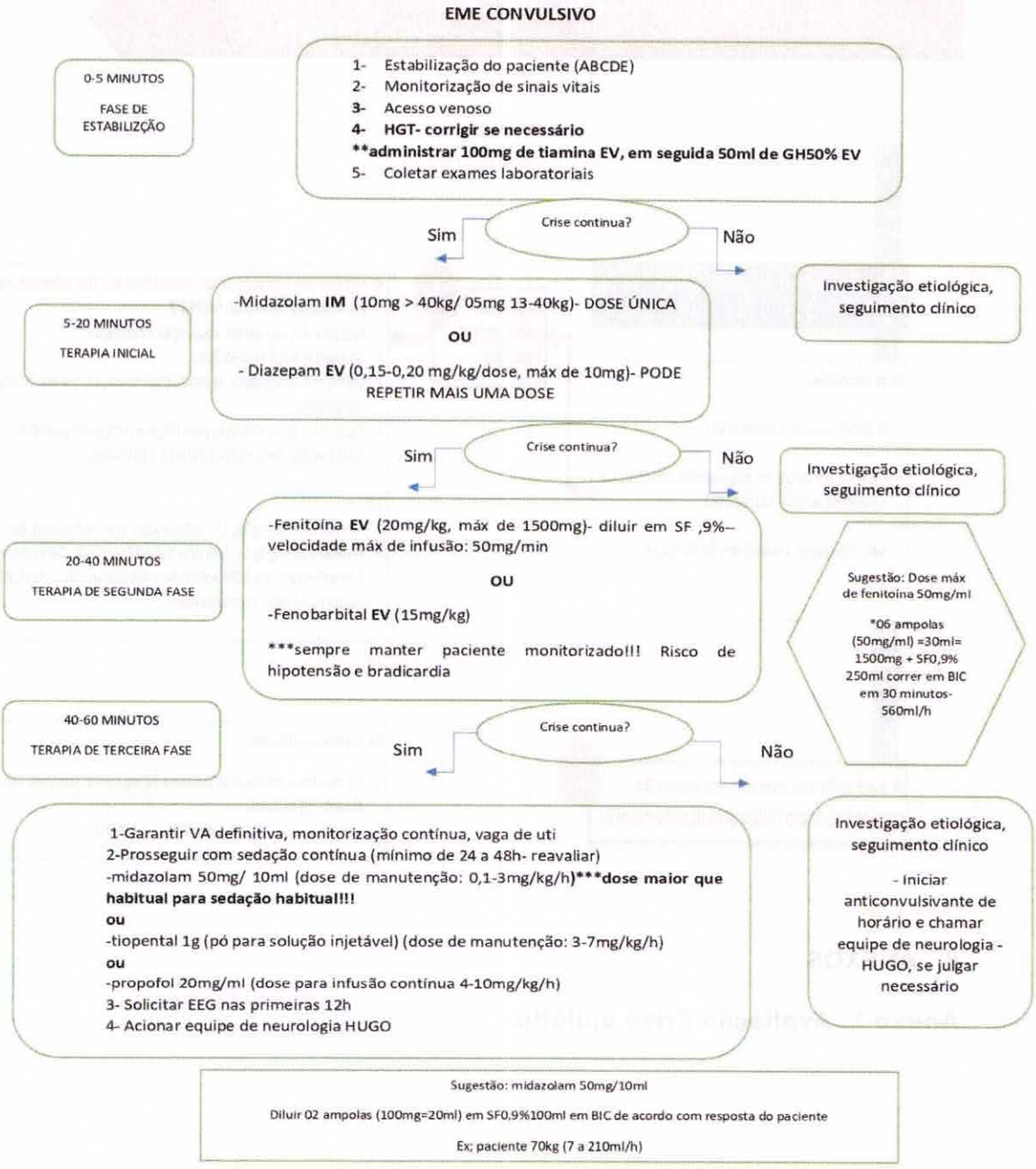
2 GUIA DE AVALIAÇÃO E CONDUTA PARA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR





8. ANEXOS

Anexo 1. Avaliação Crise Epilética



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_conduta_epilepsia_atencao_basica.pdf

https://bvsms.saude.gov.br/epilepsia-6/

https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2021/portal-portaria-no-17-pcdt-epilepsia.pdf

https://epilepsiabrasil.org.br/duvidas-frequentes

https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1335052958protocolos_unidade_emergencia_parte_038.pdf

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882519/abordagem-inicial-e-manejo-das-crises-epilepticas.pdf

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Weverson José da Silva **Coordenador da UET**	22/11/2022	
Revisão:	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	24/11/2022	
Validação:	Tamilles Borges **Supervisora NQSP**	24/11/2022	
Aprovação:	Francisco Pereira Borges **Diretor Geral**	24/11/2022	

1.1.5 ADMISSÃO BOX VERMELHO

1. OBJETIVO

Realizar a admissão do paciente no box de emergência.

2. DEFINIÇÕES

A admissão diz respeito à **entrada do paciente no serviço de saúde** para ocupar um leito com a finalidade de se submeter a tratamento clínico, cirúrgico e/ou realização de procedimentos especiais. Nestes casos a equipe de enfermagem tem um papel de extrema relevância para o paciente. É a equipe

de enfermagem, juntamente como outros profissionais de saúde, responsável por acompanhar o paciente durante o primeiro atendimento.

3. SIGLAS

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Caneta;

Carimbo;

Etiqueta de identificação do paciente.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Receber o paciente no box de emergência;	Equipe de enfermagem
02	Monitorizar o paciente;	Equipe de enfermagem
03	Acionar equipe médica;	Equipe de enfermagem
04	Ofertar oxigênio para o paciente caso necessidade;	Equipe de enfermagem
05	Pacientes estáveis, puncionar 1 acesso venoso;	Equipe de enfermagem
06	Pacientes instáveis, puncionar 2 acessos venoso calibroso;	Equipe de enfermagem
07	Coletar história da doença atual com o responsável pelo transporte do paciente;	Equipe de enfermagem
08	Fazer a classificação de risco do paciente, caso tenha chegado via resgate;	Equipe de enfermagem

09	Realizar medicação conforme solicitação médica;	Equipe de enfermagem
10	Auxiliar equipe médica em procedimentos invasivos;	Equipe de enfermagem
11	Preparar o paciente e dar seguimento nas condutas (exames de imagem, centro cirúrgico, etc);	Equipe de enfermagem
12	Após a definição de conduta, retirar o paciente do box de emergência e encaminhar para corredor, estabilização ou box de internação.	Equipe de enfermagem

7.1. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Todos os pacientes que chegarem ao box de emergência pela equipe de Resgate, devem ser classificados através do sistema Manchester pelo enfermeiro do box de emergência.

8. INDICADORES

Não se aplica.

9.REFERÊNCIAS

Não se aplica.

10. ANEXOS

Não se aplica

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	

Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.1.6 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. OBJETIVO

Acolher e priorizar o atendimento dos pacientes, organizando o fluxo e o tempo de espera conforme a gravidade clínica com que se apresentam no serviço.

2. DEFINIÇÕES

Os serviços de urgência são confrontados diariamente com um grande número de pacientes que apresentam vasta gama de problemas. A sobrecarga do serviço é inconstante e depende sempre do número de pacientes que neles se socorrem e do estado que apresentam. Nesse contexto, é absolutamente essencial que exista um sistema de classificação de risco implementado para assegurar que estes pacientes sejam observados por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada.

De acordo com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), do Ministério da Saúde, a classificação de risco tem como objetivo principal não demorar em prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata, baseado na avaliação primária do paciente. Uma vez que não se trata de fazer um diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico, a classificação de risco deve ser realizada por profissional de enfermagem de nível superior, que se baseia em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente.

Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação, sendo uma ferramenta útil e necessária, porém não suficiente, uma vez que não pretende capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa. Sendo assim, o protocolo

não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento.

2.1 CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Em linhas gerais, a metodologia da classificação de risco requer que o profissional defina a queixa ou o motivo que levou o usuário a procurar o serviço de urgência, selecione uma das várias apresentações e, então, procure um número limitado de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica, atribuindo uma cor a cada usuário. Desta forma, a cor corresponde ao grau de prioridade clínica no atendimento e tempo de espera recomendado.

Os sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades clínicas são chamados de discriminadores e estão apresentados dentro das categorias pertencentes às urgências e emergências neurológicas, cardiovasculares, respiratórias, cirúrgicas, psiquiátricas, intoxicações exógenas e metabólicas. Os discriminadores que indicam níveis de prioridade mais altos são os primeiros a serem procurados.

A determinação das prioridades será atribuída por uma cor (vermelho, laranja, amarelo, verde) que corresponde ao tempo alvo-limite para que o paciente receba o atendimento médico e de enfermagem adequadamente, sendo os eixos de prioridades:

Prioridade vermelha: o usuário deve ser categorizado como "Emergência" e o acesso ao serviço deve ser imediato, visto que apresenta sinais de alerta com risco iminente de morte, ou sem risco de vida imediato, mas que necessitem atendimento rápido e prioritário em até 10 minutos (encaminhar para sala de emergência – box vermelho).

Prioridade Laranja: o usuário deve ser categorizado como "Muito urgente", o qual necessita de atendimento o mais rápido possível e deve ser atendido em até 10 minutos

Prioridade amarela: o usuário deve ser categorizado como "Urgência"; o qual apresenta sinais de alerta, porém sem risco iminente de morte e o atendimento deve ser realizado com prioridade em até 60 minutos.

Prioridade verde: o usuário deve ser categorizado como "Pouca Urgência"; atendidos em até 120 minutos, com sinais e sintomas e ou queixas específicas que demandam atendimento hospitalar, porém sem sinais de alerta;

Segue abaixo tabela de classificação:

Tabela.

Número	Nome	Cor	Tempo alvo
1	Emergência	Vermelha	0
2	Muito urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgência	Amarela	50 minutos
4	Pouca urgência	Verde	120 minutos

2.2 TOMADA DE DECISÃO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A tomada de decisão consiste simplesmente em uma série de passos para chegar a uma conclusão. Ela é composta por cinco passos: Identificação do problema; Coleta e análise d informações relacionadas à solução; Avaliação de todas as alternativas e escolha de uma delas para implementação; Implementação da alternativa selecionada; Monitoramento da implementação e avaliação dos resultados.

1 Identificação do problema: é feita pela obtenção de informações do próprio paciente, do acompanhante ou cuidador, ou de qualquer profissional da atenção pré-hospitalar. Essa fase permite a identificação dos discriminadores e da categoria pertinente.

Coleta e análise de informações relacionadas à solução: uma vez identificado a categoria, esta fase torna-se mais fácil, já que os discriminadores podem ser procurados em cada nível de prioridade.

Avaliação de todas as alternativas e escolha de uma delas para implementação: o profissional de saúde coleta grande quantidade de dados sobre o paciente que está avaliando. Estas informações são reunidas e avaliadas, utilizando as categorias e discriminadores como apoio para o processo de tomada de decisão ao quadro clínico.

Implementação da alternativa selecionada: os profissionais da classificação de risco definem a cor (vermelho, laranja amarelo, verde) que melhor se adapta à urgência da condição apresentada pelo paciente. Uma vez atribuída a prioridade, inicia-se o respectivo percurso.

Monitoramento da implementação e avaliação dos resultados: a classificação de risco é dinâmica e deve responder tanto às necessidades dos pacientes quanto às do serviço de urgência. Os profissionais devem fazer o monitoramento, reavaliação e posterior confirmação ou alteração da prioridade.

É necessário interpretar, discriminar e avaliar a informação coletada dos pacientes e fazer uma análise crítica de suas ações após esta decisão. Uma capacidade sólida de tomada de decisão é essencial para um cuidado de boa qualidade ao paciente.

É importante também que a avaliação do paciente seja sistemática, e que todos os dados sejam reunidos para fornecer um quadro completo dos problemas do paciente. Por essa razão, o profissional da classificação de risco deve ter experiência suficiente de cuidados de urgência, e boas relações interpessoais para se comunicar eficazmente com pacientes e familiares.

Acrescenta-se que a resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº42 enfatiza que a classificação de risco e a priorização da assistência em Serviços de Urgência são privativas do Enfermeiro (COFEN, 2012). Assim, este profissional deverá ser dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico do procedimento, sendo executadas no contexto do Processo de Enfermagem e nos princípios da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2009). O horário de funcionamento do serviço da classificação de risco deverá ocorrer durante as 24 horas, sem exclusão de casos.

2.3 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO RÁPIDA NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS

Alguns achados na história clínica e exame físico sugerem sinais de alerta que um paciente apresenta quando há uma emergência em potencial com priorização de atendimento, no entanto existem emergências que não apresentam, necessariamente esses sinais. Diante deste contexto, é importante realizar uma avaliação rápida e sequencial, avaliando as vias aéreas, respiração, circulação e exame neurológico, com tempo de 2 a 5 minutos.

A - Via aérea: avaliar se o paciente pode falar ou respirar livremente.

B - Respiração: a respiração é avaliada quanto a potência da via aérea e sua adequabilidade, visando a oferta ideal de O2 e eliminação de CO2. Avaliar frequência respiratória, sinais de insuficiência respiratória, uso da musculatura acessória, cianose de extremidades e central, expansibilidade torácica, sons pulmonares e saturação periférica.

C - Circulação: identificar sinais e sintomas de má perfusão. Avaliar frequência cardíaca, pressão arterial, qualidade do pulso e perfusão periférica.

D - Neurológico: obter informações acerca do nível de consciência do paciente ou alterações agudas que envolvam o sistema nervoso, paralisia, parestesias, alterações na força, desvio de rima e alterações na fala. Aplicar escala de coma de Glasgow e de Cincinatti (em caso de suspeita de AVE).

E - Exposição: investigar lesões ocultas e exposição de partes cobertas.

2.4 MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A primeira parte do método de classificação requer que o profissional descreva a queixa de apresentação, ou queixa inicial - o principal sinal ou sintoma que motiva o paciente procurar o serviço de urgência. Ao registrar esta condição, o profissional deve utilizar a categoria pertinente (neurológicas, cardiovasculares, respiratórias, cirúrgicas, psiquiátricas, intoxicações exógenas e metabólicas) para identificar os discriminadores que permitem a determinação da prioridade clínica. A avaliação é feita pela determinação da prioridade mais alta que existir sinais e sintomas presentes.

Para realizar o processo de classificação é preciso levantar dados específicos da doença, queixa principal, sinais de alerta (choque, febre alta, perda da consciência, desorientação, dor torácica e desconforto respiratório), avaliação de sinais vitais e aplicação de escalas de Glasgow (Anexo 1), Cincinatti (Anexo 2) e de dor (Anexo 3), bem como glicemia capilar.

2.5. INÍCIO E EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO/ QUEIXA

Certas convenções foram pactuadas nesta metodologia de classificação de risco para ajud na consistência da ferramenta. O termo abrupto é usado para indicar início do evento em segundos ou minutos; súbito indica início em menos que 12 horas; agudo indica período de tempo entre 12 e 24 horas. Sinais e sintomas recentes são aqueles que surgiram nos últimos sete dias.

Início da queixa / Agravamento	
Repentino / Abrupto	Minutos / Segundos
Súbito	≤ 12 horas
Agudo	≤ 24 horas
Recente	< 7 dias
Não recente	≥ 7 dias

O uso deste discriminador de tempo não se destina a punir pacientes por procurarem indevidamente o serviço de urgência, nem se propõe a fazer com que aqueles que possue

lesão ou doença clínica há muito tempo tenham seu tempo de espera prolongado. O tempo de espera para paciente com problema estável e que não tenha aparecido recentemente vai depender do perfil de pacientes e superlotação do serviço de urgência, além dos recursos disponíveis.

2.6 DEFININDO AS PRIORIDADES

As prioridades do serviço são definidas com utilização do instrumento disponibilizado pelo MV sistema para a saúde.

2.7 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A prioridade clínica pode mudar e por isso, a classificação de risco deve ser dinâmica. Durante a espera do paciente pode ser necessária a reavaliação da prioridade clínica.

Toda avaliação secundária da enfermagem pode ser feita como uma reclassificação de risco e qualquer mudança na prioridade deve ser rapidamente comunicada e conduzida de acordo.

3. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem e equipe médica.

4. APLICAÇÃO

Classificação de risco e Unidade de emergência

5. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

O usuário ao procurar o serviço de urgência deverá ser acolhido pelos funcionários da recepção para realização do cadastro, sendo realizado a confecção da ficha de atendimento de acordo com a prioridade de idade do paciente.

Caso o paciente apresente algumas das palavras chances do protocolo de AVC, a atendente do guichê deverá acionar a botoeira com sinal luminosos, indicando a enfermeira da classificação de risco sobre um paciente com passível característica de AVC.

Após esta etapa, o usuário será encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde será acolhido pelo enfermeiro para avaliação, abertura da ficha de classificação de risco, tomada de decisão e definição da prioridade. O quadro a seguir pode ser utilizado para guiar o processo aos enfermeiros, assegurando que as decisões sejam baseadas em dados relevantes e adequados.

Componente de abordagem	Atividade de classificação de risco
Cumprimentando o paciente	A avaliação começa logo na chegada do paciente. Observe como ele se aproxima da área de classificação de risco procurando sinais como: Nível de mobilidade, Lesão aparente e Idade.
A história	Pergunte o que trouxe o paciente ao serviço de urgência. Esta história será breve, concisa e subjetiva sobre o ferimento, doença, situação e queixa do paciente.
Queixa de apresentação	A queixa de apresentação deve ser definida da história subjetiva fornecida pelo paciente. Isto leva o profissional a escolher a categoria mais apropriada para a situação ou queixa.
Entrevista	O profissional deve dominar conhecimentos anatômicos e o padrão de queixas de apresentação, além de ter habilidade em reconhecer com rapidez situações que coloquem em risco a vida do paciente. Perguntas direcionadas podem ser usadas para se obter maiores detalhes, por exemplo, duração do problema, mecanismo de trauma, uso de medicação, etc.
Exame físico e outros parâmetros	Se pertinente: Localização das lesões atuais, registro de dados vitais, pulso, temperatura, ou informações mais detalhadas (ex.: oximetria de pulso, glicemia).
Avaliação da dor	A escala de dor tanto subjetiva (do paciente) quanto objetiva (do profissional) faz parte da classificação de risco e deve ser registrada.
Prioridade do cuidado	Defina a prioridade usando o mais alto discriminador atribuível ao paciente. Descreva de forma sucinta qualquer outra demanda identificada no processo.
Documentação	O registro das informações deve ser feito em formatação padronizada, assinada e, de novo, clara, concisa, relevante e associada à queixa de apresentação. Registre ainda: Alergias, medicação usual, passado mórbido prévio relevante, medidas iniciais feitas ainda na classificação de risco e observações
Reavaliação	Registre quando for necessária a reavaliação.

Em seguida, a identificação da prioridade será feita por adesivo colorido no canto superior direito da ficha de classificação de risco e colocação de pulseira colorida no paciente, conforme a cor da prioridade. A pulseira deverá ser colocada no mesmo membro em que

esteja a pulseira de identificação do paciente, seguindo as orientações da política institucional.

Os pacientes classificados como vermelho, laranja, amarelo ou verde, serão encaminhados para a sala de emergência, com o prontuário e documentos, para atendimento médico. Os pacientes classificados como azul deverão ser orientados e referenciados para outras unidades de saúde, ou atendidos em sua necessidade, sem que passem pelo atendimento médico

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Ficha de atendimento;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Aparelho de Hemoglucoteste com fitas;
- Luvas de procedimentos;
- Máscaras cirúrgicas;
- Oxímetro de pulso;
- Termômetro;
- Algodão ou gaze;
- Álcool;
- Sala apropriada com pia, mesa, cadeiras e relógio de parede;
- Disponibilidade de macas e cadeiras de rodas em áreas subjacentes.

7. TAREFAS CRÍTICAS/ ESPECIAIS

Pacientes admitidos via atendimento móvel (SAMU, bombeiro, etc.) entrarão direto para a sala de emergência e deverão ter o cadastro realizado na recepção pelo profissional que acompanhou o paciente.

Todos os pacientes classificados como vermelho serão prontamente atendidos pela equipe médica, independente da patologia apresentada.

Todos os pacientes classificados como vermelho deverão ser colocados imediatamente na sala de emergência – box vermelho com monitorização, prontamente puncionado acesso venoso periférico e ter fonte de oxigênio ofertada.

- Caso o paciente tenha diabetes mellitus ou refira jejum a tempo maior ou igual a 8 horas fazer HGT antes da avaliação

8. INDICADORES

Distribuição dos atendimentos por cor;

Distribuição dos atendimentos por faixa etária, sexo, diagnóstico;

Tempo de atendimento do acolhimento de Enfermagem;

Tempo médio de espera para atendimento na classificação de risco após cadastro na recepção;

Tempo médio de espera para atendimento médico ao término da classificação;

% atendimento no tempo alvo-limite por classificação/cor;

Tempo médio de permanência no pronto socorro;

Índice de assertividade da classificação enfermagem/médico.

9. ANEXOS

Anexo 1. Escala de Glasgow

Escala de Glasgow

Abertura Ocular:	Resposta Verbal:	Resposta Motora:
[ ] 4 - Espontânea	[ ] 5 - Orientado [ ] 1 - Nenhuma	[ ] 6 - Obedece ordens [ ] 2 - Reage a dor com extensão patológica
[ ] 3 - Ao estímulo verbal	[ ] 4 - Confuso	[ ] 5 - Localiza a dor [ ] 1 - Não reage a dor
[ ] 2 - Ao estímulo doloroso	[ ] 3 - Palavras inapropriadas	[ ] 4 - Reage a dor sem localizar
[ ] 1 - Nenhuma	[ ] 2 - Sons incompreensíveis	[ ] 3 - Reage a dor com flexão patológica

Anexo 2. Escala de Cincinatti

ESCALA DE CINCINATTI

A Escala de Cincinnati (Cincinnati Prehospital Stroke Scale - CPSS) é uma ferramenta para o diagnóstico de casos agudos de AVC idealizada para o contexto pré-hospitalar.

Paresia facial (pedir ao paciente para mostrar os dentes ou sorrir):

- Normal: ambos os lados da face movem-se simetricamente
- Anormal: um lado da face não se move tão bem quanto o outro

Déficit motor dos membros superiores (paciente deve fechar os olhos e manter os braços estendidos por 10 segundos):

- Normal: ambos os braços movem-se simetricamente ou ambos não se movem (outros achados como pronação distal podem ser úteis)
- Anormal: um membro superior não se move ou apresenta queda

Fala (pedir que o paciente fale "não se pode ensinar novos truques a um cachorro velho"):

- Normal: paciente usa corretamente as palavras sem alteração
- Anormal: paciente apresenta dificuldade para falar, usa as palavras de forma inadequada ou é incapaz de falar.

Interpretação: Se qualquer um destes três sinais for anormal, a probabilidade da ocorrência de um AVC agudo é de 72%.

Anexo 3. Escala de dor

Escalas Numérica e Visual da Intensidade da Dor

Anexo 4. Protocolo de Manchester

PROTOCOLO MANCHESTER

COR E TEMPO-ALVO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 423 de 2012. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html>. Acesso em: 17 de janeiro de 2019.

2.JONES, K. M; MARSDEN, J; WINDLE, J. Sistema Manchester de Classificação de Ris Classificação de risco na Urgência e Emergência. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

3.MARQUES, D. V. Proposta de protocolo de acolhimento e classificação de risco: atenção às urgências e emergências adultas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/173356/Danilo%20Vaz%20Marques-emg-tcc.pdf?sequence=1>. Acesso em: 17 de janeiro de 2019.

4.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. BRASIL, 2009. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificaao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 17 de janeiro de 2019.

5.SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA. Manual de Orientação para Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco Versão II. Goiânia, 2011.

CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Weverson José da Silva **Coordenador da UET**	03/11/2022	
Revisão:	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	18/11/2022	
Validação:	Tamilles Borges **Supervisora NQSP**	18/11/2022	
Aprovação:	Luis Henrique Ribeiro Gabriel **Diretor Técnico**	18/11/2022	

1.1.7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM PACIENTE EM VENTILAÇÃO MECÂNICA

1. OBJETIVO

Manter a ventilação e trocas gasosas adequadas aos pacientes, manter ventilador em funcionamento pleno e evitar a ocorrência de pneumonias associadas à ventilação mecânica.

2. DEFINIÇÕES

A ventilação mecânica (VM) é um dos suportes à vida de grande importância em UTI e constitui um dos recursos mais utilizados nessas unidades, consistindo no emprego de uma

máquina que substitui, total ou parcialmente, a atividade ventilatória do paciente, com o objetivo de restabelecer o balanço entre a oferta e a demanda de oxigênio e atenuar a carga de trabalho respiratório de pacientes com insuficiência respiratória.

3. SIGLAS

VM – Ventilação Mecânica.

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Luvas de procedimento;

Luvas estéreis;

Sondas de aspiração traqueal;

Gazes;

Ficha de evolução dos enfermeiros;

Prescrição médica;

Água bidestilada;

Ventilador mecânico.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Realizar lavagem das mãos antes e após realização de procedimento;	Equipe de enfermagem, multiprofissional e médicos
02	Realizar ausculta pulmonar – enfermeiro;	Enfermeiro

03	Realizar aspiração orotraqueal com técnica asséptica, conforme Protocolo de Aspiração;	Equipe de enfermagem e multiprofissional
04	Realizar higiene oral diária e, sempre que for necessário;	Equipe de enfermagem
05	Aspirar a sonda orogástrica antes de administrar a dieta;	Equipe de enfermagem
06	Posicionar o paciente em decúbito elevado;	Equipe de enfermagem
07	Realizar mudança de decúbito;	Equipe de enfermagem
08	Mobilizar o paciente evitando manobras bruscas;	Equipe de enfermagem e multiprofissional
09	Coletar gasometria arterial, conforme protocolo;	Equipe de enfermagem e laboratório
10	Conferir se os parâmetros ventilatórios estão de acordo com a prescrição médica;	Equipe de enfermagem e multiprofissional
11	Checar se o ventilador está funcionando corretamente antes de adaptá-lo ao paciente;	Equipe de enfermagem e multiprofissional
12	Manter os alarmes do ventilador ligados;	Equipe de enfermagem
13	Responder e solucionar as causas da ativação dos alarmes;	Equipe de enfermagem
14	Evitar pinçamento nas traqueias;	Equipe de enfermagem e multiprofissional
15	Manter traqueias livres de água ou qualquer substância;	Equipe de enfermagem e multiprofissional
16	Manter material de urgência sempre organizado;	Equipe de enfermagem
17	. Manter ponto de oxigênio adaptado ao ventilador manual ("ambu");	Equipe de enfermagem e multiprofissional
18	Discutir com médico necessidade de sedação para melhor adaptação às ventilações mecânicas;	Equipe de enfermagem e multiprofissional

19	Manter monitorização multiparamétrica;	Equipe de enfermagem
20	Observar simetria da expansão do tórax;	Equipe de enfermagem
21	Realizar o balanço hídrico;	Equipe de enfermagem
22	Anotar sinais vitais.	Equipe de enfermagem

9.REFERÊNCIAS

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médicocirúrgica. v.1. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Zuñiga QGP. Ventilação mecânica básica para enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2004.

10. ANEXOS

Não se aplica.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.1.8 ATRIBUIÇÕES TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO BOX DE EMERGÊNCIA

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem que estiverem escalados no BOX de emergência.

2. DEFINIÇÕES

O técnico de enfermagem deve desempenhar atividades técnicas de enfermagem em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência à saúde. É necessário que o técnico de enfermagem esteja capacitado para agir com segurança técnica, tendo conhecimento dos protocolos que norteiam o atendimento de urgência. Além do conhecimento, a atenção é um aspecto fundamental para quem trabalha nos serviços dessa natureza, pois uma situação de emergência pode se instalar de forma insidiosa.

3. SIGLAS

PA – Pressão Arterial;

FC – Frequência Cardíaca;

FR – Frequência Respiratória;

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência.

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Técnicos de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes, sob supervisão do enfermeiro;	Técnico de Enfermagem
02	Verificar os equipamentos médico-hospitalares do box de emergência;	Técnico de Enfermagem
03	Solicitar os materiais da unidade de emergência, insumos hospitalares;	Técnico de Enfermagem
04	Garantir a organização do box de emergência para receber os pacientes;	Técnico de Enfermagem
05	Receber os pacientes no box de emergência trazidos pelo SAMU, Bombeiros, Ambulâncias comuns e por demanda espontânea (via classificação de risco);	Técnico de Enfermagem
06	Realizar a monitorização multiparamétrica e coletar sinais vitais (PA; FC; FR; Temperatura; Glicemia);	Técnico de Enfermagem
07	Preparar pacientes para consultas e exames, orientando-os sobre as condições de realização dos mesmos;	Técnico de Enfermagem
08	Realizar punção venosa, de preferência, acessos em vias calibrosas;	Técnico de Enfermagem
09	Realizar medicações conforme prescrição médica;	Técnico de Enfermagem
10	Retirar os pertenses dos pacientes, amazená-los em recipiente próprio, fazer a identificação e entregá-los ao secretário da emergência;	Técnico de Enfermagem
11	Auxiliar equipe médica e de enfermagem na realização de procedimentos;	Técnico de Enfermagem
12	Realizar a movimentação e o transporte de pacientes de maneira segura;	Técnico de Enfermagem

13	Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência;	Técnico de Enfermagem
14	Realizar exames de eletrocardiograma, seguindo instruições médicas ou de enfermegem;	Técnico de Enfermagem
15	Auxiliar na preparação do corpo após o óbito;	Técnico de Enfermagem
16	Fazer o relatório de enfermegem no prontuário do paciente (sistema MV);	Técnico de Enfermagem
17	Encaminhar paciente para exames.	Técnico de Enfermagem
18	Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.	Técnico de Enfermagem

9. INDICADORES

Não se aplica.

10.REFERÊNCIAS

Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno: urgência e emergência/coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes [et al.]. São Paulo: FUNDAP, 2010.

11. ANEXOS

Não se aplica

12. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	

	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.1.9 ATRIBUIÇÕES TÉCNICO DE ENFERMAGEM DAS ENFERMARIAS DE OBSERVAÇÃO

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem que estiverem escalados nas enfermarias de observação.

2. DEFINIÇÕES

O técnico de enfermagem deve desempenhar atividades técnicas de enfermagem em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência à saúde. É necessário que o técnico de enfermagem esteja capacitado para agir com segurança técnica, tendo conhecimento dos protocolos que norteiam o atendimento de urgência. Além do conhecimento, a atenção é um aspecto fundamental para quem trabalha nos serviços dessa natureza, pois uma situação de emergência pode se instalar de forma insidiosa.

3. SIGLAS

PA – Pressão Arterial;

FC – Frequência Cardíaca;

FR – Frequência Respiratória;

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Técnicos de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes, sob supervisão do enfermeiro;	Técnico de Enfermagem
02	Verificar e garantir o bom funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares do box de internações e estabilização;	Técnico de Enfermagem
03	Manter a organização das enfermarias de observação (masculina e feminina) para receber os pacientes;	Técnico de Enfermagem
04	Receber os pacientes nas enfermarias de observação (masculina e feminina), provenientes da emergência, ortopedia e ambulatório;	Técnico de Enfermagem
05	Aferir sinais vitais seguindo periodicidade estabelecida pela instituição (PA; FC; FR; Temperatura; Glicemia);	Técnico de Enfermagem
06	Realizar cuidados com a higiene (banho no leito ou banho de chuveiro; higiene oral e higiene íntima);	Técnico de Enfermagem
07	Realizar mudança de decúbito dos pacientes acamados ou com mobilidade física reduzida;	Técnico de Enfermagem
08	Realizar troca de punção venosa, seguindo o protocolo institucional ou conforme necessário;	Técnico de Enfermagem
09	Realizar medicações conforme prescrição médica;	Técnico de Enfermagem
10	Aministrar dieta conforme prescrição;	Técnico de Enfermagem
11	Auxiliar equipe médica e de enfermagem na realização de procedimentos;	Técnico de Enfermagem
12	Realizar a movimentação e o transporte de pacientes de maneira segura, quando necessário;	Técnico de Enfermagem

13	Acompanhar para exames diversos, pacientes que estiverem em oxigenoterapia via cateter nasal ou máscara facil, após avaliação e orientação do enfermeiro supervisor;	Técnico de Enfermagem
14	Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência;	Técnico de Enfermagem
15	Realizar exames de eletrocardiograma, seguindo instruições médicas ou de enfermegem;	Técnico de Enfermagem
16	Realizar orientação para acompanhantes;	Técnico de Enfermagem
17	Fazer o relatório de enfermegem no prontuário do paciente (sistema MV);	Técnico de Enfermagem
18	Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.	Técnico de Enfermagem

7. INDICADORES

Não se aplica.

8.REFERÊNCIAS

Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno: urgência e emergência/coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes [et al.]. São Paulo: FUNDAP, 2010.

9. ANEXOS

Não se aplica

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	

	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.1.10 ATRIBUIÇÕES TÉCNICO DE ENFERMAGEM DIARISTA

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelo técnico de enfermagem diarista.

2. DEFINIÇÕES

O técnico de enfermagem deve desempenhar atividades técnicas em enfermagem em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência à saúde. É necessário que o técnico de enfermagem esteja capacitado para agir com segurança técnica, tendo conhecimento dos protocolos que norteiam o atendimento de urgência. Além do conhecimento, a atenção é um aspecto fundamental para quem trabalha nos serviços dessa natureza, pois uma situação de emergência pode se instalar de forma insidiosa.

3. SIGLAS

BIC – Bomba de Infusão Contínua;

SVD – Sonda Vesical de Demora;

SNE – Sonda Nasoentérica;

OS – Ordem de Serviço.

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Técnico de enfermagem diarista.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Caneta;

Carimbo.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Verificar datas de equipos;	Técnico de Enfermagem Diarista
02	Verificar identificação de BIC;	Técnico de Enfermagem Diarista
03	Verificar identificação de frascos de medicações que estiverem em infusão;	Técnico de Enfermagem Diarista
04	Verificar identificação, demarcação e fixação de SVD;	Técnico de Enfermagem Diarista
05	Verificar identificação de SNE;	Técnico de Enfermagem Diarista
06	Verificar data de validade das punções venosas e solicitar troca caso estejam vencidas;	Técnico de Enfermagem Diarista
07	Verificar data de validades dos filtros utilizados pela equipe de fisioterapia, e solicitar troca caso estejam vencidos;	Técnico de Enfermagem Diarista
08	Verificar data de validade dos frascos de aspiração, e solicitar troca caso estejam vencidos;	Técnico de Enfermagem Diarista
09	Verificar se todas as almotolias estão identificadas com a data da abertura e data de troca;	Técnico de Enfermagem Diarista
10	Verificar se todos os pacientes estão identificados com a pulseira de identificação;	Técnico de Enfermagem Diarista

11	Verificar o uso da caixa de descarte de perfurocortantes, se está sendo seguida as recomendações institucionais;	Técnico de Enfermagem Diarista
12	Abrir O.S. para manutenção predial caso necessário;	Técnico de Enfermagem Diarista

8. INDICADORES

Não se aplica.

9.REFERÊNCIAS

Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno: urgência e emergência/coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes [et al.]. São Paulo: FUNDAP, 2010.

10. ANEXOS

Não se aplica

12. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.1.11 ATRIBUIÇÕES TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO CORREDOR

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem que estiverem escalados no corredor.

2. DEFINIÇÕES

O técnico de enfermagem deve desempenhar atividades técnicas de enfermagem em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência à saúde. É necessário que o técnico de enfermagem esteja capacitado para agir com segurança técnica, tendo conhecimento dos protocolos que norteiam o atendimento de urgência. Além do conhecimento, a atenção é um aspecto fundamental para quem trabalha nos serviços dessa natureza, pois uma situação de emergência pode se instalar de forma insidiosa.

3. SIGLAS

PA – Pressão Arterial;

FC – Frequência Cardíaca;

FR – Frequência Respiratória;

UTI – Unidade de Terapia Intensiva;

EDA – Endoscopia;

TC – Tomografia Computadorizada;

PS – Pronto Socorro.

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Técnicos de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Não se aplica.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes, sob supervisão do enfermeiro;	Técnico de Enfermagem do corredor
02	Verificar e garantir o bom funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares utilizados no corredor;	Técnico de Enfermagem do corredor
03	Manter a organização do corredor para receber os pacientes;	Técnico de Enfermagem do corredor
04	Receber os pacientes no corredor, provenientes da classificação de risco ou do box de emergência;	Técnico de Enfermagem do corredor
05	Receber a ficha do paciente proveniente da classificação de risco;	Técnico de Enfermagem do corredor
06	Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;	Técnico de Enfermagem do corredor
07	Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre as normas e rotinas do hospital;	Técnico de Enfermagem do corredor
08	Coletar informações sobre a história clínica do paciente;	Técnico de Enfermagem do corredor
09	Verificar sinais vitais (PA; FC; FR; Temperatura; Glicemia);	Técnico de Enfermagem do corredor
10	Instalar punção venosa;	Técnico de Enfermagem do corredor

11	Administrar as medicações conforme prescrição médica;	Técnico de Enfermagem do corredor
12	Encaminhar paciente para realização de exames conforme a prescrição;	Técnico de Enfermagem do corredor
13	Providenciar placa de identificação e colocá-la na porção distal da maca;	Técnico de Enfermagem do corredor
14	Solicitar o laboratório em caso de exames de urgência;	Técnico de Enfermagem do corredor
15	Higienizar as mãos;	Técnico de Enfermagem do corredor
16	Realizar as anotações no prontuário do paciente;	Técnico de Enfermagem do corredor
17	Preparar o paciente conforme a conduta (internação ou centro cirúrgico);	Técnico de Enfermagem do corredor
18	Sinalizar nas macas dos pacientes quando estiverem aguardando vaga de enfermaria, UTI, EDA, TC ou em observação no PS;	Técnico de Enfermagem do corredor
19	Realizar orientações pré-operatórias (quando necessário);	Técnico de Enfermagem do corredor
20	Retirar os pertences dos pacientes, armazená-los em recipiente próprio, fazer a identificação e entregá-los ao secretário da emergência;	Técnico de Enfermagem do corredor
21	Administrar dieta conforme prescrição;	Técnico de Enfermagem do corredor

8

22	Auxiliar equipe médica e de enfermagem na realização de procedimentos;	Técnico de Enfermagem do corredor
23	Realizar a movimentação e o transporte de pacientes de maneira segura, quando necessário;	Técnico de Enfermagem do corredor
24	Acompanhar para exames diversos, pacientes que estiverem em oxigenoterapia via cateter nasal ou máscara fácil, após avaliação e orientação do enfermeiro supervisor;	Técnico de Enfermagem do corredor
25	Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência;	Técnico de Enfermagem do corredor
26	Realizar exames de eletrocardiograma, seguindo instruções médicas ou de enfermagem;	Técnico de Enfermagem do corredor
27	Fazer o relatório de enfermagem no prontuário do paciente (sistema MV);	Técnico de Enfermagem do corredor
28	Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.	Técnico de Enfermagem do corredor

8. INDICADORES

Não se aplica.

9.REFERÊNCIAS

Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno: urgência e emergência/coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes [et al.]. São Paulo: FUNDAP, 2010.

10. ANEXOS

Não se aplica

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.1.12 ATRIBUIÇÕES TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO ISOLAMENTO

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem que estiverem escalados nos isolamentos.

2. DEFINIÇÕES

O técnico de enfermagem deve desempenhar atividades técnicas de enfermagem em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência à saúde. É necessário que o técnico de enfermagem esteja capacitado para agir com segurança técnica, tendo conhecimento dos protocolos que norteiam o atendimento de urgência. Além do conhecimento, a atenção é um aspecto fundamental para quem trabalha nos serviços dessa natureza, pois uma situação de emergência pode se instalar de forma insidiosa.

3. SIGLAS

PA – Pressão Arterial;

FC – Frequência Cardíaca;

FR – Frequência Respiratória;

UTI – Unidade de Terapia Intensiva;

4. PÚBLICO ALVO

Técnicos de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes, sob supervisão do enfermeiro;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
02	Verificar e garantir o bom funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares do box de internações e estabilização;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
03	Manter a organização dos isolamentos para receber os pacientes;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
04	Utilizar os EPI's conforme o tipo de precaução (máscara N95, avental, luvas, óculos de proteção);	Técnico de Enfermagem do Isolamento
05	Receber os pacientes nos isolamentos, provenientes da emergência ou das enfermarias quando estiverem em algum tipo de precaução específica (aerossóis, gotículas ou contato);	Técnico de Enfermagem do Isolamento
06	Realizar a monitorização multiparamétrica e coletar sinais vitais (PA; FC; FR; Temperatura; Glicemia);	Técnico de Enfermagem do Isolamento
07	Realizar cuidados com a higiene (banho no leito ou banho de chuveiro; higiene oral e higiene íntima);	Técnico de Enfermagem do Isolamento
08	Realizar mudança de decúbito dos pacientes que permanecem aguardando vaga de UTI e enfermaria;	Técnico de Enfermagem do Isolamento

09	Realizar troca de punção venosa, seguindo o protocolo institucional ou conforme necessário;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
10	Realizar medicações conforme prescrição médica;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
11	Administrar dieta conforme prescrição;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
12	Auxiliar equipe médica e de enfermagem na realização de procedimentos;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
13	Realizar a movimentação e o transporte de pacientes de maneira segura, quando necessário;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
14	Acompanhar para exames diversos, pacientes que estiverem em oxigenoterapia via cateter nasal ou máscara fácil, após avaliação e orientação do enfermeiro supervisor;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
15	Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
16	Realizar exames de eletrocardiograma, seguindo instruções médicas ou de enfermagem;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
17	Auxiliar na preparação do corpo após o óbito;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
18	Fazer o relatório de enfermagem no prontuário do paciente (sistema MV);	Técnico de Enfermagem do Isolamento
19	Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.	Técnico de Enfermagem do Isolamento

7. INDICADORES

Não se aplica.

8.REFERÊNCIAS

Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno: urgência e emergência/coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes [et al.]. São Paulo: FUNDAP, 2010.

9. ANEXOS

Não se aplica

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.1.13 ATRIBUIÇÕES TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO BOX DE INTERNAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem que estiverem escalados nos BOX de internação e estabilização.

2. DEFINIÇÕES

O técnico de enfermagem deve desempenhar atividades técnicas de enfermagem em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência à saúde. É necessário que o técnico de enfermagem esteja capacitado para agir com segurança técnica, tendo

conhecimento dos protocolos que norteiam o atendimento de urgência. Além do conhecimento, a atenção é um aspecto fundamental para quem trabalha nos serviços dessa natureza, pois uma situação de emergência pode se instalar de forma insidiosa.

3. SIGLAS

PA – Pressão Arterial;

FC – Frequência Cardíaca;

FR – Frequência Respiratória;

UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Técnicos de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes, sob supervisão do enfermeiro;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
02	Verificar e garantir o bom funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares do box de internações e estabilização;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
03	Manter a organização dos box de internação e estabilização para receber os pacientes;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
04	Receber os pacientes nos box de internação e na estabilização, provenientes do box de emergência ou corredor;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização

05	Realizar a monitorização multiparamétrica e coletar sinais vitais (PA; FC; FR; Temperatura; Glicemia);	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
06	. Realizar cuidados com a higiene (banho no leito ou banho de chuveiro; higiene oral e higiene íntima);	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
07	Realizar mudança de decúbito dos pacientes que permanecem aguardando vaga de UTI e enfermaria;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
08	Realizar troca de punção venosa, seguindo o protocolo institucional ou conforme necessário;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
09	Realizar medicações conforme prescrição médica;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
10	Administrar dieta conforme prescrição;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
11	Auxiliar equipe médica e de enfermagem na realização de procedimentos;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
12	Realizar a movimentação e o transporte de pacientes de maneira segura, quando necessário;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
13	. Acompanhar para exames diversos, pacientes que estiverem em oxigenoterapia via cateter nasal ou máscara fácil, após avaliação e orientação do enfermeiro supervisor;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
14	Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
15	Realizar exames de eletrocardiograma, seguindo instruções médicas ou de enfermagem;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização

16	Auxiliar na preparação do corpo após o óbito;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
17	Fazer o relatório de enfermagem no prontuário do paciente (sistema MV);	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
18	Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização

7. INDICADORES

Não se aplica.

8.REFERÊNCIAS

Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno: urgência e emergência/coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes [et al.]. São Paulo: FUNDAP, 2010.

9. ANEXOS

Não se aplica

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	

Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.1.14 ATRIBUIÇÕES ENFERMEIRO BOX DE INTERNAÇÃO

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos enfermeiros que estiverem escalados nos BOX de internação.

2. DEFINIÇÕES

O papel do enfermeiro na unidade de emergência consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais. O enfermeiro desta unidade é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência.

Os enfermeiros das unidades de emergência aliam a fundamentação teórico-científica (imprescindível) à capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional. Por isso, a constante atualização desses profissionais, é necessária pois, desenvolvem com a equipe médica e de enfermagem habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica na qual estão inseridos.

O enfermeiro que atua nessa unidade necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente.

Frente as características específicas da unidade de emergência, o trabalho em equipe se torna crucial. O enfermeiro "deve ser uma pessoa tranquila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a se adaptar, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente. Este profissional deve estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando para isso conhecimento científico e competência clínica (experiência).

A rotina do trabalho em pronto socorro coloca, muitas vezes, os enfermeiros em situação que exige, além do domínio do conhecimento, a rapidez de raciocínio no sentido de tomar

decisões pertinentes ao diagnóstico, ora com um único paciente, ora com um grande número de vítimas.

Na literatura brasileira, alguns estudos abordam que a liderança é fundamental para o trabalho diário do enfermeiro, mas para o seu exercício eficaz este profissional precisa buscar meios que viabilizem o desenvolvimento da habilidade de liderar; dentre estes destacamos o aprendizado baseado na experiência profissional e na educação formal.

O primeiro passo para o enfermeiro efetivamente exercer uma liderança eficaz, consiste na busca de estratégias que possibilitem esse profissional conhecerem a si mesmo e para eficácia do processo de liderar o enfermeiro necessita conhecer as necessidades e expectativas pessoais e profissionais dos membros da equipe de enfermagem.

Realizando um estudo para identificar as características desejáveis de um líder eficaz que atua em unidade de emergência, dentre as características apontadas pelos atores participantes do estudo, a habilidade de comunicação, conhecimento na área clínica, profissionalismo e habilidade em incentivar sua equipe de trabalho foram salientadas como as mais importantes e necessárias aos enfermeiros.

Na unidade de emergência, em que realizamos o estudo, as atividades de enfermagem são organizadas de acordo com a modalidade de Assistência Trabalho em Equipe (ATE). Assim desenvolvemos uma pesquisa sobre a liderança do enfermeiro que atua nesse setor, tendo como referencial teórico a Liderança Situacional (modelo de liderança proposto por Hersey e Blanchard).

Os resultados evidenciaram que os enfermeiros da unidade de emergência exercem e deveriam adotar com o pessoal técnico e auxiliar de enfermagem estilos de liderança participativos em modelos de gerenciamento colegiado. Os resultados de análise da liderança do enfermeiro em unidades de internação e de atendimento ao trauma demonstraram que houve predominância das características de liderança instrumental dos enfermeiros, ou seja, esses profissionais estavam orientados para o alcance dos objetivos, definição de funções e responsabilidade, criação de sistemas de controle e recompensa do trabalho desenvolvido na unidade.

Ao reportar os estudos referidos podemos afirmar que para o enfermeiro de unidade de emergência exercer a liderança de forma eficaz esse profissional precisa buscar meios para realizar o gerenciamento da assistência de enfermagem visualizando as reais necessidades

do paciente, conciliando os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem.

Em síntese, o enfermeiro necessita compreender o processo de liderar e desenvolver as habilidades necessárias; dentre elas, salientamos a comunicação, o relacionamento interpessoal, tomada de decisão e competência clínica, bem como aplicá-las na sua praxe profissional.

3. SIGLAS

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;

SSVV – Sinais Vitais;

UTI – Unidade de Terapia Intensiva;

AIH – Autorização de Internação Hospitalar;

SNE – Sonda Nasoentérica.

4. PÚBLICO ALVO

Enfermeiro.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Não se aplica.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Receber e passar o plantão;	Enfermeiro Box de Internação
02	Escalar os técnicos (fazer escala de técnicos);	Enfermeiro Box de Internação
03	Organizar os prontuários dos pacientes que se encontram nos box (1-5) e estabilização de acordo com cada especialidade;	Enfermeiro Box de Internação

	Pacientes intubados deverão ser acompanhados e prescritos pela clínica médica.			
04	Avaliar todos os pacientes, fazendo evolução de enfermagem; Preenchimento da SAE (obrigatório).	Enfermeiro Internação	Box	de
05	Caso os pacientes tenham curativos complexos, realizar o procedimento;	Enfermeiro Internação	Box	de
06	Passar SNE quando solicitado;	Enfermeiro Internação	Box	de
07	Supervisionar a equipe de enfermagem (higiene 2x/dia), medicamentos e SSW a cada 3 h;	Enfermeiro Internação	Box	de
08	Todos os procedimentos deverão ser relatados no prontuário;	Enfermeiro Internação	Box	de
09	Cobrar os relatórios dos técnicos de enfermagem (obrigatório);	Enfermeiro Internação	Box	de
10	Caso algum dos pacientes estejam sob seus cuidados necessitar de centro cirúrgico, solicitar sala;	Enfermeiro Internação	Box	de
11	Encaminhar as 2ª vias das prescrições para a farmácia;	Enfermeiro Internação	Box	de
12	Os pacientes que forem transferidos para UTI serão acompanhados pela supervisora assistencialista; Antes de encaminhar os pacientes, verificar se o paciente está com as sondas identificadas, acesso venoso, (drogas vasoativas deverão estar em acesso central) e curativos. Prontuário deverá estar completo (ficha de 1º atendimento, AIH, prescrições, exames).	Enfermeiro Internação	Box	de
13	Colher os exames solicitados;	Enfermeiro Internação	Box	de
14	Conferir os kits de medicações dos pacientes;	Enfermeiro Internação	Box	de

15	Supervisionar o serviço de limpeza, solicitando a realização de desinfecção sempre que necessário; O enfermeiro assistencialista é responsável pelos cuidados dos pacientes que aguardam vaga de UTI na unidade e na estabilização, até a transferência;	Enfermeiro Box de Internação	
16	Fazer relatório de ocorrência na unidade diuturnamente.	Enfermeiro Box de Internação	

8. INDICADORES

Não se aplica.

9.REFERÊNCIAS

SANTANA, L.F.; PARIS, M.C.; GABRIEL, K.O.F.; ROSA, W.F.; PETRY, I.L.; ALVES, J.N.B; ROSSA, T.A. Atuação do enfermeiro na urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.4, p. 35994-35006, 2021.

10. ANEXOS

Não se aplica

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	

Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.1.15 ATRIBUIÇÕES DO SECRETÁRIO DAS ENFERMARIAS DE OBSERVAÇÃO

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos funcionário que estiverem lotados para cargo e função de secretário no setor das enfermarias de observação do Hospital de Urgências de Goiás.

2. DEFINIÇÕES

O secretário (a) tem por responsabilidade organizar, sistematizar, registrar e documentar todos os fenômenos que se processam no domínio da unidade em que desempenha suas funções laborais, permitindo o seu funcionamento administrativo e afiançando sua legalidade e a validade de seus atos.

3. SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar;

TC – Tomografia Computadorizada;

RX – Radiografia;

EDA – Endoscopia Digestiva Alta;

NIR – Núcleo Interno de Regulação;

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás;

SAME – Serviço de Arquivamento Médico e Estatística;

CME – Central de Material de Esterilização.

4. PÚBLICO ALVO

Secretário da emergência.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Papel;

Caneta;

Caderno ata;

Caderno de protocolo;

Computador;

Aparelho telefônico.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Receber e passar plantão, sinalizando intercorrências e pendencias;	Secretário das enfermarias de observação
02	Verificar se todos os pacientes estão identificados;	Secretário das enfermarias de observação
03	Realizar as identificações dos pacientes conforme demanda de entrada nas enfermarias de observação;	Secretário das enfermarias de observação
04	Verificar pendencia de turno anterior e dar seguimento de resolutividade a elas (pertences que ainda não foram protocolados e entregues);	Secretário das enfermarias de observação
05	Protocolar pertences de pacientes, identificados e entregues pela equipe de enfermagem;	Secretário das enfermarias de observação
06	Encaminhar pertences dos pacientes ao setor de guarda pertences;	Secretário das enfermarias de observação
07	Protocolar e encaminhar pedidos de exames de imagem no geral (TC, RX, EDA);	Secretário das enfermarias de observação
08	Repor material de almoxarifado conforme necessidade da unidade;	Secretário das enfermarias de observação

09	Abrir ordem de serviço para manutenção predial e engenharia clínica conforme demanda da unidade;	Secretário das enfermarias de observação
10	Realizar orientação de acompanhante;	Secretário das enfermarias de observação
11	Acionar presença do acompanhante, quando necessário;	Secretário das enfermarias de observação
12	Acionar equipe de segurança, quando necessário;	Secretário das enfermarias de observação
13	Auxiliar equipe de enfermagem e equipe médica, conforme demandas administrativas;	Secretário das enfermarias de observação
14	Fazer solicitação material de CME, conforme necessidade da unidade;	Secretário das enfermarias de observação
15	Fazer solicitação de material de farmácia, conforme necessidade da unidade;	Secretário das enfermarias de observação
16	Registar em livro ATA a entrada e saída de pacientes;	Secretário das enfermarias de observação
17	Encaminhar ao setor do SAME os prontuários dos pacientes que foram de alta ou óbito.	Secretário das enfermarias de observação
18	Registrar, ao final do turno de trabalho, todas as atividades desenvolvidas e pendencias caso houverem.	Secretário das enfermarias de observação

8. INDICADORES

Estatística do fluxo da emergência.

9. REFERÊNCIAS

FREITAS, M. E. Cultura organizacional: formação, tipologias e impacto. São Paulo: Makron, McGraw-Hill, 1991. HANDY, C.

Deuses da administração: como enfrentar as constantes mudanças da cultura empresarial. Trad. Ricardo Gouveia. 2. ed. São Paulo: Saraiva, Editora SENAC: São Paulo, 1994.

MINTZBERG, H.; QUINN, J. B. O processo da estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2001, 271-282.

NADLER, D. A. et. all. (org). Arquitetura organizacional: a chave para a mudança empresarial. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

JOHAN, S. L. Gestão da cultura corporativa: como as organizações de alto desempenho gerenciam sua cultura organizacional. São Paulo: Saraiva, 2004.

SILVA, D. N. et. all. Cultura organizacional: uma revisão da literatura. Revista Alcance (administração). Ano VI, n.1. Itajaí, maio, 1999, p. 77-84.

CHIAVENATO, I. Comportamento Organizacional. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

CORDEIRO, J. V.; RIBEIRO, R.V. Gestão Empresarial. Curitiba: Gazeta do Povo,2002.

CIELO, I. D. O secretário-executivo e as novas competências profissionais. Palestra proferida na UNIAMÈRICA, Foz do Iguaçu, 14 de nov.2003.

10. ANEXOS

Não se aplica.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.1.16 ATRIBUIÇÕES ENFERMEIRO DIARISTA

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelo enfermeiro diarista.

2. DEFINIÇÕES

O papel do enfermeiro na unidade de emergência consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais. O enfermeiro desta unidade é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência.

Os enfermeiros das unidades de emergência aliam a fundamentação teórico-científica (imprescindível) à capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional. Por isso, a constante atualização desses profissionais, é necessária pois, desenvolvem com a equipe médica e de enfermagem habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica na qual estão inseridos.

O enfermeiro que atua nessa unidade necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente.

Frente as características específicas da unidade de emergência, o trabalho em equipe se torna crucial. O enfermeiro "deve ser uma pessoa tranquila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a se adaptar, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente. Este profissional deve estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando para isso conhecimento científico e competência clínica (experiência).

A rotina do trabalho em pronto socorro coloca, muitas vezes, os enfermeiros em situação que exige, além do domínio do conhecimento, a rapidez de raciocínio no sentido de tomar decisões pertinentes ao diagnóstico, ora com um único paciente, ora com um grande número de vítimas.

Na literatura brasileira, alguns estudos abordam que a liderança é fundamental para o trabalho diário do enfermeiro, mas para o seu exercício eficaz este profissional precisa buscar meios que viabilizem o desenvolvimento da habilidade de liderar; dentre estes destacamos o aprendizado baseado na experiência profissional e na educação formal.

O primeiro passo para o enfermeiro efetivamente exercer uma liderança eficaz, consiste na busca de estratégias que possibilitem esse profissional conhecerem a si mesmo e para a eficácia do processo de liderar o enfermeiro necessita conhecer as necessidades e expectativas pessoais e profissionais dos membros da equipe de enfermagem.

Realizando um estudo para identificar as características desejáveis de um líder eficaz que atua em unidade de emergência, dentre as características apontadas pelos atores participantes do estudo, a habilidade de comunicação, conhecimento na área clínica, profissionalismo e habilidade em incentivar sua equipe de trabalho foram salientadas como as mais importantes e necessárias aos enfermeiros.

Na unidade de emergência, em que realizamos o estudo, as atividades de enfermagem são organizadas de acordo com a modalidade de Assistência Trabalho em Equipe (ATE). Assim desenvolvemos uma pesquisa sobre a liderança do enfermeiro que atua nesse setor, tendo como referencial teórico a Liderança Situacional (modelo de liderança proposto por Hersey e Blanchard).

Os resultados evidenciaram que os enfermeiros da unidade de emergência exercem e deveriam adotar com o pessoal técnico e auxiliar de enfermagem estilos de liderança participativos em modelos de gerenciamento colegiado. Os resultados de análise da liderança do enfermeiro em unidades de internação e de atendimento ao trauma demonstraram que houve predominância das características de liderança instrumental dos enfermeiros, ou seja, esses profissionais estavam orientados para o alcance dos objetivos, definição de funções e responsabilidade, criação de sistemas de controle e recompensa do trabalho desenvolvido na unidade.

Ao reportar os estudos referidos podemos afirmar que para o enfermeiro de unidade de emergência exercer a liderança de forma eficaz esse profissional precisa buscar meios para realizar o gerenciamento da assistência de enfermagem visualizando as reais necessidades do paciente, conciliando os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem.

Em síntese, o enfermeiro necessita compreender o processo de liderar e desenvolver as habilidades necessárias; dentre elas, salientamos a comunicação, o relacionamento interpessoal, tomada de decisão e competência clínica, bem como aplicá-las na sua praxe profissional.

3. SIGLAS

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;

SSVV – Sinais Vitais;

PAV – Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica;

ITU – Infecção de Trato Urinário;

ISC – Infecção de Sítio Cirúrgico;

ICS – Infecção de Corrente Sanguínea;

POP – Procedimento Operacional Padrão;

BH – Balanço Hídrico;

NR – Norma Regulamentadora.

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Enfermeiro diarista.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Caneta;

- Carimbo.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor

01	Verificar o funcionamento de todos os equipamentos médico-hospitalares;	Enfermeiro Diarista
02	Abrir O.S para o setor de engenharia clínica para reparo de equipamentos médico-hospitalares, caso necessário;	Enfermeiro Diarista
03	Realizar ações de educação continuada com as equipes;	Enfermeiro Diarista
04	Auxilio na construção dos POP's;	Enfermeiro Diarista
05	Verificar de escala de trabalho;	Enfermeiro Diarista
06	Verificar organização do setor;	Enfermeiro Diarista
07	Verificar o preenchimento dos check list pela equipe;	Enfermeiro Diarista
08	Verificar o seguimento dos bundles de prevenção (PAV, ITU, ISC, ICS);	Enfermeiro Diarista
09	Verificar a realização da SAE pelos enfermeiros assistenciais;	Enfermeiro Diarista
10	Verificar a realização dos relatórios, BH e SSVV, pelos técnicos de enfermagem;	Enfermeiro Diarista
11	Verificar se todos os pacientes estão sendo identificados de forma correta pelo secretário;	Enfermeiro Diarista
12	Verificar o cumprimento da NR 32 e demais normas institucionais;	Enfermeiro Diarista
13	Auxiliar equipe de chefia nas demandas administrativas, quando necessário.	Enfermeiro Diarista

8. INDICADORES

Não se aplica.

9.REFERÊNCIAS

SANTANA, L.F.; PARIS, M.C.; GABRIEL, K.O.F.; ROSA, W.F.; PETRY, I.L.; ALVES, J.N.B; ROSSA, T.A. Atuação do enfermeiro na urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.4, p. 35994-35006, 2021.

10. ANEXOS

Não se aplica

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.1.17 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO

1. OBJETIVO

Diminuir a taxa de mortalidade e redução de sequelas por trauma, através da normatização da abordagem multidisciplinar de assistência ao paciente politraumatizado desde o momento da comunicação do pré-hospitalar e/ou chegada do paciente ao pronto-socorro até o momento da sua alta.

2. DEFINIÇÕES

2.1 TRAUMA

O trauma consiste em lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, elétricos), de forma acidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistêmicas.

2.2 TRAUMA MAIOR

Paciente que na classificação pré-hospitalar apresenta um ou mais dos critérios:

Parâmetros vitais:

- ECG < 14 ou deterioração neurológica; PAS < 90; FR < 10 ou > 29 ou mecânica ventilatória que necessite intubação pré-hospitalar.

Anatomia da lesão:

- Ferimento penetrante craniano, cervical, torácico, abdome, extremidades proximais ao cotovelo e joelho;

- Combinação de traumas ou queimaduras de 2º ou 3º graus;

- Suspeita clínica de instabilidade da pelve;

- Suspeita de fratura de dois ou mais ossos longos proximais (fêmur ou úmero); o Paralisia de um ou mais membros;

- Amputação completa ou incompleta proximal ao punho ou ao tornozelo.

Impacto violento:

- Ejeção do veículo;

- Velocidade do veículo superior a 60 km/h;

- Deformação externa superior a 50 cm;

- Intrusão da lataria superior a 30 cm;

- Capotamento do veículo;

- Morte de um ocupante do mesmo veículo;

- Colisão de automóvel, atropelamento de pedestre ou de ciclista com velocidade superior a 10 km/h;

- Colisão de automóvel, atropelamento de pedestre ou de ciclista com projeção à distância ou amputação traumática;

- Queda de motocicleta em velocidade superior a 40 km/h; Queda de motocicleta com projeção à distância, ou impacto secundário, ou amputação traumática;

- Queda de altura superior a 6 m; o Remoção de ferragens com tempo superior a 20 min.

Condições clínicas de risco aumentado:

- Idade < 12 anos ou > 70 anos;

- Gravidez confirmada ou presumida;

- Doenças crônicas graves;

- Terapia com anticoagulante (CHIARA, 2009).

2.3 TRAUMA MENOR

Trauma menor é aquele que na triagem pré-hospitalar se enquadra em um ou mais dos critérios:

- Dados vitais normais;

- Fraturas alinhadas, luxações, lacerações; dor leve – moderada o Lesão de pele e subcutâneo com sangramento compressível;

- Trauma torácico com dor leve sem dispnéia;

- Suspeita de fratura, entorse, luxação, contusões, mialgias;

- Escoriações, ferimentos que não requerem fechamento e outros traumas que não contém critérios para trauma maior.

2.4 TRAUMATISMO ABDOMINAL ABERTO PENETRANTE

Cursa com solução de descontinuidade da pele e ultrapassa a camada do peritônio.

2.5 TRAUMATISMO ABDOMINAL ABERTO NÃO PENETRANTE

Cursa com solução de descontinuidade da pele e não ultrapassa o peritônio.

2.6 TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO

Não ocorre solução de descontinuidade e as lesões ocorrem por mecanismo indireto, podendo cursar com compressão e esmagamento/cisalhamento de vísceras abdominais; hemorragia; ruptura de órgãos e vasos abdominais além de lesões por desaceleração.

2.7 TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO ABERTO

Presença de uma solução de continuidade com a dura-máter.

2.8 ETIOLOGIA

Acidentes automobilísticos, atropelamentos e colisões;

Quedas;

Acidente de recreação (jogos de contato, mergulho);

Agressões interpessoais;

Ferimento por projétil de arma de fogo;

Ferimento por arma branca;

Lesão por corrente elétrica.

2.9 INCIDÊNCIA

Anualmente 5,8 milhões de pessoas morrem por trauma em todo o mundo, o que corresponde a 10% de todas as causas de morte e, sem as devidas intervenções, prevê-se que esta proporção aumentará até 2030. Os traumas respondem também pela maioria de incapacitações permanentes. A maior parte dos traumas ocorre entre pessoas de 5 a 44 anos, ou seja, crianças, jovens e adultos jovens(1).

No Brasil, de acordo com dados do DATASUS(2), anualmente 130 mil pessoas morrem por trauma e 450 mil ficam com sequelas graves, como: incapacidade para deambular, complicações na fala, dificuldades em pronúncias, em estudar ou ainda em exercer alguma atividade.

2.10 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PRIORIDADE

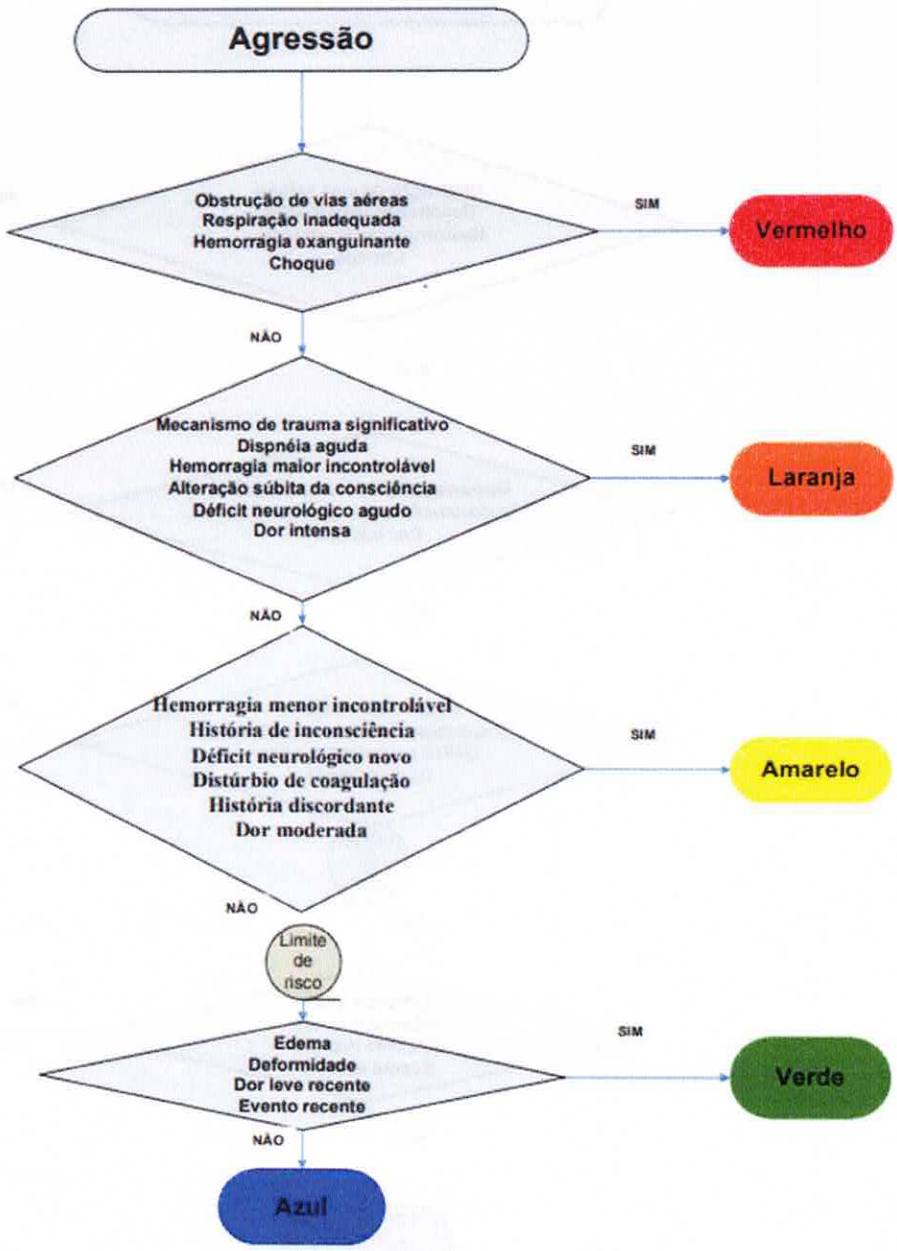
A classificação de risco tem como finalidade identificar a prioridade clínica com que o paciente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até a observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos. A escala de classificação, segundo o Protocolo de Manchester, é a seguinte:

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO ALVO
1	Emergência	Vermelha	0 min.
2	Muito urgente	Laranja	10 min.
3	Urgente	Amarelo	1h
4	Pouco urgente	Verde	2 h
5	Não urgente	Azul	4 h

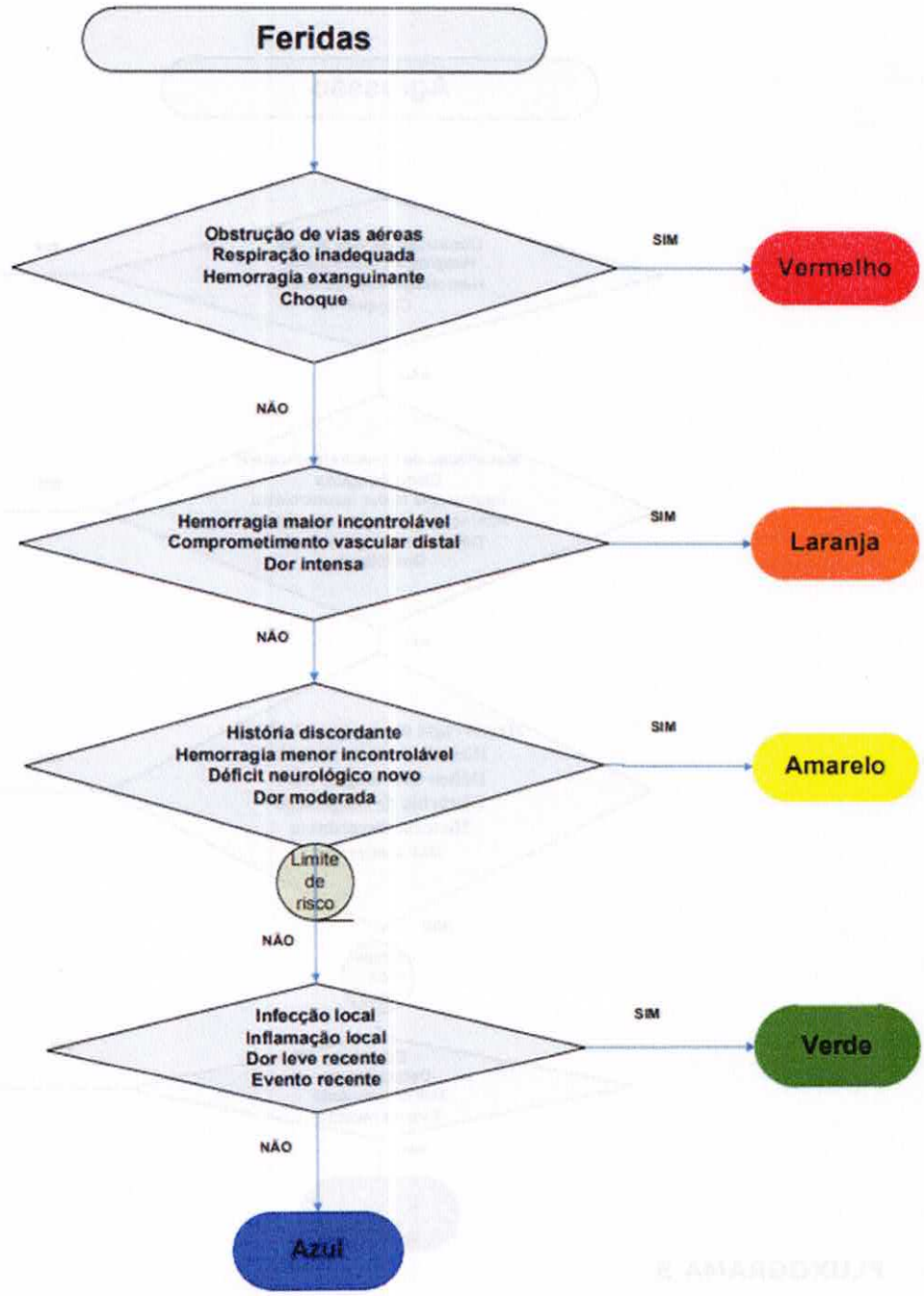
FLUXOGRAMA 1

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PRIORIDADE – FLUXOGRAMA	
Discriminadores	**Explicação**
Alteração súbita da consciência	Alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12h em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência.
Comorbidade importante	Qualquer condição médica pré-existente que requeira medicação continua ou outros cuidados.
Comprometimento vascular distal	Haverá associação de palidez, diminuição da temperatura, alteração de sensibilidade e dor com ou sem ausência de pulso distal à lesão.
Déficit neurológico agudo	Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal.
Déficit neurológico novo	Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h.
Deformidade	Isto é sempre subjetivo. Inclui angulação ou rotação anormais.
Dispnéia aguda	Fôlego curto ou falta de ar súbita ou súbita piora de falta de ar crônica
Déficit neurológico agudo	Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal.
Dor pleurítica	Dor em fincada localizada no peito que piora com respiração, tosse ou espirro.
Edema	Inchaço, qualquer aumento anormal de tamanho.
História de inconsciência	Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente esteve inconsciente e por quanto tempo. Caso contrário, se paciente que não se lembra do incidente deve-se presumir que esteve inconsciente.
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso.
Infecção local	Manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus.
Inflamação local	Implica em dor, inchaço e vermelhidão restrita a uma área definida.
Mecanismo de trauma significativo	Trauma penetrante (facada ou arma de fogo) e trauma com alta transferência de energia como quedas de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 65 Km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo.

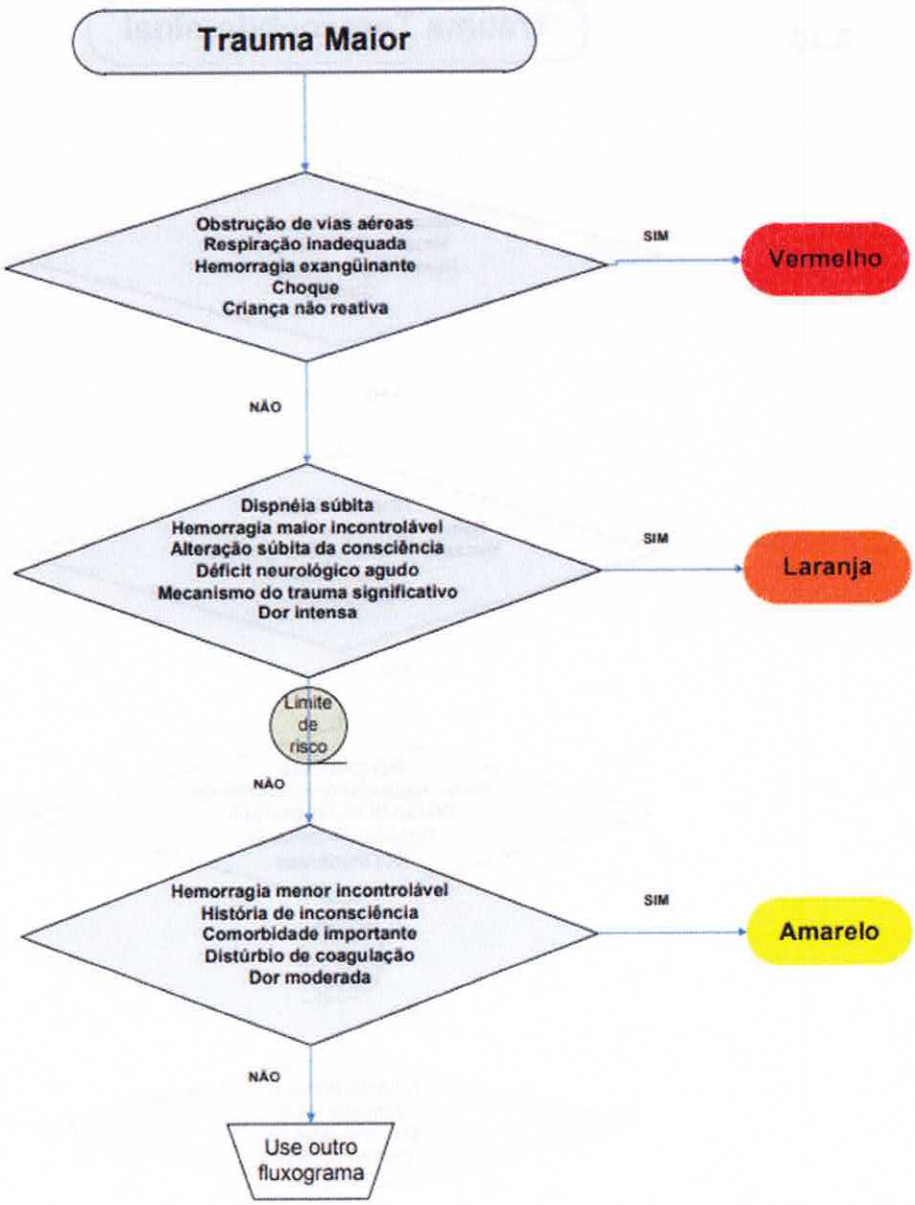
FLUXOGRAMA 2



FLUXOGRAMA 3

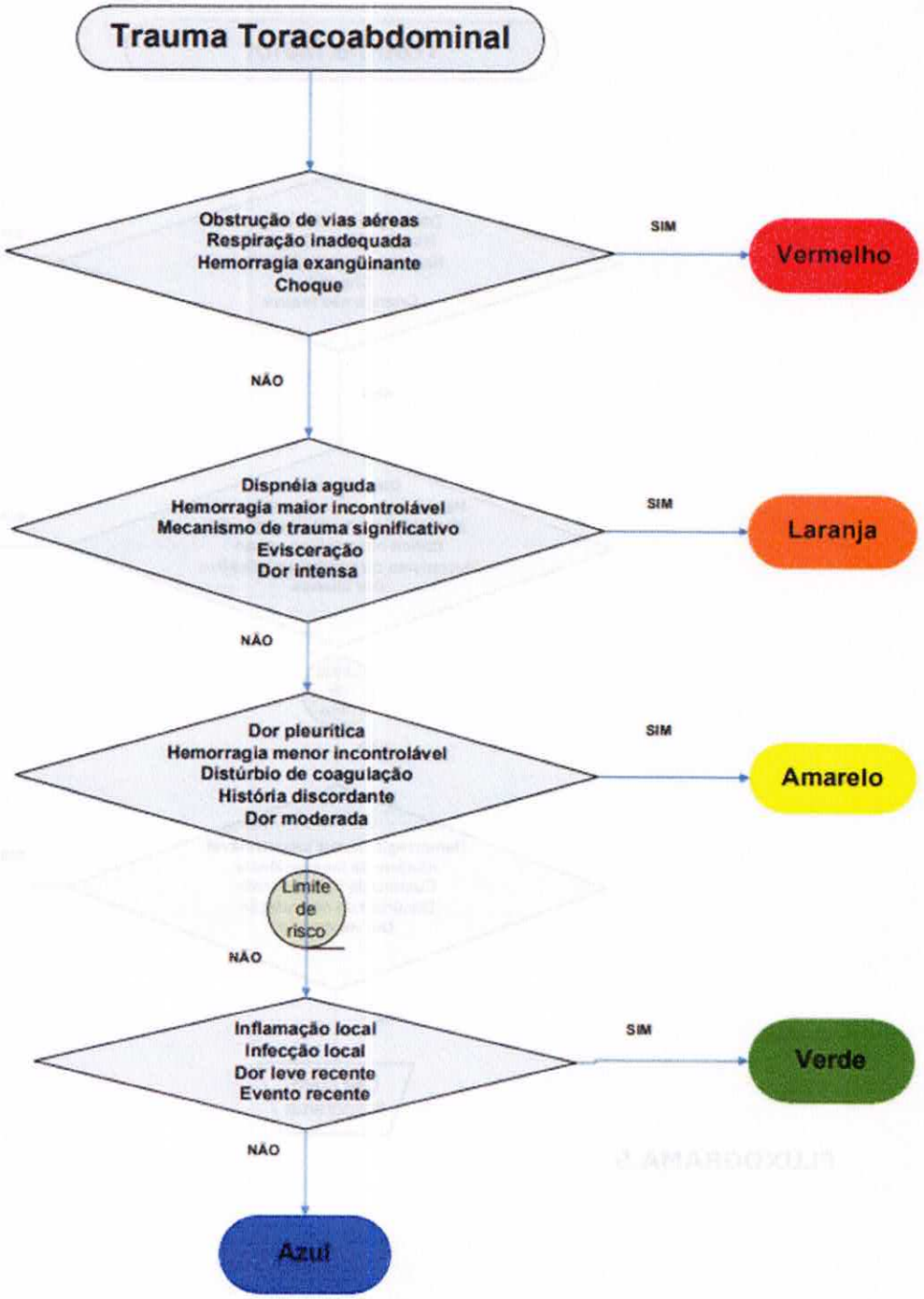


FLUXOGRAMA 4



FLUXOGRAMA 5

2.11



DIAGNÓSTICO

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

Avaliação primária do paciente com trauma maior deverá ocorrer conforme o protocolo de atendimento inicial do politraumatizado recomendado pelo ATLS. Reanimação frente a parada cardiocirculatória é realizada imediatamente após o diagnóstico. Avaliação primária e reanimação ocorrem simultaneamente, em uma sequência lógica de condições de risco à vida, conhecida como "ABCDE" (CHIARA, 2009). A avaliação ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition – Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição) é efetuada e esta avaliação primária em até 2 a 5 minutos. Tratamento simultâneo de lesões potencialmente fatais pode ser feito.

Avaliação Primária no Politrauma: o *ABCDE*		
A	*Airway*	Via aérea
B	*Breathing*	Respiraçao
C	*Circulation*	Circulação
D	*Disability*	Disfunção neurológica
E	*Exposition*	Exposição

A. VIAS AÉREAS E COLUNA CERVICAL

Inicialmente, é avaliada a permeabilidade das vias aéreas superiores:

→ Capacidade do paciente falar;

→ Inspeção da cavidade oral, buscando possível obstrução da via aérea:

Queda de língua;

Presença de vômito, sangue, corpo estranho na cavidade oral;

Trauma bucomaxilofacial;

Queimadura extensa de face com acometimento da cavidade oral;

A respiração tipo gasping, estridor laríngeo.

→ Em obstrução real ou potencial de vias aéreas, fazer manobras para sua liberação:

Aspiração;

Anteriorização do mento;

Posicionamento da cânula orofaríngea;

Administração de oxigênio 10-12L/min em máscara com reservatório;

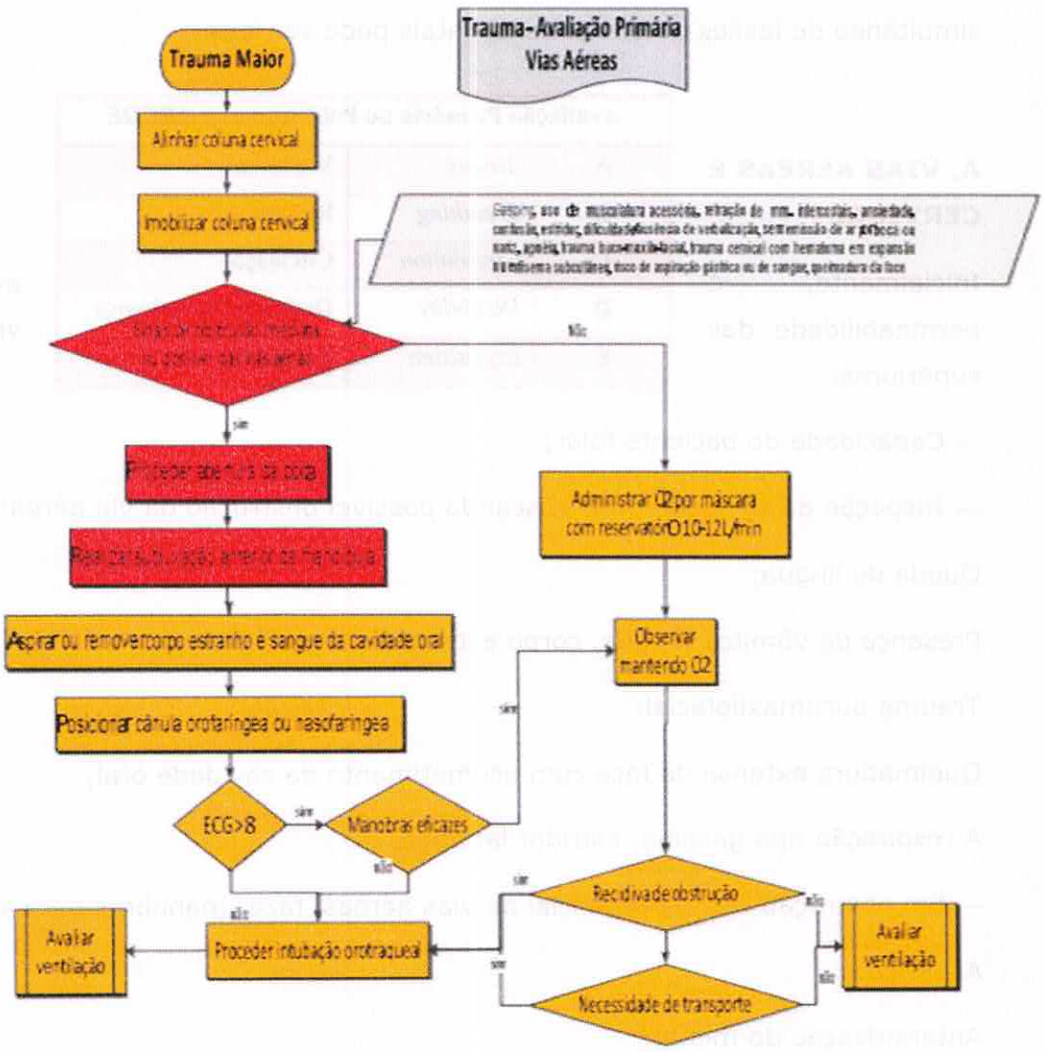
Intubação traqueal se necessário.

Intubação via nasotraqueal no potencial trauma maxilofacial é contraindicada.

Traqueostomia pode ser necessária em traumas faciais com fraturas graves de mandíbula e maxila.

→ Politrauma deve ter coluna cervical imobilizada até lesão raquimedular ser descartada:

B.



VENTILAÇÃO

Avaliação da ventilação se faz através da inspeção, percussão, palpação e ausculta do tórax. Os diagnósticos a serem buscados são:

Pneumotórax hipertensivo;

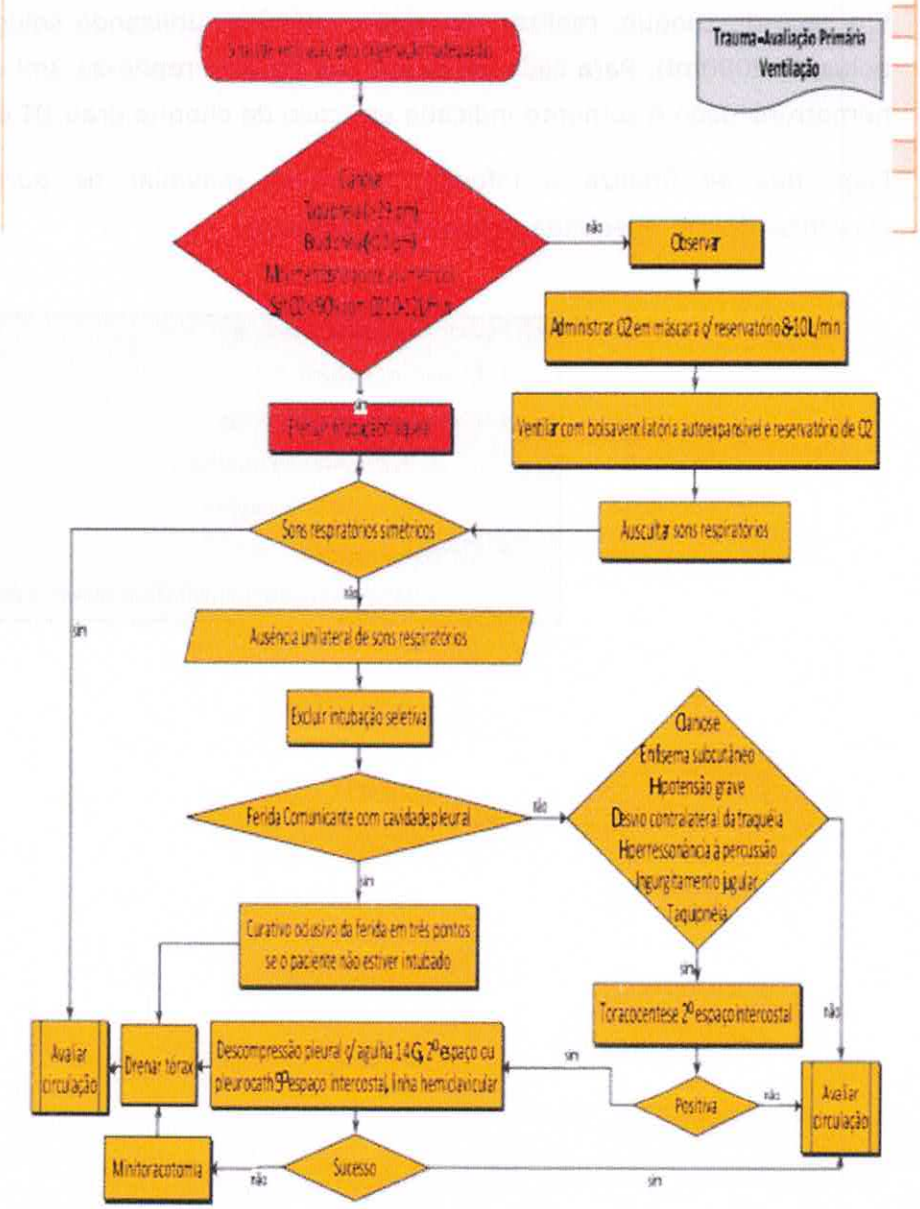
Pneumotórax aberto;

Tórax instável;

Hemotórax maciço.

Alteração da Ventilação no Trauma	
Causa	**Conduta**
Pneumotórax hipertensivo	Toracocentese imediata e/ou toracotomia com drenagem torácica

C.



CIRCULAÇÃO

No manuseio do traumatizado o choque deve ser sempre considerado (e tratado), a princípio, como hemorrágico. Como sequência para exame deve-se:

Pesquisar e controlar fontes de sangramento externo, mediante compressão; puncionar dois acessos periféricos calibrosos (14-16 G) e, na impossibilidade de estes obter acesso central;

Colher amostra de sangue para prova cruzada (lactato, troponina no trauma cardíaco, BHCG para mulheres jovens);

Em caso de choque, realizar reposição volêmica, utilizando solução salina (SF 0,9%, em bolus de 2000ml). Para cada ml de sangue perdido repõe-se 3ml de cristaloide isotônico. hemotransfusão é somente indicada em caso de choque grau III e IV.

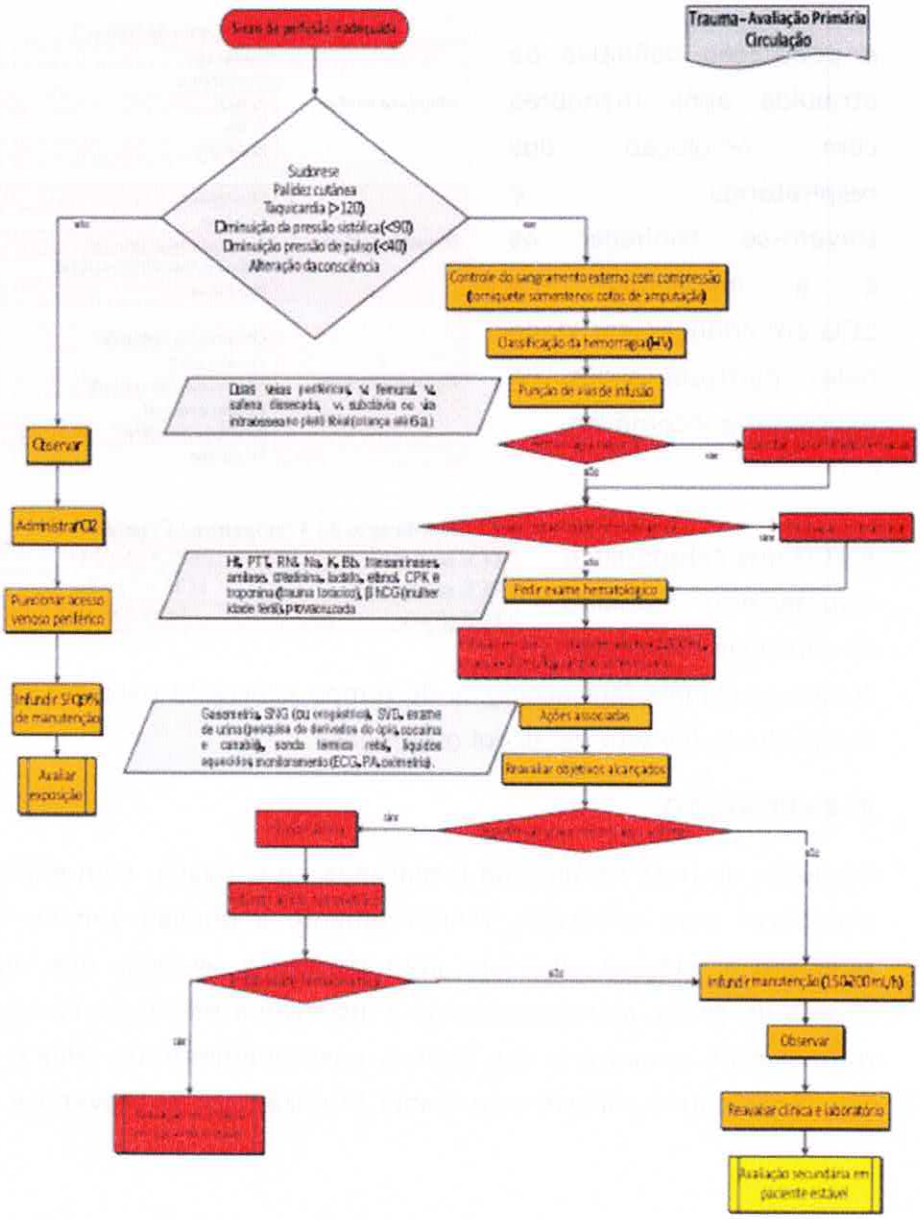
Logo que se finaliza a infusão devem-se reavaliar os parâmetros hemodinâmicos classificando em adequada, transitória, ausente.

ATENÇÃO! Avaliar possibilidade de:

- Choque cardiogênico;
- Choque obstrutivo causado por
  - Pneumotórax hipertensivo,
  - Tamponamento cardíaco;
- Choque neurogênico:
  - Deverá ser tratado com infusão de volumes e drogas vasoativas.

D.

EXAME



NEUROLÓGICO

O exame neurológico durante a avaliação primária é realizado:

Classificando o paciente de acordo a Escala de Coma de Glasgow (ECG);

Examinando a pupila (diâmetro e reatividade à luz);

- Motricidade dos membros.

A pontuação definitiva da ECG só é atribuída após manobras de reanimação com resolução dos problemas respiratórios e circulatórios. Devem-se conhecer os valores normais e a modalidade de classificação da ECG em crianças em idade pré-escolar pelas particularidades na maneira de s. expressar e locomover.

Escala de Coma de Glasgow		
	Variáveis	Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhum	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece ao comando	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

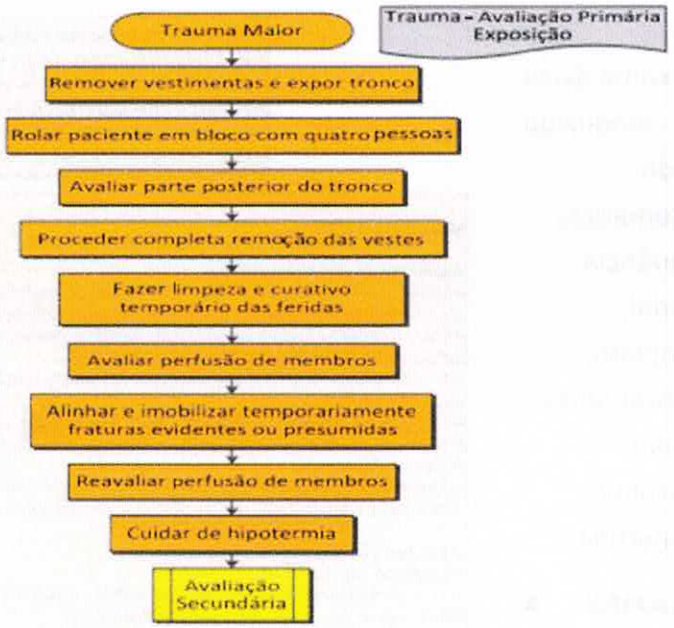
Classificação do Traumatismo Cranioencefálico	
TCE leve	ECG = 15 - 14
TCE moderado	ECG = 13 - 9
TCE grave	ECG < 9

A ECG que categoriza a gravidade do traumatismo craniano deve ser calculada na ausência de efeitos de fármacos sedativos (janela farmacológica de tempo suficiente para a eliminação do fármaco) e uma vez excluído o efeito de álcool ou drogas.

E. EXPOSIÇÃO

Remoção de toda vestimenta é realizada na chegada, com exposição do tórax e membros superiores para avaliação, monitoramento e punção venosa. Durante este momento é realizada a rolagem em bloco para facilitar a remoção das vestimentas e realização exame do dorso, que compreende a inspeção e palpação. Posteriormente faz-se a limpeza e medicação temporária das feridas, posicionamento de talas e tutores ortopédicos e, por fim, o paciente é coberto com manta térmica para se prevenir a dispersão de calor.

EXAMES A NÍVEL PRIMÁRIO



Esses exames são efetuados após a avaliação primária e antes da avaliação secundária, para identificar condições que rapidamente podem piorar e que requerem tratamento imediato, ou que requerem lesões aprofundamento diagnóstico de segundo nível.

Exames de Nível Primário	
Radiografia de tórax e pelve	
E-FAST (*Extended Focused Abdominal Sonography for Trauma*)	
Exames laboratoriais	Hemograma

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Realiza-se a anamnese com o paciente (se cooperativo), com parentes e com pessoal do atendimento pré-hospitalar, seguindo o acrônimo AMPLE: (A, allergies) - alergias; (M, medications) - medicamentos usados; (P, past illness) - passado mórbido; (L, last meal) - última refeição; (E, events) - eventos precedentes ao trauma e relacionados ao ambiente.

Anamnese do paciente: esquema AMPLE
- **A:** Allergies (alergias pregressas)
- **M:** Medications (fármacos em uso)
- **P:** Past illness (doenças prévias)
- **L:** Last meal (ultima refeição)
- **E:** Events (eventos que precederam o trauma)

O exame físico deve ser conduzido de modo sistemático, em sequência céfalo caudal, completo, atentando-se para região anatômica acometida.

Mecanismo do Trauma

Anamnese do evento traumático:
- Modalidade do acidente: impacto anterior, lateral, posterior, capotamento, queda de altura, atropelamento, incidente ciclístico/motociclístico, incidente esportivo, agressão.
- Energia cinética do impacto: velocidade do veículo/motocicleta, estrada de procedência (urbana, autoestrada), morte de ocupantes, altura da queda.
- Posição na qual foi encontrado o acidentado, posição que ocupava no veículo no momento do impacto, ejeção do veículo.
- Presença, no momento do impacto de *air bag*, cinto de segurança, capacete.
- Tempo de tratamento pré-hospitalar: chamada, chegada da ambulância, tempo de atendimento *in loco*, tempo de transporte.
- Tipo de assistência extra-hospitalar (BLS/ALS) e procedimentos efetuados (remoção de ferragens, controle da via aérea, administração de O2, infusão, imobilização, estado de consciência no local).

Indicadores de impacto de alta energia:
- Ejeção do veículo
- Velocidade do veículo no momento do acidente superior a 60 km/h
- Deformação do veículo maior que 50 cm (externo)
- Intrusão da lataria maior que 30 cm
- Capotamento do veículo
- Morte de ocupante do mesmo veículo
- Queda maior de 6 metros
- Impacto auto x pedestre ou auto x ciclista com velocidade superior a 10 km/h
- Incidente motociclístico com velocidade superior a 40 km/h
- Incidente motociclístico com amputação

Trauma penetrante:
- Tipo e características da arma
- Presença de trauma secundário (p. ex., queda depois do disparo)
- Posição da vítima em relação ao agressor
- Destino do agressor (pode ser útil por razões de segurança)

EXAMES A NÍVEL SECUNDÁRIO

São realizados após os exames de nível primário e ao término de estabilização do paciente:

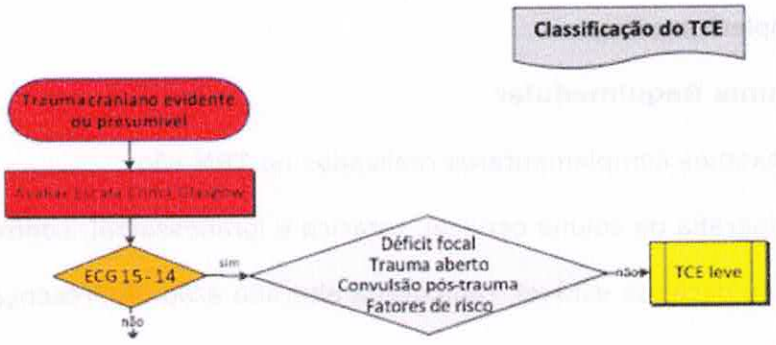
Exames de Nível Secundário
Radiografia da coluna vertebral
Radiografia do restante do esqueleto e dos membros
Tomografia Computadorizada (TC)
Angiografia
Ressonância Nuclear Magnética (RNM) em casos específicos

2.12 CLASSIFICAÇÃO DO TRAUMA

Após a realização do exame secundário, o paciente será classificado de acordo com a região anatômica acometida para que o tratamento se torne seguro. Após esta classificação o tratamento deve iniciar de imediato. Trauma Cranioencefálico (TCE) definido como trauma com transferência de energia mecânica ou cinética no crânio com alteração mesmo que mínima ou transitória do estado neurológico.

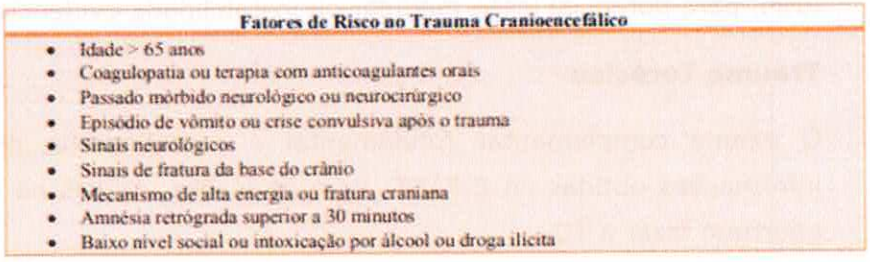
TCE Leve:

Classificar presença de risco e realizar crânio se



quanto à fatores de TC de presentes.

TCE Moderado e Grave:



Realizar TC de crânio nos pacientes estáveis ou estabilizados. • Repetir TC se: a. TC inicial for negativa – em 24h; b. TC inicial positiva para lesão em evolução (hematoma de alta a média densidade) – em 6h; c. O paciente apresentar hipotensão, ou fratura craniana, ou alteração de coagulação – em 12h; d. Casos de deterioração (perda de dois pontos na ECG ou um ponto na resposta motora, piora neurológica ou anisocoria) - sempre. Monitorar Pressão Intracraniana e a taxa de extração de O2 nos casos de TC alterada.

Trauma Maxilofacial (TMF)

Na suspeita de TMF, o exame complementar de escolha é a TC sem contraste. A radiografia padrão é reservada, quando possível (paciente acordado e cooperativo), para o diagnóstico das lesões isoladas dentoalveolar.

Trauma Oftalmológico

O paciente com trauma ocular será examinado pelo oftalmologista, inicialmente, com uma lanterna clínica em seu leito para observar lesão de continuidade no globo ou órbita e do reflexo pupilar. Após o exame ectoscópico, o paciente deverá ser conduzido, se possível, ao consultório oftalmológico para medida da acuidade visual com orifício estenopeico e o exame biomicroscópico na lâmpada de fenda, que classificará o trauma quanto ao tipo, localização, extensão e a presença/suspeita de corpo estranho intra-ocular, além de aferir a pressão

intra-ocular para decidir se parte para a terapêutica ou se lança mão de exames complementares.

Trauma Raquimedular

Os exames complementares realizados no TRM são:

Radiografia da coluna cervical, torácica e lombossacral, conforme nível suspeito de lesão;

TC, se paciente estável, radiografia alterada e/ou na presença de deficit sensitivo/motor;

RNM, para potencial lesão medular ou instabilidade evidenciada na radiografia ou na TC.

Trauma Torácico

O exame complementar fundamental é a radiografia de tórax que é integrada às informações obtidas no E-FAST. Para de lesões visíveis na radiografia ou no ultrassom é oportuno fazer a TC.

Trauma Abdominal

O trauma abdominal deve ser classificado em um dos tipos:

→ Aberto:

Penetrante: por arma branca ou por arma de fogo;

Não-penetrante.

→ Fechado.

A condição hemodinâmica do paciente deve ser considerada e o caso ainda deve ser classificado em:

Estável;

Instável.

Para diagnóstico do trauma abdominal, podem ser realizados os seguintes exames complementares:

E-FAST;

Ultrassonografia convencional;

TC;

LPD.

Trauma de Pelve

Segundo Chiara (2009), são duas as classificações de fratura de pelve atualmente utilizadas:

Classificação de Tile, usada por ortopedistas para definir necessidade de estabilização definitiva;

Classificação de Young e Burgess, baseada nos vetores de força aplicados à pelve, utilizada nos serviços de urgência para estabelecer a seqüência de prioridades diagnósticas e terapêuticas.

Tipos de fraturas de pelve:

Fraturas por compressão ântero-posterior (CAP ou Tile B1) freqüentes em acidentes com veículo automotor e por impacto anterior;

Lesões com mecanismo de compressão lateral (CL ou Tile B2) por atropelamentos ou acidentes por veículo automotor com impacto lateral;

As fraturas com vetor vertical ou vertical shear (VS ou Tile C), comuns em quedas de grandes 31 alturas ou por acidente com veículo automotor, nos quais a vítima se encontra com os membros inferiores em extensão no momento do impacto.

As fraturas CAP II e III, CL II e III e VS são consideradas instáveis, e como tal, são associadas à possível hemorragia retroperitoneal.

Para o diagnóstico das lesões pélvicas, realiza-se o E-FAST e radiografia de pelve se houver:

Presença de sangue na exploração digital do reto ou vagina pode indicar fratura exposta da pelve.

A existência de deficit neurológico pode ser indicativo de lesão do plexo lombossacro.

3. SIGLAS

AGS – Avaliação Global Subjetiva

Angio TC Helicoidal – Angiotomografia Helicoidal

ASPEN – American Society for Parenteral and Enteral Nutrition;

ATLS – Advanced Trauma Life Suport;

ECG – Escala de Coma de Glasgow;

E-FAST – Extended Focused Abdominal Sonography for Trauma;

EMTN – Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

ESPEN – European Society for Parenteral and Enteral Nutrition;

FAB – Ferida por Arma Branca;

FAF – Ferida por Arma de Fogo;

FR – Freqüência Respiratória;

ITB – Índice Tornoselo-Braquial;

LPD – Lavado Peritoneal Diagnóstico;

NE – Nutrição Enteral;

NP – Nutrição Parenteral;

NPT – Nutrição Parenteral Total;

PA – Pressão Arterial;

PAS – Pressão Arterial Sistólica;

RNM – Ressonância Nuclear Magnética;

SNE – Sonda Nasoentérica;

TC – Tomografia Computadorizada;

TCE – Trauma Cranioencefalico;

TMF – Trauma Maxilofacial;

TN – Terapia Nutricional;

TNE – Terapia Nutricional Enteral;

TR – Toracotomia de Reanimação;

TRM – Trauma Raquimedular;

US – Ultrassonografia.

4.PÚBLICO ALVO

Enfermeiro.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Caneta;

Carimbo;

Computador;

Monitor multiparamétrico;

Equipamentos do serviço de saúde (Kit de punção venosa; Kit de SVD; Kit para IOT; Hemoglicoteste; Talas de imobilização; colar cervical; Bandejas de procedimentos diversos; etc).

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

1. Fazer a classificação de risco de acordo com o preconizado pelo Protocolo de triagem Manchester, em todos os pacientes que chegarem ao serviço, independente do meio (livre demanda, SAMU, emcaminhado pelo serviço pré-hospitalar ou pela central de assistência de outros municípios;

2. Encaminhar o paciente para atendimento médico de emergência e urgência de acordo com as prioridades determinadas pelo protocolo de Manchester;

3. Encaminhar o paciente que não se enquadrar ao perfil de atendimento (emergência e urgência), ao serviço de referencia;

4. Preencher a ficha eletrônicado paciente, colocando a sua classificação de risco, para que toda a equipe do serviço tenha conhecimento da quantidade e da gravidade dos pacientes que esperam atendimento;

5. Orientar o usuário quanto a previsão de tempo para o atendimento;

6. Atender as vitimas de trauma, providenciando material para realização procedimentos médicos preconizados a cada paciente;

7. Coordenar e realizar os procedimentos invasivos inerentes à prática de enfermagem, de acordo com a prescrição médica, tais como:

Sondagem vesical em pacientes sem suspeitas de lesões pélvicas,

Sondagem gástrica: orogástrica em pacientes com suspeita de TCE e nasogástrica nos demais,

Punções venosas periféricas.

8. Auxiliar equipe medica em procedimentos de assistência ao trauma abdominal, tais como:

Lavados peritoniais,

FAST,

Laparoscopia,

Laparatomia de emergência.

9. Realizar os procedimentos solicitados dentro do tempo determinado pelo sistema eletrônico;

10. Informar na ficha eletrônica os procedimentos realizados;

11. Informar ao medico alterações relevantes no estado geral dos pacientes;

12. Encaminhar os pacientes estáveis a radiologia, bloco cirúrgico ou demais setores necessários;

13. Acompanhar pacientes instáveis a radiologia, bloco cirúrgico, CTI e demais setores, oferecendo-lhe suporte a vida de acordo com o ATLS;

14. Orientar e fiscalizar a equipe para o seguimento do protocolo de Manchester, respeitando a normatização do tempo de atendimento e da assistência;

15. Fazer contato com os setores de apoio (serviço de radiologia, laboratório de analises clinicas e agencia transfusional), quando os mesmos não disponibilizarem o que foi solicitado, no sistema eletrônico, em tempo prédeterminado;

16. Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão;

17. Preparar o paciente, material e local para acesso parenteral e realizar curativos ou fixação;

18. Proceder à colocação da sonda entérica na posição gástrica e assegurar manutenção da via;

19. Orientar pacientes, familiares ou responsáveis legais quanto à utilização e controle da TN;

20. Admitir e manter o paciente na Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;

21. Planejamento da assistência de enfermagem no hospital.

22. Planejamento de cuidados da alta hospitalar para o domicílio e/ou ambulatório.

8. INDICADORES

- Taxa de mortalidade;
- Taxa de infecção;
- Tempo de permanência;
- Taxa de reinternações;
- Tabela de custos;
- Taxa de gastos.

9. REFERÊNCIAS

Acosta Escribano J, Gomez-Tello V, Ruiz Santana S. Nutritional assessment of the severely ill patient. Nutr Hosp. 2005;20 Suppl 2:5-8. Spanish.

Acosta Escribano JA, Carrasco Moreno R, Fernandez Vivas M, Navarro Polo JN, Mas Serrano P, Sanchez Paya J, et al. Intolerancia enteral gástrica em pacientes com lesión cerebral de origen traumático, ventilados mecánicamente. Nutr Hosp 2001;16(6):262-7.

Adams GF, Guest DP, Ciraulo DL, Lewis PL, Hill RC, Barker DE. Maximizing tolerance of enteral nutrition in severely injures trauma patients: a comparison of enteral feedings by means of percutaneous endsocopic gastrojejunostomy. J Trauma 2000;48:459-64.

American Dietetic Association (ADA) definition for nutrition screening and assessment. J Am Diet Assoc 1994;94:838-9

Andersen HK, Lewis SJ, Thomas S. Nutrición enteral precoz (24 horas) versus inicio tardío de la alimentación para lãs complicaciones postoperatorias de la cirugía colorrectal (Revisión

Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Andrade AF, Marino RJ, Miura FK, Carvalhaes CC, Tarico MA, Lázaro RS, et al. Diagnóstico e conduta no paciente com traumatismo cranioencefálico leve. Sociedade Brasileira de Neurocirurgia; 2001. Projeto diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

Andrade AF, Marino RJ, Miura FK, Rodrigues JCJ. Traumatismo cranioencefálico moderado Sociedade Brasileira de Neurocirurgia; 2002. Projeto diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

Andrade AF, Marino RJ, Miura FK, Rodrigues JCJ. Traumatismo cranioencefálico grave. Sociedade Brasileira de Neurocirurgia; 2002. Projeto diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

Barbosa Silva MCG, Barros AJD. Avaliação nutricional subjetiva: parte1 – Revisão de sua validade após duas décadas de uso. Arq Gastrenterol 2002; 39(3): 181-7

Barrocas A, Belcher D, Champagne et al. Nutrition (ASPEN) board of directors : definition of terms used in ASPEN guidelines and standarts. JPEN 1995;11:675-713.

Beier R, Boesby S. Influence of postoperative enteral nutrition on postsurgical infections. Gut 1996;39(6):833-5.

Bellal JJ, Wynne L, Dudrick SJ, Latifi R. Nutrition in Trauma and Critically Ill Patients. Eur J Trauma Emerg Surg 2010;36:25–30

Bochicchio GV, Bochicchio K, Nehman S, Casey C, Andrews P, Scalea TM. Tolerance and efficacy of enteral nutrition in traumatic brain-injured patients induced into barbiturate coma. J Parenter Enteral Nutr 2006;30(6):503-6.

Braga M, Gianotti L, Vignali A et al. Artificial nutrition after abdominal surgery: Impact of rout of administrration ans composition of the diet. Crit Care Med

Burritt MF, Anderson CF. Laboratory assessment of nutritional status. Hum Pathol.1984;15:130-133. 53

Campos DJ, Silva AFF, Souza MH, Shieferdecker ME. Otimização do fornecimento calórico-protéico na de terapia nutricional enteral em unidade de terapia intensiva com o uso de protocolo Rev Bras Nutr Clin 2006; 21(1):2-5

Capacci ML, Crespo AB, Pereira AJA . Nutrição em terapia intensiva. Prática Hospitalar Ano VII número 39 maio-junho 2005.

Cerra FB, Benitez MR, Blackburn GL et al - Applied nutrition in ICU patients. A consensus statement of the American College of Chest Physicians. Chest. 1997;111:769-778.

Chan S, McCowen KC, Blackburn GL - Nutrition management in the ICU. Chest 1999;115:(Suppl5):145S-148S.

Chiara, Osvaldo; Cimbanassi, Stefania. Protocolo para atendimento intra-hospitalar do trauma grave. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Chumlea WC. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. J Am Geriatric Soc 1985;33(2):116-120.

Department of Surgical Education, Orlando Regional Medical Center. Evidence-based Medicine Guidelines. Nutritional support in surgical patients, 2003. Disponível em: http://www. surgicalcriticalcare.net/Guidelines/nutrition.pdf

Escribanao JA, Gomez-Tello V, Santana SR. Valoracion del estado nutricional em el paciente grave. Nutr Hosp.2005;20: (Supl2): 5-8

Ferreira IKC. Considerações metabólicas e nutricionais em pacientes com traumatismo crânio-encefálico grave. Rev Bras Nutr Clin 2007;22(2):133-8

Ferreira IKC. Terapia nutricional em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Terapia Intensiva, 2007;19:90-97.

Fujino V, Nogueira LABNS. Terapia nutricional enteral em pacientes graves: revisão de literatura. Arq Ciênc Saúde 2007 out-dez;14(4):220-6

Ghajar J. Traumatic brain injury [seminar]. Lancet 2000; 356:923-9.

Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). Journal of Parenteral and Enteral Nutrition Vol. 33, No. 3, May/June 2009.

Gupta N, Martindale RG. Parenteral vs enteral nutrition. In: Cresci G. Nutrition support for the critically ill patient. Boca Raton: Taylor & francis, 2005.p.193-208.

Hark L. Taking a nutrition history: a practical approach for family physicians. Am Fam Physian 1999; 59:1521-8

Ibrahim EH, Mehringer L, Prentice D, Sherman G, Schaiff R, Fraser V, et al. Early versus late enteral feeding of mechanically ventilated patients: results of a clinical trial. JPEN 2002; 26:174-81

K.G. Kreymann et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. Clinic Nutrition (2006) 25, 210–223

Kamimura MA, Baxman A, Sampaio LR, Cuppari L. Avaliação nutricional. In: Cuppari L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. 2a ed. São Paulo: Manole; 2006. p.89-128.

Kao CH, Changlai SP, Chieng PU, Yen TC. Gastric emptying in headinjured patients. Am J Gastroenterol 1998;93(7):1108-12. 54

Klein S, Kinney J, Jeejeebhoy KN, et al. Nutrition support in clinical practice: a review of published data and recomendations for future research directions. JPEN Parenteral Enteral Nutr 1997; 21:133-156

Knobel E. Terapia intensiva - Nutrição. Editora Atheneu, 2005.

Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutrition 2003;22(4):415-21.

Krakau K, Omne-Pontén M, Karlsson T, Borg J. Metabolism and nutrition in patients with moderate and severe traumatic brain injury: a systematic review. Brain Inj. 2006;20(4):345-67.

Kreymann KG, Berger MM, Deutz NE, Hiesmayr M, Jolliet P, Kazandjiev G, Nitenberg G, Van den Berghe G, Wernerman J; DGEM (German Society for Nutritional Medicine), Ebner C, Harti W, Heymann C, Spies C; ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. Clin Nutr. 2006;25(2):210-23.

L Gianotti , R Meier , DN Lobo, C Bassi, CHC Dejong , J Ockenga, O Irtun, J MacFie. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Pancreas. Clinical Nutrition 28 (2009) 428–435.

Maicá AO, Schweigert ID. Avaliação nutricional em pacientes graves. Rev Bras Ter Intensiva 2008; 20(3): 286-29.

Will, R.C.; Farias, R.G.; Jesus, H.P.; Rosa, T.; Cuidados de enfermagem aos pacientes politraumatizados atendidos na emergência. Revista Nursing, 2020; 23 (263): 3766-3777.

10. ANEXOS

Não se aplica.

12. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.1.18 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O PACIENTE E AVC-H E AVC

1. OBJETIVO

Padronizar o atendimento da equipe de enfermagem aos pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC), internados no Hospital de Urgências de Goiás (HUGO).

2. DEFINIÇÕES

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma doença causada por uma alteração no fluxo sanguíneo cerebral. Ele pode ocorrer pela ruptura ou pela oclusão de um vaso sanguíneo cerebral.

O AVC é a segunda causa de mortalidade no mundo e a primeira causa de incapacidade. Atualmente, 17 milhões de pessoas por ano no mundo são acometidas pelo AVC, com taxa de mortalidade anual estimada em 5,5 milhões de pessoas. O AVC ainda é a doença com maior impacto na incapacidade funcional. No Brasil, a incidência aproximada é de 400 mil casos de AVC por ano em uma população de aproximadamente 212 milhões de pessoas.

A população de mais baixa renda é a mais atingida pela dificuladade no controle dos fatores de risco cardiovasculares, como obesidade, sendetarismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus, dislipidemia, fibrilação atrial, tabagismo e outras doenças cardiovasculares, levando 80% doa pacientes com AVC a necessidade de Atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, o AVC representa 10% das internações hospitalares no Brasil, sendo a segunda causa de óbitos no país, com um enorme impacto econômico e social.

Dessa forma, por três décadas, o AVC foi a primeira causa de morte no Brasil e, desde 2012, o AVC passou a ser a segunda causa de morte graças às novas políticas do Ministério da Saúde (MS) direcionadas para a organização do atendimento de urgência através das Portarias nº 664/12 e 665/12. Essas portarias instituem o tratamento trombolítico no SUS, incentivo na organização dos centros e unidades de AVC, orientação e capacitação aos profissionais de saúde no manejo clínico ao paciente acometido por AVC e a padronizaç da Linha de Cuidado no atendimento pré e intra-hospitalar, culminando na reabilitação desse paciente.

AVCi (Acidente Vascular Cerebral Isquêmico)

- Decorrente da obstrução do fluxo sanguíneo. Há o acometimento de uma área cerebral, e formação de uma área de penumbra (tecido cerebral viável). Com uma rápida intervenção, há possibilidade de reperfusão da área de penumbra.
- Hipertermia, hipotensão e aumento de glicose podem piorar a recuperação da zona de penumbra, por isso, são parâmetros que merecem atenção e rápida intervenção.

3. Etiologia:

- Aterosclerose de grandes artérias –20%;
- Cardioembólico (exemplo: fibrilação atrial) –20%;
- Aterosclerose de pequenas artérias –25%;
- Outras causas (exemplo: dissecção arterial) –5%;
- Mecanismo criptogênico/indeterminado –30%.

4. Tratamento:

Após monitorização multiparamétrica, fornecimento de oxigenioterapia suplementar (em pacientes com Hipoxemia) e instalação de acesso venoso periférico, serão estabelecidas condutas para controle dos distúrbios visando recuperar a região da penumbra.

Manejo da Pressão Arterial:

- Se for realizar trombólise:
- PAS entre 180-220 mmHg ou PAD entre 110-140 mmHg, administrar metoprolol IV, 5 mg em 5 minutos, podendo repetir a cada 10 minutos com dose maxima de 20 mg.
- PAS > 220 mmHg ou PAD > 140 mmHg, iniciar nitroprussiato de sodio na dose de 0,5-10,0 mcg/kg/min.
- Na ausência desses anti-hipertensivos, o uso de outros como a hidralazina, atensina, captopril ou enalapril.
- Se PAS entre 180-220 mmHg ou PAD entre 110-140 mmHg, administrar metoprolol IV, 5 mg em 5 minutos, podendo repetir dose a cada 10 minutos com dose maxima de 20 mg.

Objetivo: Diminuir até 15% do valor da pressão na primeira hora.

- Se não for realizar trombólise:
- Manejar PA, se PAS >220 mmHg ou PAD>120 mmHg;
- Redução lenta e progressiva da Pressão Arterial.

Manejo da glicemia:

Obrigatório aferir HGT em todo paciente com déficit focal agudo.

- Manter faixa de glicemia entre 140-180 mg/dL.
- Administrar insulina regular humana, via subcutânea, se necessário, para correção de hiperglicemia.
- Corrigir hipoglicemia (< 70 mg/dL) conforme protocolo.

Trombólise

- A trombólise é realizada em ambiente intra-hospitalar; no entanto,é importante atenta se para os critérios de inclusão do paciente, o tempo decorrido desde o início dos sintomas, além do cálculo do NIHSS, para otimização do tratamento pré-hospitalar.
- Critérios de inclusão: acima de 18 anos, déficit clínico significativo de AVCi, TC de crânio sem evidências de hemorragia, estar entro da janela trombolítica; NIHSS >5 e < 25, com exceção de presença de afasia.
- Janela Trombolítica: o HGCA trabalha com a janela de até 4,5h.
- Vale ressaltar, que pacientes que acordam com o déficit, é considerado o horário que foram dormir. Se o período de sono for superior a 4,5 horas, ele torna-se não elegível à trombólise química, pois não há como definir o horário exato do início do evento.
- Em serviços com hemodinâmica, a janela para trombectomia mecânica é de 6 hora Alguns serviços trabalham com janela extendida, realizando trombectomia em até 24 horas.
- NIHSS: (National Institutes of Health Stroke Scale)

Escala para quantificar objetivamente o comprometimento causado pelo AVC. É essencial para tomada de decisão referente á trombólise.

Possui 11 itens, podendo variar sua pontuação de 0 a 42.

Analisa nível de consciência, movimento ocular extrínseco, campos visuais, paresia facial, força muscular de MMSS e MMII, ataxia, sensibilidade, linguagem, disartria, extinção.

AVCh (Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico):

Divide-se em intraparenquimatoso ou subaracnoide.

Intraparenquimatoso: Geralmente decorrente de rompimento de aneurisma de Charcot Bouchard. Há déficit focal, cefaleia, náuseas, vômitos, rebaixamento no nível de consciência, PA elevada, crises convulsivas.

Subaracnoide: Geralmente decorrente de aneurisma sacular. Há Meningismo, cefaleia com náusea ou vômito, déficit neurológico, perda de consciência, convulsão, cefaleia sentinela. A Paralisia do terceiro nervo pela proximidade com a comunicante posterior, é o déficit mais comum.

ESCALA DE CINCINNATI

É uma escala pré-hospitalar de AVC.

Baseia-se na avaliação de 3 achados físicos em menos de 1 minuto.

- Paralisia facial;

- Paresia em MMSS;

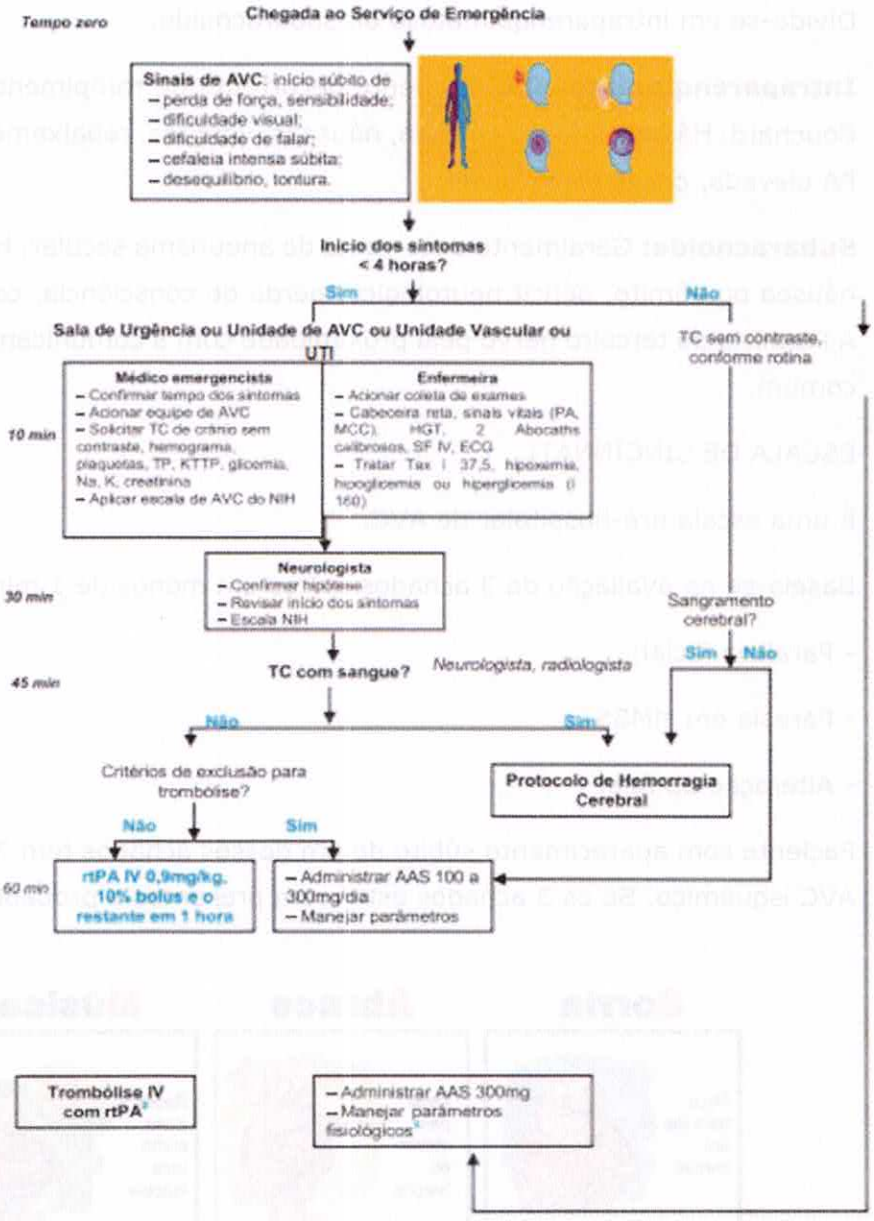
- Alteração da fala.

Paciente com aparecimento súbito de um desses achados tem 72% de probabilidade de um AVC isquêmico. Se os 3 achados estiverem presentes a probabilidade é maior que 85%.

LEMBRE-SE: TEMPO É CÉREBRO!

Fluxograma de Atendimento do Acidente Vascular Cerebral Agudo

3.



SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral;

AVC-I – Acidente Vascular Cerebral Isquêmico;

AVC-H – Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico;

SUS – Sistema Único de Saúde;

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica;

MS – Ministério da Saúde;

MMSS – Membros Superiores;

PA – Pressão Arterial;

NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale;

TC – Tomografia Computadorizada;

PAS – Pressão Arterail Sistêmica;

PAD – Pressão Arterail Diastólica;

HGT – Hemoglicoteste;

EGC – Eletrocardiograma.

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Caneta;

Ficha de anotação de sinais vitais;

Monitor multiparamétrico;

Kit de material para punção venosa;

Kit maleta farmácia;

Luvas de procedimento;

Maca para transporte;

Cirene de acionamento sonoro;

Aparelho telefônico.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

1. Receber o paciente no box de emergência;

2. Monitorizar o paciente;

3. Acionar equipe médica;

4. Puncionar acesso venoso calibroso;

5. Ofertar oxigênio para o paciente caso necessidade;

6. Coletar e anotar os sinais vitais, principalmente PA e glicemia;

7. Ao identificar suspeita de AVC dentro da janela de realização de trombólise, acionar sirer. sonora;

8. Pegar kit maleta no setor da farmácia;

9. Encaminhar paciente para TC, acompanhado de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e maqueiro;

10. Verificar se equipe de laboratório realizou coleta sanguínea do paciente;

11. Após realização de TC de crânio sendo identificado AVC-i, realizar trombolítico, conforme orientação médica;

12. Retornar com paciente para a emergência;

13. Preparar paciente no box de emergência (trocar suas roupas);

14. Acondicionar os pertences do paciente em local adequado, identificá-los e entregá-los à secretária;

15. Auxiliar equipe médica em procedimentos invasivos (se necessário);

16. Realizar EGC conforme orientação médica;

17. Realizar demais medicações conforme prescrição e orientação médica;

18. Manter monitorização multiparamétrica;

19. Manter glicemia entre > 70 mg/dl e < 200 mg/dl, em caso de alterações comunicar equipe médica;

20. Monitorar condições clínicas, em caso de alterações, acionar equipe médica;

21. Manter paciente com cabeceira do leito elevada;

22. Após a definição de conduta, retirar o paciente do box de emergência e encaminhar para corredor, estabilização ou box de internação.

OBS: Os pacientes que chegarem ao box de emergência pela equipe de resgate, devem ser classificados através do Sistema Manchester pelo enfermeiro do box de emergência.

8. INDICADORES

- Taxa de mortalidade;
- Taxa de infecção;
- Tempo de permanência;
- Taxa de reinternações;
- Tabela de custos;
- Taxa de gastos.

9.REFERÊNCIAS

Caplan LR. Basic pathology, anatomy, pathophysiology of stroke. In: Caplan's Stroke: A Clinical Approach, 4a ed, SaundersElsevier, Philadelphia 2009.

Fransen PSS, et al. Time to reperfusion and treatment effect for acute ischemic stroke: a randomized clinical trial. JAMA Neurol. 2016;73(2):1906.

Martins HS, et al. Medicina de Emergência. Abordagem Prática: Acidente Vasc ular Cerebral, 12ª Ed, Manole. São Paulo, 2017.

Sociedade Brasileirade Doenças Cerebrovasculares: primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral. Arq Neuropsiquiatr, 2001; 59:972-980.

10. ANEXOS

Não se aplica

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.1.19 SALA DE ARSENAL

1. OBJETIVO

Assegurar as condições de esterilidade dos artigos e controlar a ocorrência de evento relacionado; além de garantir o quantitativo de insumos adequados para a realização de procedimento ao longo dos turnos de trabalho.

2. DEFINIÇÕES

A sala de arsenal é o local destinado à guarda de material esterilizado proveniente da CME e materiais diversos vindos da farmácia, além disso deve ser um local limpo e seco, com temperatura adequada, sob proteção de luz solar direta, de acesso restrito, centralizado, não podendo ocorrer em área de circulação, o armazenamento deve ser em prateleiras ou cestos aramados constituídos de material não poroso resistente a limpeza úmida e produtos saneantes, sem empilhamento, de fácil identificação do material, com o mínimo de manuseio. Deve ter um responsável pela guarda e distribuição de material.

3. SIGLAS

CME – Central de Material e Esterilização

SVD – Sonda Vesical de Demora

PAI – Pressão Arterial Invasiva

SNE – Sonda Nasoentérica

SNG – Sonda Nasogástrica

CVC – Cateter Venoso Central

IOT – Intubação Orotraqueal

4. PÚBLICO ALVO

Equipe multiprofissional.

5. APLICAÇÃO

Este plano aplica-se ao Pronto Socorro do Hospital de Urgências de Goiás.

6.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Diariamente ao iniciar o plantão verificar e anotar unidade e temperatura do arsenal e periodicidade das limpezas (concorrente e terminal);

Fazer requisição de materiais da CME;

Receber material proveniente da CME (conferido com a nota de registro dos materiais), acondicioná-los nas prateleiras e/ou cestos, de acordo com a especialidade, obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de esterilização de forma que os artigos que vencem primeiro fiquem na frente;

Conferir atentamente a validade de todos os itens;

Retirar material vencido e encaminhar à CME para reprocessar;

Fazer requisição de insumos para a farmácia;

Confeccionar kits de materiais (SVD; SNE; PAI; CVC; IOT; SNG; AVP e Aspiração);

Considerar como contaminado os pacotes que caírem no chão ou que estiverem com perda da integridade da embalagem, por compressão, empilhamento, dobras, cisalhamento, úmidos, exposição direta a raios solares ou outros agressores ambientais, uso de elástico, ou apalpação;

Proceder limpeza diária das prateleiras, dos carros e/ou caixas de transporte com álcool 70%;

Proteger os artigos de contaminação, danos físicos e perda durante o transporte, utilizando recipiente rígido ou saco plástico impermeável;

Registrar em protocolo a saída de materias do arsenal para controle dos mesmos;

A limpeza terminal é realizada a cada 15 dias e a limpeza concorrente é realizada diariamente.

7. REFERÊNCIAS:

Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde – SOBECC – 7ª edição – Versão 2017.

8. ANEXOS

Não se aplica.

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	30/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	30/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	30/11/2022	

1.1.20 SALA DE GESSO

1. OBJETIVO

Receber pacientes provenientes da Sala de Emergência, Classificação de Riso, Ambulatório e Enfermarias do Hospital para atendimento médico, realização de procedimentos ou aguardar cirurgias.

2. DEFINIÇÕES

Técnico de Enfermagem:

Administra medicação conforme prescrição médica;

Em caso de alta hospitalar, todos os pacientes que receberem receitas médicas, solicitar farmacêutico para passar orientações de uso das medicações;

Em caso de internação, obter informações com o paciente ou familiar sobre possível uso contínuo de medicações feito pelo paciente e passar para o farmacêutico plantonista;

Encaminha pacientes para Centro Cirúrgico, enfermaria e emergência, a depender da situação;

Fazer o fracionamento dos produtos de uso coletivo a cada utilização, evitando desperdício e contaminação do mesmo.

Não realiza procedimentos de acordo com ordens verbais, exceto em situações de emergência;

Observa atentamente a prescrição médica;

Realiza cuidados de enfermagem (higienização);

Realizar a identificação dos frascos de produtos de uso coletivo a cada abertura, com a datada abertura e horário, mantendo o controle da validade.

Técnico de imobilização:

Aplica e retira aparelhos com talas gessada (goteira e calhas);

Auxilia equipe médica em procedimentos com reduções e trações;

Confecciona aparelho gessado em técnica correta de acordo com prescrição médica;

Imobiliza membro fraturado de acordo com solicitação/prescrição médica;

Receber o paciente proveniente dos andares para troca de tala gessada e realizar o procedimento somente após a conferência da prescrição médica;

Prepara a sala de sutura para procedimentos simples como pequenas suturas, manobras de redução manual, punções e infiltrações;

Providencia cadeira de rodas ou maca para transporte do paciente.

3. SIGLAS

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Atadura gessada;

Atadura de crepe;

Algodão ortopédico;

Tesoura de gesso;

Cisalha;

Bico de pato;

Serra circular;

Gases e compressas;

Esparadrapo;

Álcool 70%;

Clorexidina degermante;

Clorexidina alcoólica;

Ácidos graxos essenciais;

Lâmina de bisturi;

Malha tubular;

Balde de inox;

Luva de procedimento;

Micropore.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Ao chegar à Sala de Redução/Gesso:

O paciente será avaliado pela equipe médica; onde o mesmo solicitará exames, internação ou encaminhamento ao Centro Cirúrgico;

A equipe técnica de enfermagem realiza a identificação do leito (maca) e faz a admissão do paciente no sistema MV;

3. O paciente será encaminhado para os exames (radiologia, tomografia) pelo condutor, acompanhado por um familiar;

4. O paciente será informado sobre os procedimentos a serem realizados (exames, imobilização, procedimentos cirúrgicos etc).

7.1. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Quando solicitado, o atendimento também pode ser realizado no Centro Cirúrgico, UTI's e enfermarias;

Não realizar nenhum procedimento sem prescrição médica;

Realizar check list de mat/med diariamente.

8. INDICADORES

Não se aplica.

9. REFERÊNCIAS

Associação Brasileira dos Técnicos em Imobilização Ortopédica SP.

POP HUGO 2013.

Nascimento ER, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncello KCG. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. Revv. Eletr. Enf., out/dez; 2011.

10. ANEXOS

Não se aplica

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	30/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	30/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	30/11/2022	

1.1.21 SALA DE EXPURGO

1. OBJETIVO

Armazenar temporariamente os artigos médicos hospitalares, sujos, temporariamente até o destino final na CME.

2. DEFINIÇÕES

Sala de utilidades ou expurgo e um ambiente destinado à limpeza, desinfecção e guarda dos materiais e roupas utilizadas na assistência ao paciente e também poderá ser utilizado para a guarda temporária de resíduos.

3. SIGLAS

CME – Central de Material e Esterilização

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Este plano aplica-se ao Pronto Socorro do Hospital de Urgências de Goiás, bem como seus leitos de retaguarda internos.

6.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;

Realizar limpeza concorrente no início de cada plantão;

Checar a validade e quantidade dos insumos e soluções necessários para a lavagem e/ou desinfecção dos artigos médico-hospitalares da unidade;

Realizar a pré-lavagem dos artigos médico-hospitalares, caso apresentem sujidade;

Organizar os artigos médico-hospitalares nos containers em sacos plásticos;

Verificar a periodicidade da realização das limpezas (concorrente e terminal).

OBS: Caso identifique instrumental, material cirúrgico e/ou respiratório faltante, comunicar o enfermeiro imediatamente.

7. REFERÊNCIAS:

Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde – SOBECC – 7ª edição – Versão 2017.

8. ANEXOS

Não se aplica.

9.CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	30/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	30/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	30/11/2022	

1.1.22 SALA DE PROCEDIMENTOS

1. OBJETIVO

Definir critérios para a utilização, armazenamento e de higienização dos equipamentos e utensílios utilizados durante a assistência à saúde.

2. DEFINIÇÕES

Este ambiente é destinado para a realização de pequenos e médios procedimentos invasivos, tais como: drenagem torácica, suturas diversas, paracentence, punção lombar, curativos extensos, dentre outros, que necessitam de um local controlado, com baixa circulação de pessoas, boa iluminação, sistemas de circulação de ar específico com exaustor, com o intuito de garantir a esterelidade dos procedimentos e assim reduzir taxas de infecção associadas.

3. SIGLAS

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Check list de conferência dos materiais;

Caderno de relatório;

Computador;

Mesas;

armários;

Lixeiras (lixo comum e lixo infectante);

Ar-condicionado;

Mesa

Maca para realização de procedimentos;

Foco cirúrgico;

Bandejas e kits de materiais;

Demais insumos hospitalares.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Ao receber e passar platão, realizar conferencia de todos os equipamentos e insumos médico-hospitalares;

Manter ambiente limpo de organizado;

Auxiliar equipe médica na realização dos procedimentos;

Realizar a reposição dos materiais conforme o uso e a demanda do turno;

Registrar em caderno ATA todos os procedimentos realizados ao longo do turno;

Sempre após a realização de cada procedimento, realizar a desinfecção das superfícies com produto saneante adequado;

Garantir o bom e adequado funcionamento dos equipementos médico-hospitalares;

A manutenção preventiva deve ser realizada de acordo com as especificações do fabricante e conforme informado pelo setor de engenharia clínica;

Quando forem identificados quaisquer falhas no funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares, sinalizar os mesmos e abir chamado de manutenção via intranet – totem manutenção – engenharia clínica;

A limpeza terminal deverá ser realizada a cada 15 dias e a limpeza concorrente é realizada diariamente.

8. INDICADORES

Não se aplica.

9. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. : il.

10. ANEXOS

Não se aplica.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	30/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	30/11/2022	

Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	30/11/2022	

1.1.23 TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE BOX VERMELHO PARA ESTABILIZAÇÃO/BOX INTERNAÇÃO

1. OBJETIVO

Regulamentar as responsabilidades e as formas de transporte dos clientes no âmbito hospitalar, visando garantir a segurança e evitar/reduzir a ocorrência de eventos adversos.

2. DEFINIÇÕES

Define-se transporte intra-hospitalar como a transferência temporária ou definitiva de pacientes por profissionais de saúde dentro do ambiente hospitalar.

3. SIGLAS

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Luva de procedimentos;

Prontuário do paciente;

Medicações do paciente;

Pertences pessoais do paciente;

Pedidos de exames a serem realizados com data e horário quando já agendados;

Máscara cirúrgica;

Avental de isolamento (se necessário);

Cadeira de rodas, maca de transporte (conforme as condições e necessidades do paciente);

Cilindro de oxigênio (se necessário);

Suporte de soro (se necessário);

Bomba de infusão contínua (se necessário);

Oxímetro de pulso (se necessário).

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Cabe ao Enfermeiro do Box Vermelho

Avaliar e registrar o estado geral do paciente;

Atualizar o processo de enfermagem do paciente (SAE);

Analisar risco benefício do transporte;

Passar para o enfermeiro da Estabilização ou Box de Internação as condições clínicas do paciente, o tipo de precaução a ser adotado, os dispositivos em uso, os exames e procedimentos previstos e a especialidade médica que está acompanhando;

Definir, organizar e atribuir funções à equipe de enfermagem que participará do transporte;

Prever intercorrências e complicações, e preveni-las;

Orientar paciente e familiares quanto a transferência;

Acompanhar o paciente durante o transporte;

Solicitar a equipe de zeladoria que realize a limpeza e desinfecção do Box Vermelho.

Cabe ao Aux./Téc de Enfermagem da Unidade de Origem

Preparar o paciente (fechar cateteres, desprezar efluentes, trocar fralda caso necessário, verificar integridade/fixação/condições/identificação de curativos, acesso venoso e outros dispositivos, conter o cliente – se necessário, elevar grades);

Reunir e testar a integridade dos materiais e equipamentos necessário conforme orientação do enfermeiro responsável;

Acompanhar o cliente no transporte de baixo, médio e alto risco;

Reorganizar a unidade após a transferência.

8. INDICADORES

Não se aplica.

9. REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 376/2011. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3762011_6599.html. Acesso em 12 de abril de 2016.

STACCIARINI, Thaís S Guerra. Transporte intra-hospitalar. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/393018/Aula_Transporte_intrahospitalar_SE NF201 4.pdf. Acesso em 12 de abril de 2016.

10. ANEXOS

Não se aplica.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	30/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	30/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	30/11/2022	

1.1.24 TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE PARA ENFERMARIA

1. OBJETIVO

Encaminhar o paciente para enfermaria de maneira eficaz e ausentes de pendências.

2. DEFINIÇÕES

Transferir o paciente para enfermaria.

3. SIGLAS

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Enfermeiro.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Caneta;

Carimbo;

Check list de transferência do paciente de emergência para enfermaria.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

1.Solicitar a vaga de enfermaria no sistema MV para a equipe do NIR;

2. Fazer a transição do cuidado no sistema MV;

3. Identificar o check list de transferência do paciente da emergência para enfermaria manualmente;

4. Preencher os campos origem do paciente, destino do paciente horas/datas;

5. Verificar e checar todos os itens prontuário do check List de transferência do paciente da emergência para enfermaria;

6. Preencher os campos vias aéreas, acesso venoso, drenos e sondas, dieta, dreno de tórax, diurese e sinais vitais do check List de transferência do paciente da emergência para enfermaria;

7. Descrever intercorrências no campo observações do check list de transferência do paciente da emergência para enfermaria;

8. Carimbar e assinar o check list de transferência do paciente da emergência para enfermaria;

9. Aguardar liberação da vaga pelo enfermeiro supervisor da enfermaria e preparar o paciente para ser transferido;

10. Encaminhar o paciente com condutor e enfermeiro à enfermaria junto com prontuário completo, check list e kit de medicamentos;

11. Registrar a transferência no livro de ocorrências da unidade;

12. Solicitar a equipe de zeladoria que realize a limpeza e desinfecção do leito.

9. INDICADORES

Não se aplica.

10.REFERÊNCIAS

Não se aplica.

11. ANEXOS

Não se aplica.

12. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva	26/11/2022	

	Coordenador de Enfermagem		
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	30/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	30/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	30/11/2022	

1.1.25 TRANSFERÊNCIA DO PARA O CENTRO CIRÚRGICO

1. OBJETIVO

Encaminhar o paciente ao centro cirúrgico de maneira eficaz e ausentes de pendências.

2. DEFINIÇÕES

Transferir o paciente com indicação de procedimento cirúrgico ao bloco cirúrgico.

3. SIGLAS

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Enfermeiro.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Caneta;

Carimbo;

Check list de paciente para o Centro Cirúrgico;

Etiqueta de identificação do paciente.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Identificar o Check list de Paciente para o Centro Cirúrgico com a etiqueta de identificação do paciente ou manualmente (caso não tenha a etiqueta);

Solicitar sala de cirurgia com a secretária do centro cirúrgico, informando: nome completo do paciente, idade, horário da cirurgia, cirurgião e procedimento a ser realizado;

Preencher os campos 'Origem do paciente', 'Horários', 'Tipo de solicitação' e 'Especialidade médica' do Check list de Paciente para o Centro Cirúrgico;

Verificar e checar todos os 'Itens Obrigatórios' do Check list de Paciente para o Centro Cirúrgico;

Preencher os campos 'Vias Aéreas' e 'Sinais Vitais' do Check list de Paciente para o Centro Cirúrgico;

6. Descrever intercorrências no campo 'Observações' do Check list de Paciente para o Centro Cirúrgico;

7. Carimbar e assinar o Check list de Paciente para o Centro Cirúrgico;

8. Encaminhar o paciente com o condutor e, em casos de paciente graves, com equipe de enfermagem e médico, ao centro cirúrgico, junto com prontuário completo e check list;

9. Registrar a transferência no livro de ocorrências da unidade;

10. Solicitar a equipe de zeladoria que realize a limpeza e desinfecção do leito.

7.1. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

A solicitação da sala de cirurgia pode ser realizada tanto pelo enfermeiro quanto pelo médico responsável pela indicação cirúrgica.

9. INDICADORES

Não se aplica.

10. REFERÊNCIAS

Não se aplica.

11. ANEXOS

Não se aplica.

12. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	30/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	30/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	30/11/2022	

1.1.26 TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE PARA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

1. OBJETIVO

Encaminhar o paciente para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de maneira eficaz e ausente de pendências.

2. DEFINIÇÕES

Transferir o paciente para a UTI.

3. SIGLAS

UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Enfermeiro.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Caneta;

Carimbo;

Check list de transferência do paciente da emergência para UTI.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Identificar o check List de transferência do paciente da emergência para UTI manualmente utilizando duas vias;

Solicitar liberação da vaga de UTI informando: nome completo do paciente, idade, horário, quadro clínico e hipótese diagnóstica;

Preencher os campos origem do paciente, horários, prioridade;

Verificar e checar todos os itens obrigatórios do check list de transferência do paciente da emergência para UTI;

Preencher os campos 'vias aéreas', 'sondas e drenos', 'acesso venoso', 'medicação', 'membros e cervical' e 'sinais vitais' do check list de transferência do paciente da emergência para UTI;

Descrever intercorrências no campo observações do check list de transferência do paciente da emergência para UTI;

Carimbar e assinar o check list de transferência do paciente da emergência para UTI;

Aguardar liberação da vaga pelo enfermeiro supervisor da UTI e preparar o paciente para ser transferido;

Encaminhar o paciente com condutor, enfermeiro e médico à UTI junto com prontuário completo, check list e kit de medicamentos.

OBS: o enfermeiro só irá desconectar o paciente do ventilador mecânico na presença do médico que irá acompanhar o paciente no transporte;

Solicitar a assinatura do enfermeiro supervisor da UTI na segunda via do check list de transferência do paciente da emergência para UTI;

Registrar a transferência no livro de ocorrências da unidade;

Solicitar a equipe de zeladoria que realize a limpeza e desinfecção do leito.

7.1. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Antes da gestão de leitos o enfermeiro supervisor da UET deverá informar ao coordenador de enfermagem do pronto atendimento quais são os pacientes que necessitam de vagas de UTI, de acordo com a solicitação por escrito no prontuário e o preenchimento do fluxo de pacientes à UTI pelo enfermeiro supervisor ou pelo chefe do pronto atendimento;

Após a gestão de leitos o enfermeiro do NIR informará a equipe do pronto atendimento quais são os leitos disponíveis para cada paciente.

8. INDICADORES

Não se aplica.

9. REFERÊNCIAS

Não se aplica.

10. ANEXOS

Não se aplica.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	30/11/2022	

Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	30/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	30/11/2022	

1.1.27 CHECK LIST´S DO PRONTO ATENDIMENTO

1. OBJETIVO

Orientar a forma de checagem de tarefas a serem realizados, a fim de prestar serviço de saúde com segurança para o paciente através de assistência segura, individualizada e de qualidade.

2. DEFINIÇÕES

Check list tem a finalidade de evitar futuros esquecimentos, falhas e faltas. A execução do *check list* faz com que as equipes realizem suas atividades de forma segura e organizadas minimizando erros.

3. SIGLAS

UTI – Unidade de Terapia Intensiva;

AIH – Autorização de Internação Hospitalar;

CME – Centro de Material e Esterilização;

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;

SVD – Sonda Vesical de Demora;

DTF – Dreno Torácico;

SNE – Sonda Nasoentérica;

SNG – Sonda Nasogástrica;

PAI – Pressão Arterial Invasiva.

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HUGO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Ficha de checagem;

Caneta;

Carimbo do Enfermeiro.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

7.1 *Check list* de materiais da CME:

Fazer a conferências de todos os materiais diariamente, uma vez a cada plantão;

Realiza a reposição dos materiais que estiverem faltando, de forma a manter sempre a quantidade estabelecida do estoque;

Verificar se os materiais estão em boas condições de uso;

Verificar a validade dos materiais a cada dois dias.

OBS: Quando o material estiver vencido, deverá ser devolvido na CME com a reposiç imediata.

7.2 *Check list* de saída do paciente para a enfermaria:

Preencher a ficha do *check list;*

Conferir a pulseira de identificação e identificação da maca;

Conferir se o paciente está internado no sistema MV e com AIH emitida;

Verificar ficha de primeiro atendimento;

Verificar a prescrição médica do dia assinada e carimbada pelo médico, com solicitação à enfermaria;

Medicações de horário checada;

Verificar o preenchimento da SAE da equipe de enfermagem e sinais vitais;

Verificar evolução da equipe médica;

Encaminhar com exame, QP e prontuário;

Encaminhar o paciente higienizado e com roupa do hospital;

Encaminhar o kit de medicação;

Em caso de pacientes confusos, solicitar acompanhante;

Conferir se o paciente não está com punção venosa no membro a ser operado;

Identificar e datar a punção venosa, drenos, rótulos de soro;

Checar se o paciente está com a SVD identificada.

7.3 *Check list* de saída de pacientes para o Centro Cirúrgico:

Preencher a ficha do *check list*;

Conferir a pulseira de identificação e identificação da maca;

Conferir se o paciente está internado no sistema MV e com AIH emitida;

Verificar ficha de primeiro atendimento;

Verificar a prescrição médica do dia assinada e carimbada pelo médico;

Verificar o preenchimento da SAE da equipe de enfermagem e sinais vitais;

Encaminhar o paciente higienizado e com roupa do hospital e sem peças íntimas;

Encaminhar o kit de medicação, com medicações de horário checada;

Retirar todos os adornos do paciente e prótese dentária, caso haja;

Solicitar ao médico que passe esclarecimentos ao paciente ou familiar do procedimento cirúrgico a ser realizado, colhendo a assinatura no Termo de Consentimento de Cirurgia, caso o paciente esteja na enfermaria ou consultórios;

Solicitar ao anestesista que passe orientações aos familiares ou paciente sobre o procedimento de anestesia a ser realizado, colhendo a assinatura no Termo de Consentimento de Anestesia;

Conferir se o paciente não está com punção venosa no membro a ser operado;

Identificar e datar a punção venosa, drenos, rótulos de soro;

Checar se o paciente está de dieta zero, em caso de cirurgias eletivas;

Pacientes da neurocirurgia, realizar tricotomia do couro cabeludo e fazer a higienização com clorexidina.

Checar se o paciente está com a SVD identificada.

7.4 *Check list* de saída de pacientes para as UTI's:

Preencher a ficha do *check list*;

Entrar em contato com a equipe da UTI e passar o quadro clínico do paciente;

O paciente deve ser encaminhado por médico e enfermeiro, independente do quadro clínico do paciente;

Conferir a pulseira de identificação e identificação da maca;

Conferir se o paciente está internado no sistema MV e com AIH emitida;

Verificar ficha de primeiro atendimento;

Verificar a prescrição médica do dia assinada e carimbada pelo médico, com solicitação de vaga para UTI;

Verificar o preenchimento da SAE da equipe de enfermagem e sinais vitais;

Encaminhar o paciente higienizado e com roupa do hospital, e sem peças íntimas;

Encaminhar o kit de medicação;

Retirar todos os adornos do paciente e prótese dentária, caso haja;

Solicitar ao médico que passe esclarecimentos ao paciente ou familiar do procedimento cirúrgico a ser realizado, colhendo a assinatura no Termo de Consentimento de Cirurgia, caso o paciente esteja na enfermaria ou consultórios;

Solicitar ao anestesista que passe orientações aos familiares ou paciente sobre o procedimento de anestesia a ser realizado, colhendo a assinatura no Termo de Consentimento de Anestesia;

Conferir se o paciente não está com punção venosa no membro a ser operado;

Checar data e assinatura em todos os curativos, DTF, punção venosa e outros;

Checar a identificação dos rótulos de soro e todas as soluções injetáveis;

Medicações de horário checada;

Checar se o paciente está com prescrição de SNE, SNG, SVD e conferir se está instalado;

Checar se o paciente está com a SVD identificada,

Paciente em ventilação mecânica, checar a data em filtro de barreira;

Manter o paciente com monitorização cardíaca ou oximetria de pulso durante o transporte;

Paciente em uso de PAI, retirar a bolsa pressórica;

Paciente em uso de droga vasoativa, encaminhar com bomba de infusão ligada durante o transporte;

Verificar se o acesso venoso está fluindo adequadamente

7.5 *Check list* de materiais, medicamentos e insumos:

Preencher a ficha do *check list*;

Fazer a conferências de todas os insumos diariamente, duas vezes por dia;

Realiza a reposição dos insumos às 10 h e às 17 h;

Verificar a validade dos materiais.

8. INDICADORES

Fichas de *check list*.

9. REFERÊNCIAS

Revista de Ciências Médicas e Biológicas, 2013 .

10. ANEXOS

Não se aplica.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian Pires da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.5 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

1.5.1 Protocolo - MANUAL DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO- NIR

INTRODUÇÃO

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR):

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, que deverá realizar a interface com as Centrais de Regulação; delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios preestabelecidos e protocolos que deverão ser instituídos pelo NIR. Além disso, deve buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário, conforme pactuação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

ATRIBUIÇÕES DO NIR:

a) Permitir conhecimento da necessidades de leito, por especialidade e patologia

b) Regular e gerenciar as diferentes ofertas existentes a saber; ambulatório, internação, urgência e emergência, agenda cirúrgica.

c) Orientar a gestão de leitos intra – hospitalar

- Dar subsídios técnicos para realização de ações que qualifiquem o cuidado, a partir das informações advindas do monitoramento da Gestão de Leitos.

d) Otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela RAS.

e) Otimizar a ocupação das Salas Cirúrgicas.

f) Monitorar com finalidade de reduzir ao máximo o número de procedimentos eletivos cancelados/suspensos.

g) Estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica e a realização do procedimento.

- Auxiliar a gestão quanto ao controle e o uso racional de Órteses, Próteses e Materiais Especiais.
- Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar.
- Induzir a implantação dos mecanismos de gestão da clínica tais como, Projeto Terapêutico Singular, Gestão da Fila.
- Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais.
- Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar.
- Qualificar os fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente hospitalar.
- Otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar.
- Promover a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito intra-hospitalar.
- Aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços hospitalares visando ao atendimento mais adequado às suas necessidades.
- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável.

Estrutura do NIR:

Subsidiar a direção do hospital para a tomada de decisão internamente.

Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento, na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e terapêuticas e protocolos administrativos.

Não existe regra rígida de como compor um NIR, mas recomenda-se que funcione 24 horas (sete dias por semana) e tenha uma estrutura mínima composta por médico horizontal ou diarista, enfermeira diarista e assistente social.

Esta célula básica seria o suficiente para iniciar o trabalho, ao menos em termos de concepção e organização, podendo ser alterada conforme necessidade detectac durante a sua implantação.

Para executar todas as atividades propostas, o NIR precisará do apoio de profissionais de outros setores do hospital, como coordenadores de unidade para alinhamento de rotinas e processos, do departamento de informática para coleta e processamento de dados dos indicadores, dos colaboradores para aplicação dos protocolos administrativos e médico-assistenciais etc.

OS TRÊS PILARES DO NIR:

Práticas de Regulação

São atividades transversais de regulação do acesso realizadas pelo NIR, de forma articulada com os pontos de atenção e as Centrais de Regulação com o intuito de otimizar os recursos assistenciais disponíveis na unidade hospitalar.

Articulação com a RAS

Interface com as Centrais de Regulação Hospitalar e com outras instituições da rede (Unidades Básicas de Saúde - UBS, Unidades de Pronto Atendimento - UPA, hospitais etc.).

Monitorar

Avaliação de indicadores, do fluxo do paciente e de casos de permanência prolongada.

O NIR precisa responder à pergunta:

"O que podemos e o que não podemos tratrar no nosso hospital?"

Atribuições dos integrantes do NIR:

Médico:

a) A partir do início do plantão, todos os dias da semana, deverá acompanhar a avaliação dos pacientes e identificar com as equipes assistenciais aqueles, que tem potencial para a transferência a outros setores da unidade hospitalar e/ou leitos

de Retaguarda pactuados na RAS, por meio da avaliação utilizado para gerenciamento dos casos, nas unidades que possuem porta aberta às urgências deverá iniciar esse monitoramento por esse setor, para avaliar a demanda e a partir dessa demanda averiguar as possibilidades.

b) Identificar possíveis pacientes com critérios de alta.

c) Paciente da urgência e emergência, que continua com quadro de gravidade e/ou de Instabilidade Hemodinâmica deve ser mantido nesses setores ou encaminhado para a UTI, conforme protocolo preestabelecido.

d) Pacientes estáveis e dentro dos critérios de transferência devem ser selecionados e encaminhados para os leitos do próprio hospital, hospital de retaguarda pactuado, mediante instrumentos regulatórios, ou para a Alta Hospitalar.

e) Deverá intermediar a equipe assistencial na busca e disponibilização de leitos de internação para os pacientes que se encontram de alta da UTI.

f) Selecionar pacientes candidatos à transferência para o Hospital pactuado para Retaguarda.

g) Regular os leitos disponíveis no próprio hospital de acordo com as especialidades.

h) Apoiar a reavaliação dos casos de reinternação dos pacientes que retornaram do Hospital de Retaguarda ou da Internação Domiciliar identificando os motivos que levaram a reospitalização dos usuários, a fim de retroalimentar as equipes em relação ao seguimento ou mesmo para a revisão dos protocolos.

i) Realizar a interface entre as especialidades médicas e os setores da unidade hospitalar, a fim de promover as interconsultas de modo mais eficiente e ágil.

j) Ampliar espaços de atuação do médico em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional.

k) Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

- Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

Enfermeiro:

a) No início do plantão o enfermeiro do NIR deverá apoiar a equipe assistencial dos diversos setores na avaliação dos pacientes nas observações, a qual deverá ocorrer diariamente e verificar os dados do monitoramento, para verificar a viabilidade de serem transferidos para enfermarias, leitos de retaguarda, UTI e/ou mesmo de alta para casa ou Serviço de Atenção Domiciliar.

b) Interagir com a equipe multidisciplinar assistencial, para aperfeiçoar o processo de transferência.

c) Realizar interface entre a Regulação e a equipe da emergência e após a avaliação médica, determinar conjuntamente os usuários elegíveis para ocupação de leitos internos e externos.

d) Auxiliar a equipe do NIR na definição, avaliação e priorização dos pacientes na ocupação dos leitos disponíveis internamente e externamente, conforme contato com a regulação, e nos casos que não houver regulação com a unidade que possua leitos disponíveis.

e) Realizar busca ativa de leitos disponíveis no sistema informatizado ou em visita aos setores da unidade hospitalar.

f) Adequar os leitos disponíveis por especialidade e gênero (feminino/masculino).

g) Monitorar os leitos atentando para o Tempo Médio de Permanência.

h) Identificar e notificar mediante relatório mensal os entraves pertinentes ao processo de transferência e atuação do NIR.

i) Alimentar a planilha dos indicadores, conforme levantamento realizado pelo Kanban, a fim

j) de proporcionar dados para a tomada de decisão da Alta Liderança.

k) Atuar diretamente no monitoramento dos indicadores, apoiando a equipe assistencial na avaliação dos dados e no apoio à busca de soluções para a oferta dos serviços necessários aos usuários.

l) Ampliar espaços de atuação do enfermeiro em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional.

m) Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

- Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

Assistente Social, (este profissional pode não estar ligado diretamente ao NIR, importante é manter a interface da sua atuação junto as ações descritas abaixo):

a) Abordar e orientar usuários e familiares para as transferências internas e externas.

b) Orientar, informar e sensibilizar os pacientes com indicação clínica para os leitos de retaguarda, buscando assinatura do paciente ou seu responsável no Termo de Consentimento para posterior transferência.

c) Apoiar e esclarecer toda e qualquer dúvida do usuário e/ou familiar com relação à transferência para os Hospitais de Retaguarda, explicando sobre o funcionamento e normas do Hospital de Retaguarda.

d) Realizar investigação social do paciente, nos casos pertinentes.

e) Orientar o paciente que ele é responsável pelos seus objetos e documentos pessoais.

f) Apoiar no aprimoramento dos canais de comunicação internos e com a Central de Regulação (comunicação externa), por meio de melhor divulgação de atividades do NIR (murais, ofícios, jornais internos, site etc.).

g) Explicar as particularidades da questão social e construir propostas de trabalho capazes de preservar e efetivar direitos dos usuários, conforme legislação específica.

h) Participar no cuidado da saúde do indivíduo em sua totalidade Bio-Psico-Social-Espiritual.

i) Potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso aos direitos sociais.

j) Apoiar junto à equipe de atenção psicológica do hospital questões referentes à necessidade de terapia familiar e individual.

k) Ampliar espaços de atuação do Serviço Social em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional.

l) Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

- Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

Assistente Administrativo:

a) No início do plantão deve confirmar o quantitativo de vagas nos hospitais de Retaguarda, bem como nos setores do próprio hospital que estão disponíveis para o dia, repassando essa informação para o médico regulador do NIR, bem como alimentar o sistema de informações sobre tais dados, conforme o caso.

b) Entregar para os médicos reguladores/auditores, conforme o caso cópia do Relatório dos Pacientes internados.

c) Enviar os prontuários dos pacientes ao Same, transferidos para o hospital de Retaguarda do dia anterior devidamente protocolado, envelopado e etiquetado. No envelope os papéis deverão estar organizados na seguinte ordem: da primeira folha a última: ficha de atendimento, AIH, Relatório Médico, Cópia do Termo de Consentimento de Transferência para os Hospitais Retaguarda, evolução de enfermagem, evolução dos demais profissionais separados por categoria, resultados de exames laboratoriais, resultados de exames de imagem, pareceres e por último os anexos que vier a existir do paciente e por último os filmes de exame de imagem.

d) Alimentar a planilha de dados no computador dos pacientes transferidos para o Hospital de Retaguarda do dia anterior com as seguintes informações: Nome do paciente, Data de nascimento, Nome da mãe do paciente, Número do prontuário, Especialidade médica, Nome do médico assistencial, Total de pacientes que foram transferidos diariamente, Total de pacientes que voltaram para o Hospital de origem diariamente especificando o motivo do retorno.

e) Checar no mapa cirúrgico se tem algum dos usuários em monitoramento, para procedimentos cirúrgicos, no dia seguinte.

- Separar a documentação e o prontuário do paciente que irá ser transferido no dia. A documentação que deve ser enviada para o Hospital Retaguarda com o paciente, que deverá conter: Relatório Médico com o Termo de Consentimento, Cópia dos exames laboratoriais do dia, Cópia dos laudos dos exames de imagem e filmes dos exames de imagem mais recentes, Cópia da prescrição do dia, Cópia da evolução de enfermagem.

f) Encaminhar a Apac de exames e/ou procedimento cirúrgico devidamente agendado (data, hora e local) na própria Apac e/ou no papel informativo.

g) Agendar os exames e/ou procedimento cirúrgico, que estejam pendentes aos usuários que devem ser transferidos para os leitos de Retaguarda.

h) Informar a enfermeira do Hospital de Retaguarda e/ou leitos de internação, o quantitativo e o sexo dos pacientes que serão transferidos para a Retaguarda.

i) Contatar o serviço de transporte com agendamento do horário em que o paciente será transferido.

j) Certificar que o paciente será acompanhado, durante o translado, por um técnico de Enfermagem, considerando que o paciente foi avaliado pelo médico regulador que constatou quadro estável do paciente.

k) Manter no quadro de aviso as pendências e os recados para os demais membros da equipe.Se for urgente, comunicar por telefone.

l) Organizar o setor para o dia seguinte, manter tudo no seu devido lugar.

m) Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

n) Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

O NIR precisa definir junto a alta gestão o perfil da unidade, mapear os recursos diagnóstico, terapêutico, clínico, disponíveis na unidade, e assim estabelecer os critérios para elegibilidade dos pacientes a serem assistidos.

Após definirmos objetivamente os critérios de internação, conforme a complexidade, bem como os critérios de gravidade, recomendamos a institucionalização de protocolos, a fim de padronizar e homogeneizar a transição de cuidados entre as unidades do hospital.

É imperativo que se desenvolva ao menos um protocolo de internação que contemple a transição de cuidados do setor da Emergência para as demais unidades. Recomendamos a Padronização e uso de Protocolos na transição entre áreas, como por exemplo: transição da UTI para Enfermaria Clínica e vice-versa; Sala de Recuperação Cirúrgica para Enfermaria Cirúrgica etc.

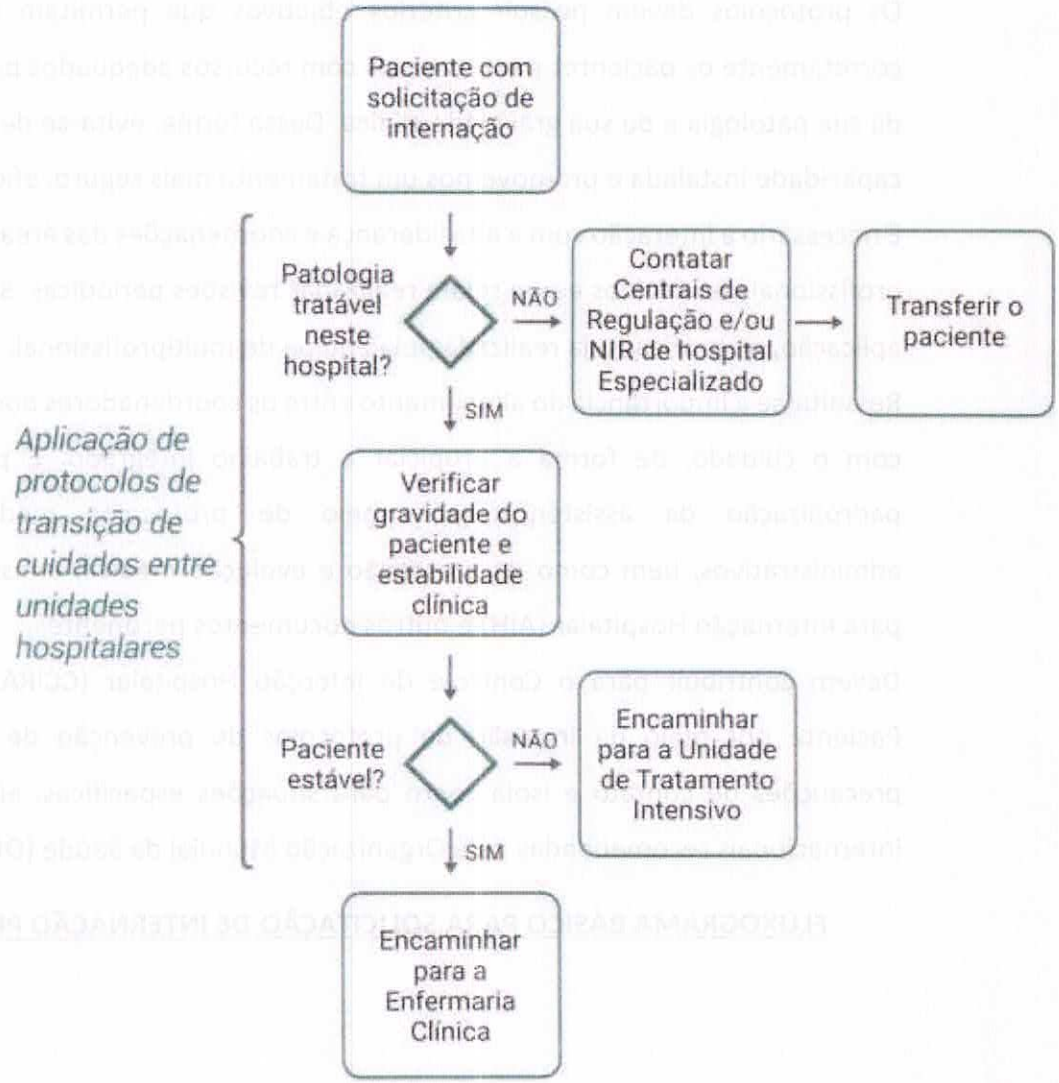
Os protocolos devem possuir critérios objetivos que permitam classificar e alocar corretamente os pacientes para os locais com recursos adequados para as necessidades da sua patologia e da sua gravidade clínica. Dessa forma, evita-se desperdício de uso da capacidade instalada e promovemos um tratamento mais seguro, eficaz e resolutivo.

É necessário a interação com a alta liderança e coordenações das áreas, a capacitação dos profissionais envolvidos e que sejam realizadas revisões periódicas. Sugerimos que a sua aplicação, na prática, seja realizada pela equipe de multiprofissional.

Ressalta-se a importância do alinhamento entre os coordenadores dos setores envolvidos com o cuidado, de forma a propiciar o trabalho integrado. É preciso fomentar a padronização da assistência por meio de protocolos médico-assistenciais e administrativos, bem como da prescrição e evolução médica, emissão de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) e outros documentos pertinentes.

Devem contribuir para o Controle de Infecção Hospitalar (CCIRAS) e Segurança do Paciente por meio da inclusão de protocolos de prevenção de eventos adversos, precauções de contato e isolamento para situações específicas, além das seis metas internacionais recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

FLUXOGRAMA BÁSICO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO PELO NIR:



Em unidades que não possuem Unidade de Terapia Intensiva, avaliar junto ao médico, a possibilidade de transferir a solicitação para o serviço que possui, respeitando o perfil da unidade.

O NIR E AS CENTRAIS REGULADORAS:

O NIR deverá desenvolver uma relação direta, frequente e esclarecedora com as Centrais de Regulação Hospitalar. Um dos desafios enfrentados por essas Centrais, municipais e estaduais, é o de obter informações claras e apuradas sobre os pacientes que precisam

ser transferidos entre as instituições da rede. Muitas vezes, nem mesmo um censo de leitos da região regulada consegue ser apurado com exatidão e em tempo hábil.

O NIR deve filtrar (esclarecendo com o médico-assistente em situações de dúvida quanto a determinados encaminhamentos, repassando uma informação clara para a Central de Regulação), bem como monitorar as solicitações de transferência externa, utilizando seu relacionamento mais próximo à Central de Regulação para sinalizar casos que precisam de resolução com brevidade e devem ser priorizados.

Por fim, o NIR deve ainda informar o censo de leitos local periodicamente, disponibilizando leitos de internação, sempre que possível, para pacientes de outras instituições da Rede. Precisa, ainda, delinear claramente os critérios de elegibilidade para essas admissões, conforme o perfil assistencial do hospital.

MONITORAMENTO ATRAVÉS DE INDICADORES:

Indicadores de Processo: indicadores de processos vão mensurar tempos do fluxo do paciente pela estrutura e unidades do hospital, desde a sua admissão até a alta hospitalar.

Tempo para efetivação de internação:

Avalia o tempo decorrido desde a solicitação de internação na Emergência até a chegada do paciente na Unidade de Internação. Processos de admissão homogêneos deverão apresentar tempos adequados dentro de uma estimativa real de sua duração. A transferência do paciente da Emergência para a Enfermaria Clínica revela-se um processo complexo, no qual diversas etapas acontecem com a interação de vários colaboradores do hospital, desde o médico até administrativos. A redução nesse tempo pode sensivelmente reduzir a superlotação na Emergência.

Tempo para efetivação de alta hospitalar:

Mensura o tempo decorrido da definição médica de alta do paciente até a desocupação do leito. A redução nesse indicador gera aumento virtual da capacidade instalada, ao

aumentar o giro de leitos e sua oferta para novas admissões. Alguns hospitais ainda mensuram o horário da alta hospitalar; estimula-se as equipes a promoverem a alta no turno da manhã, permitindo que à tarde um novo paciente já ocupe o mesmo leito. Cabe o cuidado de mensurar e avaliar com cautela essa questão, uma vez que o fato do paciente receber a alta não implica na imediata desocupação do leito, e outros fatores costumam estar presentes nesta etapa. Novamente, um mapeamento preciso do processo poderá auxiliar no uso da informação gerada a partir dos dados do indicador.

Tempo para Higienização do Leito:

Compreende o tempo decorrido desde a saída física do paciente, até o momento de liberação do leito já higienizado.

Tempo de intervalo entre cirurgias:

Intuito de monitorar o tempo de higienização das salas cirúrgicas, podendo posteriormente disponibilizar para outros procedimentos.

Indicadores de Resultados, (Produção), diz respeito ao uso da capacidade instalada, e ao número de atendimentos:

Enquanto os indicadores de processos mensuram a eficiência das atividad desenvolvidas, os resultados apontaram se estas atividades são de fato eficazes no cumprimento dos seus objetivos.

a) Pacientes-dia no período.
b) Taxa de ocupação dos leitos.
c) Número de internações.
d) Número de consultas.
e) Número de cirurgias.
f) Taxa de ocupação de Salas Cirúrgicas.
g) Taxa de consultas realizadas.

Indicadores de Resultados, (Desempenho), onde demonstra se a capacidade instalada está sendo utilizada de forma eficiente:

a) Tempo médio de permanência em leito de internação.

b) Taxa de pacientes residentes no hospital acima de 20 dias.

c) Índice de renovação de giro de leitos.

d) Índice de intervalo de substituição de leitos.

e) Giro de salas cirúrgicas (cirurgias no período/número total de salas).

ROTINA DIÁRIA DO NIR:

a) O NIR deve ter controle total sobre os leitos do hospital. Esse controle é necessário, pois haverá necessidade de centralizar a forma de atender à demanda de novas admissões e de transferências internas entre as unidades. Aqui, destaca - se o papel do enfermeiro operacional: sua função primordial é a gestão em tempo real dos leitos livres.

b) Deve autorizar as novas admissões das reservas solicitadas, as trocas e os bloqueios necessários conforme a demanda e disponibilidades; deve acompanhar diariamente o censo hospitalar e ajustar à disposição dos pacientes na grade de leitos, de forma a promover um uso mais eficiente dos leitos disponíveis.

c) Conhecimento em tempo real do censo hospitalar permite, também, oferecer com maior frequência os leitos de internação para as centrais de regulação municipais e/ou regionais. Esse censo precisa ser informado diariamente para o ente regulador.

d) O médico ligado ao NIR deve ser a referência para a discussão e aceite dos casos externos; na sua ausência, um médico assistente das equipes especializadas deve ser indicado para exercer essa função.

e) Além de atualizar o censo e ajustar a disposição das novas admissões ou transferências entre as unidades, precisamos monitorar os casos que demandam

transferência para fora do hospital ou recursos diagnósticos/terapêuticos não disponíveis na instituição.

f) O NIR deve monitorar e facilitar a resolução de internações prolongadas, acionando as equipes multidisciplinares e outras estruturas de apoio necessárias.

g) O NIR deve ter um tempo diário, no qual o enfermeiro operacional discutirá com o médico coordenador e/ou médicos reguladores os casos de transferência externa e internações prolongadas, definindo planos de ação para esses pacientes. A realização de tempo diário multidisciplinar é importante para alinhar toda equipe acerca das situações e ações necessárias, definindo tarefas específicas que deverão ser executadas até o dia seguinte. É necessário reservar pelo menos 30 minutos na rotina diária, sempre no mesmo horário.

Considerações finais:

O NIR é uma instância colegiada, ligada diretamente à Direção do hospital e, portanto, validada por ela. Por meio do conhecimento das principais patologias que internam no Hospital é possível construir uma tipologia de leitos intra-hospitalares mais adequada à demanda dos hospitais, fugindo da lógica da distribuição de leitos por especialidades. Esta forma de Gestão de Leitos possibilitará melhor distribuição das internações, com otimização da utilização dos leitos e consequente redução do tempo médio de permanência hospitalar e redução da superlotação. Espera-se ainda melhor interface com a RAS, pactuando Leitos de Retaguarda quando for necessário e controlando a média de permanência e a taxa de ocupação também nestes leitos.

Espera-se, ainda, um melhor gerenciamento das altas e marcação de consultas especializadas, buscando reduzir a procura da Emergência para solução de questões eletivas.

O NIR certamente impactará na melhoria dos processos institucionais, na racionalização e uso da capacidade instalada, na ampliação do acesso e na promoção de práticas

assistenciais seguras na transição do cuidado, garantindo a segurança e qualidade no atendimento prestado ao usuário.

GLOSSÁRIO DE TERMOS HOSPITALARES:

Movimento de pacientes

Observação hospitalar:

Pacientes que permanecem no hospital sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas.

Termos relacionados: internação hospitalar.

Notas técnicas: O limite de 24 horas é o limite máximo para a observação hospitalar. Idealmente, um paciente deve permanecer em observação apenas pelo tempo necessário, observado o efeito de um tratamento, ou seja, tomada uma decisão sob a internação ou não do mesmo.

Os leitos de observação em geral oferecem menos condições de conforto e privacidade para os pacientes e por razões humanitárias deve-se manter o período de observação restrito ao necessário para a segurança do paciente e para a tomada da decisão clínica.

Internação hospitalar:

Pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas.

Termos equivalentes: admissão hospitalar.

Termos relacionados: observação hospitalar.

Notas técnicas: Todos os casos de óbito ocorridos dentro do hospital devem ser considerados Internações hospitalares, mesmo que a duração da internação tenha sido menor do que 24 horas.

Notas técnicas: Os pacientes que têm grandes chances de permanecerem dentro do hospital por menos de 24 horas devem ocupar leitos de observação, de forma e evitar a contabilização indevida de pacientes-dia no censo hospitalar diário.

Censo hospitalar diário:

É a contagem e o registro, a cada dia hospitalar, do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação e serviços do hospital.

Termos relacionados: Dia hospitalar

Notas técnicas: deve-se levar em consideração os leitos bloqueados e os leitos extras, bem como a contagem e o registro do número de internações, altas, óbitos, transferências internas e externas, evasão e desistência do tratamento ocorridas nas 24 horas relativas ao censo. Para efeito de censo, às Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) devem ser consideradas unidades de internação.

Notas técnicas: Considerando-se a realidade de muitos hospitais brasileiros, em que muitos

pacientes iniciam o período de internação na unidade de emergência, às vezes lá permanecendo internados por vários dias, as unidades de emergência também devem realizar censos hospitalares.

Entrada:

É a entrada do paciente na unidade de internação, por internação, incluindo as transferências

externas, ou por transferência interna.

Termos relacionados: internação, transferência interna, transferência externa.

Saída:

É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência

externa ou óbito. As Transferências internas não são consideradas saídas para os cálculos das estatísticas hospitalares.

Termos equivalentes: egresso hospitalar, paciente egresso.

Termos relacionados: alta, evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa, óbito hospitalar, óbito institucional.

Notas técnicas: as saídas por alta ou transferência são consideradas saídas com parecer médico favorável e as saídas por evasão ou desistência do tratamento são consideradas saídas com parecer médico desfavorável.

Alta:

Ato médico que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, ou seja, a finalização da internação hospitalar. O paciente pode receber alta curado, melhorado ou com seu estado de saúde inalterado. O paciente poderá, caso necessário, passar a receber outra modalidade de assistência, seja no mesmo estabelecimento, em outro ou no próprio domicílio.

Termos relacionados: saída.

Evasão:

É a saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado.

Termos relacionados: saída.

Desistência do tratamento:

É a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente.

Termos equivalentes: alta a pedido.

Termos relacionados: saída.

Notas técnicas: alta a pedido foi considerada sinônimo de desistência do tratamento, tendo em vista que, visando a melhor utilização dos recursos hospitalares, todo paciente que se encontra internado em hospital deve estar internado por alguma condição médica que exija tratamento ou observação hospitalar. Logo, se o paciente pede alta, ele está desistindo do tratamento proposto para a condição médica que motivou a internação.

Transferência interna:

Mudança de um paciente de uma unidade de internação para outra dentro do mesmo hospital. O paciente não recebe alta e não é realizada nova internação, ou seja, toda a permanência de um paciente dentro de um hospital corresponde a uma única internação.

Termos relacionados: saída, transferência externa.

Notas técnicas: As transferências internas não são consideradas saídas para o cálculo das

estatísticas hospitalares, de forma a evitar a contabilização da saída de um mesmo paciente duas vezes.

Transferência externa:

Mudança de um paciente de um hospital para outro.

Termos relacionados: saída, transferência interna.

Óbito hospitalar:

É aquele que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos

procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não.

Termos relacionados: saída, óbito institucional.

Notas técnicas: os óbitos de pessoas que chegam mortas ao hospital não são considerados óbitos hospitalares.

Óbito institucional:

É aquele que ocorre em até 24 horas após a admissão hospitalar do paciente.

Termos relacionados: saída, óbito hospitalar.

Notas técnicas: Em decorrência do aumento da resolutividade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, considera-se 24 horas tempo suficiente para que a ação terapêutica e consequente responsabilidade do hospital seja efetivada.

Hospital Dia:

Unidade hospitalar onde os pacientes recebem cuidados de saúde de forma programada, permanecendo durante o dia sob cuidados médicos e não requerendo estadia durante a noite.

Notas técnicas: Não confundir os leitos de Hospital Dia, que são leitos hospitalares de observação, com a unidade de medida leitos-dia.

Reinternação:

É a internação de um paciente num hospital dentro de um período de tempo definido após a alta deste paciente do mesmo hospital.

Notas técnicas: A definição do período de tempo dentro do qual uma nova internação é chamada de reinternação pode variar dependendo do objetivo com que essa evento é medido.

Classificação de leitos:

Leito hospitalar de internação:

É a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço.

Termos equivalentes: leito.

Termos relacionados: leito hospitalar de observação, leito auxiliar reversível, leitos planejados, leitos instalados, leitos desativados, leitos operacionais, leitos bloqueados, leito ocupado, leito vago, leitos extras, leitos de isolamento, leitos de isolamento reverso, leitos de pré-parto, leitos de recuperação pós-cirúrgica e pós-anestésica, leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI), leitos de unidade de tratamento semi-intensivo, leito especializado, leito indiferenciado, leito de longa permanência, alojamento conjunto, berço de recém-nascido em alojamento conjunto, leito de berçário para recém-nascido sadio, leito de observação em berçário, leito de internação em berçário, leito infantil.

Notas técnicas: Não devem ser considerados leitos hospitalares de internação os leitos de

observação, incluindo os leitos de pré-parto e os leitos de recuperação pós-anestésica, os berços de alojamento conjunto, os leitos de berçário para recém-nascidos sadios, as camas destinadas a acompanhantes e funcionários do hospital e os leitos de serviços diagnósticos. Em situações excepcionais, um leito hospitalar de observação ou uma maca podem corresponder a um leito hospitalar de internação.

Notas técnicas: Os leitos de tratamento intensivo e semi-intensivo correspondem a uma parcela importante e crescente dos leitos hospitalares e grande volume de recursos é destinado a esses leitos. Não é mais uma prática viável ou recomendável o bloqueio de um leito de internação para um paciente internado em leito de tratamento intensivo ou semi-intensivo. Por essas razões, os leitos de tratamento intensivo e semi-intensivo devem ser considerados leitos hospitalares de internação.

Leito hospitalar de observação:

É o leito destinado a paciente sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas. Os leitos de hospital-dia são leitos hospitalares de observação.

Termos equivalentes: leito auxiliar

Termos relacionados: leito auxiliar reversível, leitos de hospital-dia

Notas técnicas: os leitos de observação ou auxiliares não devem ser considerados leitos hospitalares de internação, exceto quando eles estiverem sendo utilizados como leitos extras para internação ou quando os pacientes permanecerem nesses leitos por mais de 24 horas por qualquer razão.

Leito de observação reversível:

É o leito hospitalar de observação que pode ser revertido para um leito de internação em caso de necessidade.

Termos equivalentes: leito auxiliar reversível

Notas técnicas: A definição de leito de observação reversível implica que já exista por parte do hospital uma estratégia para a reversibilidade desses leitos em caso de necessidade, como por exemplo a forma de realocação de recursos humanos e de disponibilidade de recursos materiais.

Leitos planejados:

São todos os leitos previstos para existir em um hospital, levando-se em conta a área física destinada à internação e de acordo com a legislação em vigor, mesmo que parte destes leitos esteja desativada por qualquer razão.

Termos equivalentes: leitos institucionais, leitos totais.

Termos relacionados: capacidade hospitalar planejada, leitos instalados.

Leitos instalados:

Leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão.

Termos equivalentes: leitos permanentes, leitos fixos, leitos ativos.

Termos relacionados: capacidade hospitalar instalada, leitos planejados, leitos desativados, leitos operacionais.

Notas técnicas: Os leitos instalados devem corresponder aos leitos informados no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.

Leitos desativados:

Leitos que nunca foram ativados ou que deixam de fazer parte da capacidade instalada do hospital por alguma razão de caráter mais permanente, como, por exemplo, o fechamento de uma unidade do hospital.

Termos equivalentes: leitos desinstalados

Termos relacionados: leitos planejados, leitos instalados.

Notas técnicas: Os leitos bloqueados por motivos transitórios (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal) não devem ser considerados leitos desativados e sim leitos bloqueados, porque voltarão a ser leitos disponíveis tão logo se resolva o problema que deu origem ao bloqueio.

Notas técnicas: Se o hospital não tem condição de manter certo número de leitos em funcionamento, esses leitos devem ser desativados, e essa informação deve ser atualizada no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.

Leitos operacionais:

São os leitos em utilização e os leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados.

Termos equivalentes: leitos disponíveis.

Termos relacionados: capacidade hospitalar operacional, leitos instalados, leitos desativados, leitos bloqueados.

Notas técnicas: Inclui os leitos extras que estiverem sendo utilizados.

Leitos bloqueados:

Leitos que são habitualmente utilizados para internação, mas que no momento em que é realizado o censo não podem ser utilizados por qualquer razão (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal).

Termos equivalentes: leitos indisponíveis, leitos interditados.

Termos relacionados: leitos operacionais.

Notas técnicas: A falta de roupa de cama limpa não deve ser considerada motivo de bloqueio de leito.

Leito ocupado:

Leito que está sendo utilizado por um paciente.

Termos relacionados: leito vago.

Notas técnicas: Se um paciente está internado em um leito, porém se encontra temporariamente fora do mesmo, por exemplo para a realização de um exame ou procedimento cirúrgico, o leito é considerado ocupado, desde que o paciente vá retornar para aquele leito após o término do procedimento.

Notas técnicas: Um leito é considerado ocupado até a saída efetiva do paciente deste leito.

Leito vago:

Leito que está em condições de ser ocupado, mas que não está sendo utilizado por um paciente no momento do censo.

Termos equivalentes: leito desocupado, leito disponível.

Termos relacionados: leito ocupado.

Notas técnicas: Os leitos extras desocupados não são considerados leitos vagos.

Leitos extras:

Camas ou macas que não são habitualmente utilizados para internação, mas que por qualquer razão são ativados, seja em áreas que habitualmente não seriam destinadas à internação, seja em áreas que passam a comportar mais leitos do que normalmente comportam, mesmo que esses leitos sejam disponibilizados em condições diferentes das habituais.

Termos relacionados: capacidade hospitalar de emergência, capacidade hospitalar operacional.

Notas técnicas: a utilização de leitos extras implica que a capacidade operacional da unidade onde se localizam os leitos extras está sendo aumentada.

Leitos de isolamento:

Leitos de internação instalados em ambiente dotado de barreiras contra contaminação e destinados à internação de pacientes suspeitos ou portadores de doenças transmissíveis.

Termos relacionados: leitos de isolamento reverso.

Leitos de isolamento reverso:

Leitos de internação instalados em ambiente dotado de barreiras contra contaminação e destinados à proteção de pacientes altamente susceptíveis a infecções, como os imunodeprimidos e grandes queimados.

Termos relacionados: leitos de isolamento.

Leitos de pré-parto:

Leitos auxiliares localizados nas salas de pré-parto e que são utilizados pelas pacientes durante o trabalho de parto até o momento da realização do parto.

Leitos de recuperação pós-cirúrgica e pós-anestésica:

Leitos auxiliares destinados à prestação de cuidados pós-anestésicos ou pós-cirúrgicos imediatos a pacientes egressos do bloco cirúrgico e que são utilizados por esses pacientes até que eles tenham condições de serem liberados para o leito de internação.

Leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI):

Leitos destinados ao tratamento de pacientes graves e de risco que exigem assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

Termos relacionados: leitos de unidade de tratamento semi-intensivo.

Leitos de unidade de tratamento semi-intensivo:

Leitos destinados à internação de pacientes que não necessitam de cuidados intensivos, mas que ainda requerem atenção especial diferenciada da adotada na unidade de internação.

Termos relacionados: leitos de unidade de tratamento intensivo.

Leito especializado:

Leito hospitalar destinado a acomodar pacientes de determinada especialidade médica.

Termos relacionados: leito indiferenciado.

Leito indiferenciado:

Leito hospitalar destinado a acomodar pacientes de qualquer especialidade médica.

Termos equivalentes: leito não especializado

Termos relacionados: leito especializado.

Leito de longa permanência:

Leito hospitalar cuja duração média de internação é maior ou igual a 30 (trinta) dias.

Notas técnicas: A definição de leitos de curta permanência como aqueles em que a média de internação é menor que 30 dias foi excluída por acreditarmos que tal definição estaria em desacordo com as políticas de redução de média de permanência definidas pelo Ministério da Saúde.

Alojamento conjunto:

Modalidade de acomodação em que o recém-nascido sadio permanece alojado em berço contíguo ao leito da mãe, 24 horas por dia, até a saída da mãe do hospital.

Termos relacionados: berço de recém-nascido em alojamento conjunto, leito de observação em berçário.

Berço de recém-nascido em alojamento conjunto:

Berço destinado ao recém-nascido sadio em regime de alojamento conjunto e localizado junto ao leito da mãe.

Termos relacionados: alojamento conjunto, leito de berçário para recém-nascido sadio.

Notas técnicas: Não são contabilizados como leitos hospitalares de internação.

Leito de berçário para recém-nascido sadio:

Berço destinado ao recém-nascido sadio e localizado em berçário, longe do leito da mãe.

Termos relacionados: alojamento conjunto, berço de recém-nascido em alojamento conjunto.

Notas técnicas: Não são contabilizados como leitos hospitalares de internação.

Leito de observação em berçário:

Berço auxiliar para observação das primeiras horas de vida do recém-nascido, por um período

máximo de 24 horas, até que ele seja liberado para o berço do alojamento conjunto ou leito de berçário para recém-nascido sadio ou então internado em um leito de internação em berçário.

Termos relacionados: alojamento conjunto, berço de recém-nascido em alojamento conjunto, leito de berçário para recém-nascido sadio, leito de internação em berçário.

Notas técnicas: A partir de 24 horas de permanência do recém-nascido em berço que não seja o berço de recém-nascido em alojamento conjunto ou o leito de berçário para recém-nascido sadio, esse berço deve ser considerado um leito extra de internação em berçário.

Leito de internação em berçário:

Berço destinado a alojar recém-nascidos prematuros ou que apresentem patologias que necessitem de tratamento hospitalar.

Termos relacionados: leito de observação em berçário.

Notas técnicas: A situação do recém-nascido é uma situação singular dentre os pacientes de um hospital. O recém-nascido normal não é formalmente internado e portanto não é formalmente um paciente hospitalar. Por outro lado, o recém-nascido patológico é internado e às vezes passa um longo período dentro do hospital. As normas específicas de internação de recém-nascidos podem variar de hospital para hospital.

Leito infantil:

Leito de internação destinado à internação de crianças enfermas, até o limite de idade definido pelo hospital.

Notas técnicas: o limite de idade para internação em leitos infantis pode variar de hospital para hospital.

Medidas hospitalares

Dia hospitalar:

É o período de 24 horas compreendido entre dois censos hospitalares consecutivos.

Termos relacionados: censo hospitalar diário

Notas técnicas: Em um hospital específico, o horário de fechamento do censo deve ser o mesmo todos os dias e em todas as unidades do hospital, embora o horário de fechamento do censo possa variar de hospital para hospital. Para garantir maior confiabilidade do censo, os hospitais devem fechar o censo hospitalar diário no horário que for mais adequado para as rotinas do hospital, desde que respeitando rigorosamente o mesmo horário de fechamento todos os dias para aquele hospital.

Leito-dia

Unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar.

Termos relacionados: leito hospitalar de internação, dia hospitalar

Notas técnicas: Os leitos-dia correspondem aos leitos operacionais ou disponíveis, aí incluídos os leitos extras com pacientes internados, o que significa que o número de leitos-dia pode variar de um dia para outro de acordo com o bloqueio e desbloqueio de leitos e com a utilização de leitos extras.

Variação gramatical: leitos-dia.

Paciente-dia

Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.

Notas técnicas: O dia da saída só será computado se a saída do paciente ocorrer no mesmo dia da internação.

Variação gramatical: pacientes-dia.

Leito-hora

Unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de observação por uma hora.

Variação gramatical: leitos-hora.

Paciente-hora

Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente em observação durante uma hora.

Variação gramatical: pacientes-hora.

Notas técnicas: As definições de leito-hora e paciente-hora foram incluídas para permitir avaliações da utilização dos leitos hospitalares de observação ou auxiliares em hospitais que tenham um volume considerável de atendimentos prestados nesse tipo de leito e que queiram fazer esse tipo de avaliação.

Capacidade hospitalar planejada

É a capacidade total de leitos do hospital, levando-se em conta a área física destinada à internação e de acordo com a legislação em vigor, mesmo que parte destes leitos esteja desativada por qualquer

razão.

Termos equivalentes: capacidade hospitalar institucional, capacidade hospitalar total.

Termos relacionados: leitos planejados, capacidade hospitalar instalada, capacidade hospitalar operacional.

Capacidade hospitalar instalada

É a capacidade dos leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão.

Termos relacionados: leitos instalados, capacidade hospitalar planejada, capacidade hospitalar operacional.

Notas técnicas: A capacidade hospitalar instalada deve corresponder ao número de leitos informados no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.

2.3.8 - Capacidade hospitalar operacional

É a capacidade dos leitos em utilização e dos leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados.

Termos relacionados: leitos operacionais, capaci

dade hospitalar planejada, capacidade hospitalar operacional.

Notas técnicas: Os leitos extras desocupados não são fazem parte da capacidade hospitalar

operacional.

Notas técnicas: as capacidades hospitalares auxiliares institucional, instalada e operacional podem ser definidas à semelhança das definições anteriores, quando for do interesse do hospital analisar essas informações para os leitos hospitalares de observação ou auxiliares.

Capacidade hospitalar de emergência

Somatória dos leitos que podem ser disponibilizados dentro de um hospital, em circunstâncias

anormais ou de calamidade pública.

Termos relacionados: leitos extras, capacidade hospitalar instalada, leitos instalados.

Notas técnicas: esta medida corresponde à soma da capacidade instalada e do número de leitos extras que podem ser instalados, aí incluídos os leitos auxiliares reversíveis.

ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DOS INDICADORES:

Nome do indicador	Total de Pacientes-dia
Fórmula de cálculo	*Soma dos pacientes-dia no período*
Unidade de medida	Pacientes-dia
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	Paciente-dia representa o número de pacientes internados durante 1 dia hospitalar em um leito operacional da Instituição[1]. O número de pacientes-dia no mês é representado pela somatória de pacientes-dia de cada dia do mês. Para isso, deve-se utilizar o censo 00:00 hora de cada dia. A padronização é preconizada baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria nº312 /2002 do Ministério da Saúde. Definições relacionadas: Leito Operacional: Leito ocupado ou passível de ocupação na Instituição. É calculado pela fórmula: *Leitos instalados – leitos bloqueados.* Leitos instalados: Todos os leitos de internação da Instituição. Leitos Bloqueados: Leitos que estão impossibilitados de uso por isolamento de contato de paciente ou manutenção.
Numerador	É a somatória de pacientes-dia do hospital no período de um mês.
Denominador	NA
Coleta de dados	**Numerador:** Passo 1: são contados todos os pacientes internados em cada dia hospitalar por meio da realização de censo diário. Passo 2: são somados todos os pacientes internados a cada dia no período selecionado. Exemplo: dia 1 = 34 pacientes-dia, dia 2 = 41 pacientes-dia. Neste exemplo, o cálculo do paciente-dia no período de dois dias seria: 34+41 = 75 pacientes-dia. **Registro:** A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual, conforme estrutura disponível na instituição.

Alimentação	Automática (informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente
Meta	Monitoramento
Benchmark	Definir outras instituições de porte semelhante para comparação.
Importância do indicador	Avalia a eficiência da gestão dos leitos operacionais do hospital. Importante para o cálculo de outros indicadores hospitalares.
Interpretação	Queda no indicador indica existência de leitos ociosos acima do esperado, devendo ser analisado o motivo causal deste evento, como problemas de planejamento, dificuldade de internações externas ou dos processos de admissão de pacientes para os leitos de internação a partir do setor da Emergência.
Validação	Se a geração do dado for automática, pode ser validado pela contagem manual *in loco* de todos os pacientes internados em cada dia do mês no mesmo horário e os resultados de cada dia serão somados no final do mês. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos no Sistema informatizado e na contagem manual. Se a coleta de dados for manual, pode ser validada pela contagem do censo diário de dois avaliadores independentes. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos nas duas contagens. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. Ministério da Saúde. **Taxa de ocupação operacional geral (E-EFI-01)**. V1.01. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2012. 4p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-01.pdf Acesso em: 01/04/2016. 2. Ministério da Saúde. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32p. (Série A. normas e Manuais Técnicos).
Observações	Siglas NA: Não se aplica.

Nome do indicador	Taxa de Ocupação Operacional
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Soma do número de pacientes - dia no período}}{\text{Soma do número de leitos operacionais - dia do período}} \times 100$
Unidade de medida	%
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	Paciente-dia representa o número de pacientes internados durante 1 dia hospitalar em um leito operacional[1]. O número de pacientes-dia no mês é representado pela somatória de pacientes-dia de cada dia do mês. Para isso, deve-se utilizar o censo 00:00 hora de cada dia. A padronização é preconizada baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria nº312 /2002 do Ministério da Saúde. Leito Operacional: leito ocupado ou passível de ocupação na instituição[1]. É calculado pela fórmula: *Leitos instalados – leitos bloqueados.* Definições relacionadas: Leitos instalados: todos os leitos de internação da instituição. Leitos bloqueados: leitos que, mesmo que momentaneamente, estão impossibilitados de uso por isolamento de paciente ou manutenção.
Numerador	É a somatória do número de pacientes-dia do hospital no período de um mês. Ou seja, cada paciente ocupando um leito operacional por um dia, representa 1 paciente-dia.
Denominador	É a disponibilidade de um leito hospitalar operacional por um dia hospitalar durante o período de um mês. Ou seja, se existe 1 passível de ser utilizado por um período de 30 dias, representa 30 leitos-dia.
Coleta de dados	**Numerador:** Passo 1: são contados todos os pacientes internados por cada dia hospitalar por meio da realização de censo diário. Passo 2: são somados todos os pacientes internados a cada dia no período selecionado. Exemplo: dia 1 = 34 pacientes-dia, dia 2 = 41 pacientes-dia. Neste exemplo, o cálculo do paciente dia no período de dois dias seria: 34+41 = 75 pacientes-dia. **Denominador:** Passo 1: são contados todos os leitos operacionais por cada dia hospitalar por meio da realização de censo diário. Passo 2: são somados todos os leitos operacionais a cada dia hospitalar em determinado período. Exemplo: dia 1 = 62 leitos, 2 bloqueados por isolamento, total de leitos operacionais: 62 – 2 = 60 leitos operacionais. Dia 2 = 62 leitos, 1 bloqueado por manutenção, total de leitos operacionais ficaria: 62 – 1 = 61 leitos operacionais A taxa de ocupação, nos exemplos acima, seria calculada da seguinte forma = $\frac{34+41}{60+61} \times 100 = 61{,}9\%$. **Registro:** A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual,conforme estrutura disponível na instituição.

Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (*Benchmark*).
Benchmark	75% a 85% (QUALISS - ANS 2014)[2]. Média anual de 2015: 79,3% (ANAHP, 2016)[3].
Importância do indicador	Avalia a eficiência da gestão dos leitos operacionais do hospital.
Interpretação	Taxa de ocupação baixa indica existência de leitos ociosos acima do esperado, devendo ser analisado o motivo causal deste evento, como problemas de planejamento, dificuldade de internações externas ou dos processos de admissão de pacientes para os leitos de internação a partir do setor da Emergência.
Validação	Se a geração do dado for automática, pode ser validado pela contagem manual *in loco* de todos os pacientes internados em cada dia do mês no mesmo horário e pela contagem do número de leitos operacionais. Os resultados de cada dia serão somados no final do mês. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos no sistema informatizado e na contagem manual. Se a coleta de dados for manual, pode ser validada pela contagem do censo diário (paciente-dia e leitos operacionais) de dois avaliadores independentes. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos nas duas contagens. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. Brasil. Portaria nº 1101/GM, 2002. **Parâmetros Assistenciais do SUS**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html Acesso em: 01/04/2016. 2. Ministério da Saúde. **Taxa de Ocupação Operacional Geral (E-EFI-01)**. V1.01. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012. 4p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-01.pdf Acesso em: 07/04/2014. 3. ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório ANAHP**. 8ed. São Paulo: 2016. 132p.

Nome do indicador	Número de Internações Hospitalares
Fórmula de cálculo	*Soma do número de internações hospitalares no período*
Unidade de medida	Pacientes
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Numerador	Número de internações durante o período de um mês, em leitos de internação.
Conceituação	O número de internações diz respeito ao número de pacientes admitidos nas Unidades de Internação da Instituição em cada dia. O indicador será a soma de todas as internações do período de um mês. O número de internações reflete em outros indicadores como Paciente-dia e Taxa de Ocupação.
Denominador	Não se aplica.
Coleta de dados	**Numerador:** Passo 1: são contadas todas as internações diárias em leitos das Unidades de Internação. Passo 2: são somadas todas as internações diárias em leitos das Unidades de Internação no período selecionado. Exemplo: dia 1 = 12 internações, dia 2 = 8 internações. Neste exemplo, o total de internações no período seria de 20 pacientes. **Denominador:** Não se aplica. **Registro:** A coleta de dados pode ser realizada de forma informatizada ou manual, conforme a estrutura disponível na instituição.
Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente

Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (*Benchmark*). Sofrerá influência das metas de Taxa de Ocupação e de Tempo Médio de Permanência.
Benchmark	Para uma Taxa de Ocupação = 80%:[1] Clínica médica: 56,15/leito/ano Pediatria: 48,66/leito/ano Geral: 48,82/leito/ano
Importância do indicador	Avalia a demanda local e externa por leitos de internação.
Interpretação	Alta progressiva do indicador além da meta pode indicar aumento de demanda local e/ou externa e a necessidade de planejamento de expansão da capacidade instalada do hospital ou desenvolvimento de estratégias de redirecionamento dos pacientes na rede de assistência municipal. Quedas persistentes no indicador podem decorrer da busca da população local por outros serviços de atenção à saúde, limitação diagnóstica e terapêutica do hospital com encaminhamento dos pacientes para outras instituições da rede.
Validação	Pode ser validado pela comparação do número de internações obtidas por contagem manual/informatizada com os dados do faturamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) na alta hospitalar. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos no Sistema informatizado e na contagem manual.
Referência bibliográfica	1. Brasil. Portaria n.º 1101/GM, 2002. **Parâmetros Assistenciais do SUS**. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm Acesso em: 01/04/2016.

Nome do indicador	Tempo Médio de Permanência em Leito de Internação
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Soma do número de pacientes - dia no período}}{\text{Soma do número de saídas hospitalares no período}}$
Unidade de medida	Dias
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	Este indicador representa a relação numérica entre o total de pacientes-dia num determinado período e o total de saídas (altas) hospitalares no mesmo período. Definições relacionadas: Paciente-dia[a]: representa o número de pacientes internados durante 1 dia hospitalar em um leito operacional da Instituição O número de pacientes-dia no mês é representado pela somatória de pacientes-dia de cada dia do mês. Para isso, deve-se utilizar o censo 00:00 hora de cada dia. A padronização é preconizada baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria nº312 /2002 do Ministério da Saúde. [a]Nota: Ver indicador paciente-dia.
Numerador	É a somatória de pacientes-dia do hospital no período de um mês. Ou seja, cada paciente internado ocupando um leito operacional por um dia, representa 1 paciente-dia.
Denominador	É o somatório das saídas hospitalares no período de um mês. Critérios de inclusão: • Alta (curado, melhorado ou inalterado); • Evasão; • Desistência do tratamento; • Transferência externa; • Óbito. Critério de exclusão: • Não há.
Coleta de dados	**Numerador:** Passo 1: são contados todos os pacientes internados por dia hospitalar por meio da realização de censo diário. Passo 2: são somados todos os pacientes internados dia a dia no período. Exemplo: dia 1 = 34 pacientes-dia, dia 2 = 35 pacientes-dia. Neste exemplo, o número de pacientes-dia seria 34+35 = 69 pacientes-dia. **Denominador:** Passo 1: são contados todas as saídas hospitalares dos pacientes internados em leitos operacionais[1] durante o período. Passo 2: são somados todas as saídas no período de um mês. **Registro**: A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual, conforme estrutura disponível na instituição.

Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Inversamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (*Benchmark*).
Benchmark	Média anual de 2015: 4,2 dias (ANAHP, 2016)[3]. Hospitais de médio porte: 3 a 4 dias (QUALISS – ANS, 2014)[4].
Importância do indicador	É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional e a boas práticas clínicas.
Interpretação	Este indicador é apresentado em dias. Representa a média do tempo de internação dos pacientes no período de um mês. O tempo médio de internação pode variar devido ao tipo de internação, à complexidade do atendimento, à faixa etária e a comorbidades clínicas. Espera-se que este indicador esteja abaixo da meta. Em hospitais que internam predominantemente pacientes agudos, a média de permanência varia entre 3 e 5 dias. Metas recomendadas de acordo com o porte do hospital[4]: Porte I (pequeno porte) – 2 a 3 dias. Porte II (médio porte) – 3 a 4 dias. Porte III (grande porte) – 4 a 5 dias.
Validação	São validados o numerador e denominador do indicador conforme descrito nas respectivas fichas técnicas. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. Ministério da Saúde. **Taxa de ocupação operacional geral (E-EFI-01).** V1.01. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012. 4p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-01.pdf Acesso em: 01/04/2016. 2. Brasil. Portaria n.º 1101/GM, 2002. **Parâmetros Assistenciais do SUS**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html Acesso em: 01/04/2016. 3. ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório ANAHP.** 4ed. São Paulo: 2016. 132p. 4. Ministério da Saúde. **Média de permanência geral (E-EFI-05).** V1.02. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2013. 5p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf Acesso em: 01/04/2016.

Nome do indicador	**Taxa de Pacientes Residentes na Instituição**
Fórmula de cálculo	$\frac{\textit{Soma do número de pacientes residentes no período}}{\textit{Soma do número de saídas hospitalares no período}} \times 100$
Unidade de medida	%
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	Paciente residente: paciente com permanência em leito operacional da Unidade de internação maior ou igual a 90 dias. Definições relacionadas: Leito Operacional: Leito ocupado ou passível de ocupação na Instituição. É calculado pela fórmula: *Leitos instalados – leitos bloqueados*. Leitos instalados: Todos os leitos de internação da Instituição. Leitos Bloqueados: Leitos que, mesmo que momentaneamente, estão impossibilitados de uso por isolamento de contato de paciente ou manutenção.
Numerador	É a somatória do número de pacientes residentes em leitos de internação da Instituição no período. O número de pacientes residentes é contabilizado no dia 1º de cada mês.
Denominador	É o somatório das saídas hospitalares no período. Critérios de inclusão: • Alta (curado, melhorado ou inalterado); • Evasão; • Desistência do tratamento; • Transferência externa; • Óbito. Critério de exclusão: • Não há.

Coleta de dados	**Numerador:** Passo 1: são contados todos os pacientes residentes na Instituição em cada dia hospitalar. Passo 2: são somados todos os pacientes residentes na Instituição no período. **Denominador:** Passo 1: são contados todas as saídas hospitalares dos pacientes internados em leitos operacionais[1] durante o período. Passo 2: são somados todas as saídas no período. **Registro:** A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual, conforme estrutura disponível na Instituição.
Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Inversamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (*Benchmark*).
Benchmark	Média anual de 2015: 0,7% (ANAPH, 2016)[1].
Importância do indicador	Mostra a quantidade de pacientes residentes no hospital, com internação muito prolongada (acima de 90 dias).
Interpretação	Hospitais que apresentem esse percentual acima da média terão limitação para admitir um número maior de pacientes, com impacto sobre o giro de pacientes por leito. Ações com o objetivo de desospitalizar os pacientes precisam ser implementadas nesses casos.
Validação	Se a geração do dado for automática, pode ser validado pela contagem manual de todos os pacientes residentes e saídas do mês. Os resultados serão somados no final do mês. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos no Sistema informatizado e na contagem manual. Se a coleta de dados for manual, pode ser validada pela contagem do número de pacientes residentes e número de saídas por dois avaliadores independentes. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos nas duas contagens. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório ANAHP**. 8ed. São Paulo: 2016. 132p.

Nome do indicador	Taxa de Ocupação do Centro Cirúrgico
Fórmula de cálculo	$\frac{\textit{Tempo total de uso das S.C. + Tempo total de higienização das S.C.}}{\textit{Tempo total de disponibilidade do Centro Cirúrgico para cirurgias}} \times 100$
Unidade de medida	%
População-alvo	Todas as cirurgias agendadas e realizadas no Centro Cirúrgico da Instituição.
Conceituação	Mensura uso da capacidade instalada do Centro Cirúrgico da Instituição. É representado como taxa, pois avalia a razão entre o total de tempo utilizado sobre o total de tempo disponível para procedimentos cirúrgicos. Definições relacionadas: Sala Cirúrgica: sala localizada no Centro Cirúrgico da Instituição onde são realizados procedimentos cirúrgicos. Tempo Total de Uso das Salas Cirúrgicas (S.C.): tempo (minutos) decorrido do início até o final a cirurgia. Tempo total de limpeza das Salas Cirúrgicas (S.C.): tempo (minutos) decorrido do início até o final da higienização da sala cirúrgica.
Numerador	É a somatória do tempo total de uso das Salas Cirúrgicas com o tempo total de higienização das Salas Cirúrgicas.
Denominador	É representado pelo tempo total de disponibilidade das Salas Cirúrgicas para a realização de cirurgias.
Coleta de dados	**Numerador:** Passo 1: são somados os tempos de todas as cirurgias realizadas nas salas do Centro Cirúrgico da Instituição a cada dia no período. Passo 2: são somados os tempos de higienização das salas do Centro Cirúrgico da Instituição a cada dia no período. Passo 3: São somados os tempos de cirurgias aos tempos de higienização das salas Cirúrgicas no período. Exemplo: Tempo de uso das Salas Cirúrgicas: dia 1 = 240 minutos, dia 2 = 360 minutos. Neste exemplo, o tempo total de uso das Salas Cirúrgicas no período de dois dias seria: 240+360 = 600 minutos. Tempo de higienização das Salas Cirúrgicas: dia 1 = 120 minutos, dia 2 = 150 minutos. Neste exemplo, o tempo total de higienização das Salas Cirúrgicas seria de: 120 + 150 = 270 minutos. **Denominador:** Passo 1: são somados os tempos de disponibilidade do Centro Cirúrgico da Instituição a cada dia no período. Exemplo: dia 1 = 720 minutos (12 horas), dia 2 = 720 minutos (12 horas). Neste exemplo, o tempo total de disponibilidade do Centro Cirúrgico no período de dois dias seria: 720+720 = 1.440. Nota: Para o cálculo do tempo total de disponibilidade do Centro Cirúrgico não serão consideradas as Salas Cirúrgicas bloqueadas. A taxa de utilização das Salas Cirúrgicas, nos exemplos acima, seria calculada da seguinte forma: $= \frac{600 \times 270}{1440} \times 100 = 60{,}4\%$. **Registro:** A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual,conforme estrutura disponível na instituição.

Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (*Benchmark*).
Benchmark	Definir outras instituições de porte semelhante para comparação.
Importância do indicador	Avalia a eficiência da gestão do uso das Salas Cirúrgicas disponíveis na Instituição.
Interpretação	Taxa de utilização baixa indica ociosidade da capacidade instalada. A não realização dos procedimentos cirúrgicos pode ocorrer devido a problemas de infraestrutura ou processos, por exemplo: • Sala Cirúrgica em manutenção; • Falta de profissionais; • Atraso no horário de realização procedimento; • Erro no agendamento do procedimento cirúrgico.
Validação	Se a geração do dado for automática, pode ser validado pelo registro manual das cirurgias realizadas e agendadas no período. Os resultados de cada dia serão somados no final do mês. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de cirurgias realizadas e agendadas entre o sistema informatizado e a contagem manual. Se a coleta de dados for manual, pode ser validada pela contagem do registro de cirurgias realizadas e agendadas de dois avaliadores independentes. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de agendamentos e cirurgias realizadas nas duas contagens. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. Nepote, Maria Helena Aoki et al., **Associação entre os índices operacionais e a taxa de ocupação de um centro cirúrgico geral.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.17 no.4. 2009. 529-534.

Nome do indicador	Índice de Intervalo de Substituição
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Taxa de Desocupação X Tempo Médio de Permanência em dias}}{\text{Taxa de Ocupação}}$
Unidade de medida	Dias
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	Este indicador é representado na forma de índice, pois relaciona o percentual de ocupação com a média de permanência (tempo). Definições relacionadas: Taxa de desocupação: Representa o percentual de leitos operacionais vagos no período. Calculado pela fórmula: *100 (%) – Taxa de Ocupação (%)*[a]. Taxa de ocupação[a]: Representa a relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia, num determinado período. Tempo médio de permanência[b]: É a relação numérica entre o total de pacientes-dia num determinado período, e o total de saídas no período. [a]Nota: Ver indicador de taxa de ocupação. [b]Nota: Ver indicador de tempo médio de permanência.
Numerador	É representado pela relação do percentual de desocupação da Unidade de Internação com o tempo médio de permanência de pacientes internados na Unidade de Internação.
Denominador	É a taxa de ocupação do Hospital no período.
Coleta de dados	**Numerador:** Passo 1: são contados todos os pacientes internados em cada dia hospitalar por meio da realização de censo diário. Passo 2: são somados todos os pacientes internados a cada dia no período selecionado. Ex: dia 1 = 34 pacientes-dia, dia 2 = 41 pacientes-dia. Neste exemplo, o cálculo do paciente-dia no período de dois dias seria: 34+41 = 75 pacientes-dia. Exemplo: Hospital com 50 leitos, com média de permanência de 7 dias e taxa de ocupação de 85%. Taxa de desocupação = 100 – 85 = 15%. O índice de intervalo de substituição, no exemplo acima, seria calculado da seguinte forma: Índice de Intervalo de Substituição = $\frac{15 \times 7}{85}$ = 1,24 dias. **Registro:** A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual, conforme estrutura disponível na instituição.

Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (*Benchmark*).
Benchmark	Média anual de 2015: 1,1 dias (ANAPH, 2016)[3].
Importância do indicador	Assinala o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação do processo de trabalho dos colaboradores das unidades de internação hospitalar.
Interpretação	Tempos elevados significam ociosidade de capacidade instalada, pois nesse intervalo não há paciente utilizando o leito hospitalar, sendo necessário avaliar possíveis ineficiências nos processos de admissão e alta hospitalar.
Validação	São validados o numerador e o denominador do indicador, conforme descrito nas respectivas fichas técnicas. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. Zucchi, Paola et al. **Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo.** Volume 4 Número 5. Revista Panamericana de Salud Pública. 1998. 311-316. 2. Ministério da Saúde. **Conceitos e definições em Saúde.** Brasília: Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. 1977. 39p. 3. ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório ANAHP.** 8ed. São Paulo: 2016. 132p.

Nome do indicador	Índice de Renovação *ou* Índice de Giro de Leitos
Fórmula de cálculo	$\frac{\textit{Número de saídas no período}}{\textit{Média do número de leitos operacionais no período}}$
Unidade de medida	Paciente por leito.
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	É a relação entre o número de pacientes que saíram do hospital (altas e óbitos) durante determinado período e o número de leitos postos à disposição, no mesmo período. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado[1]. Definições relacionadas: Leito Operacional: Leito ocupado ou passível de ocupação na Instituição[1]. É calculado pela fórmula: *Leitos instalados – leitos bloqueados*. Leito Instalado: Todos os leitos da Instituição. Leito Bloqueado: Leitos que, mesmo que momentaneamente, estão impossibilitados de uso por isolamento de contato de paciente ou manutenção. *Nota técnica: Inclui o leito extra que estiver sendo utilizado.
Numerador	É o somatório das saídas hospitalares no período de um mês. Critérios de inclusão: • Alta (curado, melhorado ou inalterado); • Evasão; • Desistência do tratamento; • Transferência externa; • Óbito. Critério de exclusão: • Não há.
Denominador	É a média do número de leitos operacionais por dia no período de um mês.
Coleta de dados	**Numerador:** Passo 1: são contados todas as saídas hospitalares dos pacientes internados em leitos operacionais[1] durante o período selecionado. Passo 2: são somados todas as saídas no período selecionado. **Denominador:** Passo 1: são contados todos os leitos operacionais por cada dia hospitalar por meio da realização de censo diário. Passo 2: são somados todos os leitos operacionais em cada dia em um determinado período. Passo 3: Calcula-se a média de leitos operacionais para o período. Exemplo: dia 1 = 62 leitos, 2 bloqueados por isolamento, total de leitos operacionais: 62 – 2 = 60 leitos operacionais. Dia 2 = 62 leitos, 1 bloqueado por manutenção, total de leitos operacionais ficaria: 62 – 1 = 61 leitos operacionais. Média de leitos operacionais no período: $\frac{60+61\ leitos}{2\ dias} = 60{,}5$ leitos. **Registro:** A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual, conforme estrutura disponível na instituição.

Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (*Benchmark*).
Benchmark	Média anual de 2015: 5,6 pacientes (ANAPH, 2016)[3].
Importância do indicador	Mostra a eficiência do uso da capacidade instalada, indicando quantos pacientes utilizaram o mesmo leito no período de um mês.
Interpretação	Valores abaixo do esperado indicam uso ineficiente da capacidade instalada e ações precisam ser tomadas para resolver o problema. Paralelamente, é esperado observar aumento do Tempo Médio de Permanência, que também é um indicador de eficiência do uso dos leitos.
Validação	Se a geração do dado for automática, pode ser validado pela contagem manual das saídas do período e do número de leitos operacionais do período. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos no Sistema informatizado e na contagem manual. Se a coleta de dados for manual, pode ser validada pela contagem do número de saídas e número de leitos operacionais por dois avaliadores independentes. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos nas duas contagens. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. Zucchi, Paola et al. **Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo.** Volume 4 Número 5. Revista Panamericana de Salud Pública. 1998. 311-316. 2. Ministério da Saúde. **Conceitos e definições em Saúde.** Brasília: Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. 1977. 39p. 3. ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório ANAHP.** 8ed. São Paulo: 2015. 132p.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
22/07/19	001	Alteração da codificação dos documentos

APROVAÇÃO

Nome emissor: **Ass. Emissor:**	**Nome aprovador:** **Ass. Aprovador:**

1.6 NÚCLEO SEGURANÇA DO PACIENTE

1.6.1 Protocolo - DI.009.NSP REGIMENTO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

1. CAPÍTULO I

1.1. Da natureza e finalidade

1.1.1. Art. 1º Este regimento atende às normas instituídas pela ANVISA, autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados à disposição do consumidor. Considerando o teor da Resolução RDC nº - 63 de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde; considerando o teor da Resolução RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviço de saúde e dá outras providências. Considerando que desenvolve e opera por meio de processos seguros, revela responsabilidade e comprometimento com a segurança dos pacientes e colaboradores, com a ética profissional, com os procedimentos que realiza. Considerando que a Organização Nacional de Acreditação visa a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

1.1.2. Art. 2º - O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa.

1.1.3. Art. 3º - O NQSP tem por finalidade assessorar a Diretoria do Hospital, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

1.1.4. Art. 4º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

1.1.5. Art. 5º Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a

gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

1.1.6. Art. 6º Considerar-se dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

1.1.7. Art. 7º Evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde.

1.1.8. Art. 8º Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.

1.1.9. Art. 9º O Núcleo de Segurança do Paciente visa a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem, contribuindo na elaboração e na avaliação das barreiras dos riscos da organização, bem como a elaboração de relatórios que apontem falhas e oportunidades de melhorias dos processos.

1.1.10. Art. 10º O Núcleo de Segurança do Paciente é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

1.1.11. Art. 11º A criação do PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE em serviços de saúde apontará as situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

1.1.12. Art. 12º Define que a segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

1.1.13. Art. 13º Conceitua-se serviço de saúde como sendo o estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade.

2. CAPÍTULO II

2.1. Do núcleo de segurança do paciente

2.1.1. Art. 14º Este Núcleo de Segurança do Paciente, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá às seguintes normas: Resolução RDC nº - 63 de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde; Resolução RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviço de saúde e dá outras providências.

3. CAPÍTULO III

3.1. Da vigilância, do monitoramento e da notificação de eventos adversos

3.1.1. Art. 9º O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo NQSP;

3.1.2. Art. 10 A notificação dos eventos adversos (com dano grave), deve ser realizada mensalmente pelo NQSP, até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

3.1.3. Parágrafo único - Os eventos adversos que evoluírem para óbito serão enviados para Comissão de óbito da Unidade, para investigação, com um prazo de dois dias uteis para retorno. Devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

4. CAPÍTULO IV

4.1. Dos princípios e diretrizes

4.1.1. Art.15º Princípios e diretrizes do NQSP:

4.1.1.1. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;

4.1.1.2. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

4.1.1.3. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

4.1.1.4. A disseminação sistemática da cultura de segurança;

4.1.1.5. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

4.1.1.6. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;

4.1.1.7. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

4.1.2. Art. 16º Competências do Núcleo de Segurança do Paciente:

4.1.2.1. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;

4.1.2.2. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes.

4.1.2.3. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

4.1.2.4. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

4.1.2.5. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

4.1.2.6. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

4.1.2.7. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

4.1.2.8. Apoiar no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente.

5. CAPITULO V

5.1. Dos deveres e responsabilidades

5.1.1. Art. 17º Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade seguindo os seguintes princípios:

5.1.1.1. Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;

5.1.1.2. Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde:

5.1.1.3. Proteção à identidade do notificador;

5.1.1.4. Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

5.1.1.5. Foco nos processos durante a apuração dos fatos e no processo decisório.

5.1.2. Art. 18º Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes ao abrir o item de pauta.

5.1.3. Art. 19º As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

5.1.4. Parágrafo Único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Presidente do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Diretoria.

6. CAPÍTULO VI

6.1. Das atribuições

6.1.1. Art. 20º Os membros do Núcleo têm por atribuições:

6.1.1.1. Ao Presidente, atribuem-se:

6.1.1.1.1. Convocar e presidir as reuniões.

6.1.1.1.2. Dirigir os trabalhos do NQSP.

6.1.1.1.3. Representar o NQSP perante a Diretoria, setores e órgãos competentes.

6.1.1.1.4. Assinar toda a documentação do NQSP.

6.1.1.1.5. Delegar responsabilidades e atribuir tarefas para os membros do NQSP.

6.2. Vice-presidente, atribuem-se:

Auxiliar o presidente nas funções estabelecidas neste regimento, bem como substituí-lo em casos de indisponibilidade de comparecimento às reuniões ordinárias e/ou extraordinárias.

6.2.1.1. Ao Secretário, atribuem-se:

6.2.1.1.1. Preparar os materiais necessários para as reuniões;

6.2.1.1.2. Comparecer às reuniões convocadas.

6.2.1.1.3. Registrar em atas todas as reuniões do NQSP e colher as assinaturas dos participantes.

6.2.1.1.4. Cuidar do controle e arquivo dos documentos do NQSP.

6.2.1.1.5. Colaborar com os trabalhos do NQSP.

6.2.1.2. Aos demais membros, atribuem-se:

6.2.1.2.1. Comparecer às reuniões convocadas.

6.2.1.2.2. Colaborar com os trabalhos do NQSP.

6.2.1.2.3. Assumir as responsabilidades e tarefas delegadas pelo Presidente.

6.2.1.2.4. Divulgar as atividades e objetivos do NQSP.

7. CAPÍTULO VI

7.1. Do mandato

7.1.1. Art. 21º O mandato dos membros do NQSP terá prazo indeterminado.

7.1.2. Parágrafo Único. Independente da motivação sobre a destituição ou instituição de membros no NQSP, essa ocorrerá sob apreciação de todos os membros.

8. CAPÍTULO VIII

8.1. Das reuniões

8.1.1. Art. 22º As reuniões do NQSP serão realizadas em caráter ordinário (semanalmente), conforme determinado em cronograma específico.

8.1.2. Art. 23º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro do NQSP, de acordo com a urgência da matéria.

8.1.3. Art. 24º Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro do NQSP.

8.1.4. Art. 25º As reuniões serão realizadas com no mínimo quarenta por cento dos membros do NQSP.

8.1.5. Art. 26º De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

8.1.6. Art. 27º Todos os membros deverão estar presentes pontualmente. Em caso de impossibilidade de comparecimento, deverá ser comunicada a ausência ao NQSP.

8.1.7. Parágrafo único: Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seu critério, desde que não fira os princípios deste regimento, poderão realizar a reunião.

8.1.8. Art. 28º As reuniões do NQSP serão contabilizadas dentro da carga horária de trabalho de cada membro.

9. CAPÍTULO IV

9.1. Das deliberações e recomendações

9.1.1. Art.29º As deliberações do NQSP serão tomadas em reunião por maioria absoluta do quórum mínimo de quarenta por cento.

9.1.2. Parágrafo único. Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Presidente do NQSP.

10. CAPÍTULO XII

10.1. Das disposições finais

10.1.1. Art. 30º Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

10.1.2. Art.31º O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	ITENS REVISADOS

12. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass.emissor:	Ass. aprovador:

1.7 SCIRAS

1.7.1 Protocolo - REGIMENTO INTERNO SCIRAS

CAPÍTULO I - DA CONSTITUIÇÃO E DA COMPETÊNCIA

Art. 1º- A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) por determinação do Regimento Interno é um órgão de assessoria da Diretoria Clínica e Administrativa, sendo de sua competência:

1. Planejar, estudar e implementar ações de prevenção e controle de infecções hospitalares;

2. Implementar e desenvolver a melhoria da qualidade dos serviços e da assistência prestada ao paciente;

3. Notificar e investigar casos de doenças sob vigilância e agravos inusitados à saúde atendidos no Hospital e auxiliar na implementação de medidas de prevenção e controle das doenças de notificação compulsória de acordo com as normas do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria municipal da Saúde;

4. Racionalizar o uso de antimicrobianos no Hospital;

5. Promover educação continuada e treinamentos.

CAPÍTULO II – DA ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO

Art. 2º - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) é composta por:

1. Um Presidente indicado pelo Diretor Clínico;

2. Um Secretário;

3. Um Representante da Diretoria Administrativa;

4. Um Representante da Farmácia;

5. Um Representante do Laboratório de Microbiologia;

6. Um Representante da Chefia de Enfermagem;

7. Membros do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS).

Art 3º - O núcleo executivo da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) será formado por:

1. Um médico com experiência comprovada em controle e prevenção de infecções hospitalares;

2. Um enfermeiro com experiência em controle e prevenção de infecções hospitalares.

§ 1. Compete à Diretoria Geral e Administrativa do Hospital indicar os profissionais que farão parte da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

§2. Compete à Diretoria Geral e Administrativa do Hospital oferecer condições adequadas de infraestrutura (local adequado, material de consumo e permanente) para o funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

§ 3. O Presidente da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde terá mandato de 2 (dois) anos, sendo permitido a recondução. A indicação destes cargos ocorrerá no mês de janeiro dos anos pares.

CAPÍTULO III - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º- Do Presidente:

1. Convocar e presidir as reuniões da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

2. Estabelecer o dia para as reuniões;

3. Dirigir os trabalhos da Comissão;

4. Assinar toda documentação relacionada à Comissão;

5. Delegar responsabilidades e atribuir tarefas para os membros da Comissão.

Art. 5º- Da secretária:

1. Receber, registrar, distribuir, expedir e arquivar documentos e processos;

2. Manter o arquivo em ordem;

3. Auxiliar os membros da Comissão na aquisição, digitação e elaboração de documentos;

4. Fazer as correspondências da Comissão.

Art. 6º- Do Serviço de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (Núcleo Executivo):

Ao SCIRAS compete:

1. Elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecções Hospitalares;

2. Implantar e manter um sistema de Vigilância Epidemiológica adequado às características do Hospital;

3. Realizar investigação epidemiológica de surtos e implantar medidas de prevenção e controle;

4. Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando à prevenção e o tratamento das infecções hospitalares;

5. Aplicar medidas técnico-administrativas para controlar e prevenir a disseminação de microorganismos responsáveis por infecções hospitalares através de medidas de precauções/ isolamento;

6. Participar da elaboração do formulário terapêutico do Hospital de modo a garantir que contenha os antimicrobianos necessários para o tratamento dos processos infecciosos dos pacientes do Hospital;

7. Elaborar e implementar estratégias capazes de minimizar os riscos profissionais adquirir em microorganismos no ambiente hospitalar;

8. Atuar junto com os diversos serviços do Hospital em programas de Educação Continuada;

9. Promover uma base sistemática e integrada de análise e discussão, visando à melhoria da qualidade dos serviços, da assistência prestada ao paciente e a satisfação dos clientes;

10. Desenvolver e aplicar diretrizes clínicas práticas, protocolos, de modo a maximizar a qualidade da assistência prestada, bem como contribuir na formação de profissionais, minimizando os custos e otimizando os recursos;

11. Buscar ativamente os casos suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica e agravos inusitados à saúde atendidos no hospital (ambulatórios, enfermarias e pronto socorro) e notificá-los, a nível local, cumprindo os fluxos da Secretaria municipal de Saúde;

12. Preencher os impressos próprios do Sistema de Vigilância Epidemiológica;

13. Divulgar informações fornecidas pelo Centro de Vigilância Epidemiológica sobre comportamento epidemiológico das doenças sob vigilância, ao corpo clínico do Hospital;

CAPÍTULO IV - DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde se reunirá, no mínimo, mensalmente, em sessões abertas, com a diretoria clínica e/ou administrativa do Hospital para discussão e promoção de ações para o cumprimento do Art. 1º.

Art. 8º - As reuniões extraordinárias serão convocadas pelo Diretor Clínico ou pelo presidente, através de memorando protocolado.

Art. 9º - A Comissão deverá participar de grupos de estudos, programas regionais e nacionais de controle e prevenção de infecção hospitalar, de desenvolvimento de qualidade e de vigilância de doenças de notificação compulsória.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10 - A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 11- Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

APROVAÇÃO:

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass. emissor:	Ass. Aprovador:

1.7.2 Protocolo - PRO.003.SCIRAS USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANO

1. OBJETIVO:

1.1. Garantir o controle dos antimicrobianos a serem utilizados na instituição, bem como das condutas (guias terapêuticos e protocolos de tratamento).

1.2. Promover orientações para o uso racional de antimicrobianos terapêuticos e profiláticos, visando reduzir a ocorrência de incidentes relacionados ao uso de antimicrobianos (segurança do paciente) e minimizar custos, seleção microbiana e indução da resistência na Unidade.

1.3. Promover o uso racional de antimicrobianos, de forma a minimizar custos, seleção microbiana e indução da resistência.

1.4. Reduzir a ocorrência de incidentes relacionados ao uso de antimicrobianos (segurança do paciente).

2. APLICAÇÃO:

2.1. Este protocolo deverá ser aplicado nas diferentes áreas de atendimento ao usuário: Urgência/Emergência/Observação, Unidade de internação, UTI's, e na necessidade do uso profilático sempre que necessário.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **ATM:** Antimicrobiano.

3.2. **SCIRAS:** Serviço de Controle de Infecção Hospitalar Relacionada à Assistência à Saúde

3.4. **CCIRAS:** Comissão de Controle de Infecção Hospitalar Relacionada à Assistência à Saúde.

3.5. **Tratamento profilático:** é o nome que deriva do termo profilaxia, a qual é de origem grega *prophýlaxis* e significa cautela. Deste modo, profilático é o mesmo que prevenir algum mal ou doença por meio de ações e tratamentos específicos.

3.6. **Tratamento terapêutico:** o nome de terapêutica, por conseguinte, à especialidade médica encarregada dos meios para o tratamento de males e afecções com a finalidade de conseguir curar, tratar ou pelo menos minimizar os sintomas.

4. RESPONSABILIDADE

4.1. A responsabilidade da aplicação deste "Protocolo do uso Racional de Antimicrobianos" é dos prescritores de antimicrobianos. A verificação à adesão e eficácia deste protocolo será realizada pela Farmácia e o Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde-SCIRAS.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. Este protocolo não se aplica a pacientes que não estejam com diagnóstico clínico, laboratorial ou de imagem de infecção ou aqueles que não farão uso de antimicrobianos. Estes deverão ser excluídos do protocolo.

6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

6.1. Após realizar a prescrição médica, o médico prescritor/plantonista preencherá a solicitação de uso de antimicrobiano, contendo TODAS as informações necessárias, em duas vias. Obs: Cada antimicrobiano terá seu impresso preenchido;

6.2. O profissional de Enfermagem/ auxiliar administrativo fará a entrega da ficha ao serviço de Farmácia, que realizará a conferência se está devidamente preenchida e libera as primeiras doses do antimicrobiano. Em caso de preenchimento incompleto a ficha será devolvida ao médico para adequação, o antimicrobiano não será liberado até o preenchimento correto da ficha;

6.3. Médico auditor realizará a avaliação diária de 3ª, 4 ª e as 6ª-feiras (dias úteis) das fichas de solicitação de antimicrobianos (2 vias) entregues no setor de farmácia hospitalar (central).

6.4. A farmácia fará a liberação dos antimicrobianos por até 72 horas até a avaliação do médico auditor, exceto os medicamentos de alto custo. **Obs:** Em caso de medicamentos de alto custo: Anfotericina, Daptomicina, Vancomicina, Teicoplanina, Polimixina B e Micafungina liberação somente será feita pelo Infectologista, que estará disponível por meios alcançáveis.

6.5. Após análise da Ficha de Solicitação de ATM, assinalar o item USO AUTORIZADO ATÉ, definindo a data de uso ou assinalar o item USO NÃO AUTORIZADO, conforme a definição do caso, carimbar e assinar a Ficha de Solicitação;

6.6. Para as fichas que apresentam incoerências quanto à prescrição, dosagem, carimbo do médico solicitante ou justificativa para uso do ATM, realizar a observação pertinente na Ficha de Solicitação de Antimicrobiano, no subitem Recomendações ao profissional solicitante e o antimicrobiano será bloqueado até a adequação da prescrição pelo médico prescritor/plantonista;

6.7. Cabe ao médico prescritor/plantonista a atualização diária da prescrição médica, para que o de tempo uso de antimicrobiano seja coerente com o solicitado na ficha, se houver necessidade de prolongar o uso, o médico prescritor/plantonista deve preencher nova ficha de solicitação de antimicrobiano seguindo o mesmo fluxo, é imprescindível em prescrição médica conter o dia vigente/ dia de término;

6.8. Fazer o armazenamento das 2ª vias das fichas de antimicrobianos, após parecer do médico auditor do SCIRAS, em ordem alfabética nas pastas de consulta (autorizadas e vencidas) para a equipe da farmácia, durante dispensação dos antimicrobianos para os setores;

6.9. Providenciar o recolhimento das 1ª vias das fichas para registro de dados no livro do SCIRAS e devolução das mesmas ao prontuário do paciente com o parecer do auditor, para conhecimento do médico prescritor.

6.10. Fazer o controle dos incidentes relacionados à Prescrição de ATM, conforme descriçã a seguir, e encaminhar ao Núcleo de Segurança do Paciente:

6.10.1. POSOLOGIA ERRADA

6.10.2. DILUIÇÃO ERRADA

6.10.3. TEMPO DE USO INADEQUADO

6.10.4. APRESENTAÇÃO ERRADA

6.10.5. NÃO JUSTIFICADO/INDICAÇÃO ERRADA

6.10.6. DISCORDÂNCIA FICHA/PRESCRIÇÃO

6.10.7. DOSE MAIOR

6.10.8. DOSE MENOR

6.10.9. NOME ATM (ESCRITA ERRADA)

6.10.10. COBERTURA INADEQUADA

6.10.11. VIA DE ADMINISTRAÇÃO ERRADA

6.10.12. ASSOCIAÇÃO INADEQUADA

6.10.13. VELOCIDADE DE INFUSÃO

6.10.14. AUSÊNCIA DE ASSINATURA PRESCRITOR

6.10.15. NÃO SOLICITAÇÃO POR INFECTOLOGISTA*

6.10.16. TOTAL DE OCORRÊNCIAS

6.10.17. TOTAL DE FICHAS AVALIADAS

6.11 Obs: Antimicrobianos não padronizados pela instituição, devem primeiramente, ser avaliados pela comissão de farmácia terapêutica. Depois de padronizados, automaticamente serão incluídos na lista de antimicrobianos de uso restrito.

6.12 O antimicrobiano Cefazolina/ Cefalotina está destinado apenas para o uso profilático em cirurgia.

6.13 Indicações de antimicrobiano por patologia:

6.13.1 Infecções de pele e parte moles

Infecções de pele e parte moles			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Erisipela	Strepto	Penicilina cristalina 500mg 6/6h por 5 -7 dias Ou Cefalotina 1 g 6/6 h por 5 -7 dias	Ceftriaxona 2 g 24/24 h por 5 – 7 dias
Celulite	Stafilo	Oxacilina 2g 4/4h por 5-7 dias	Vancomicina 1 g 12/12 h por 5 -7 dias
Sind. Fournier	Clostridium	Pen cristalina 3 milhões 4/4 h + Clindamicina 600mg 6/6 h por 7 dias	Vancomicina 1 g 12/12 h por 5 -7 dias
Sind. Fournier	Gram neg	Ceftriaxona 2g 24/24h por 7 dias	Meropenem 1g 8/8h por 7 dias
Fasciite necrotizante	Strepto grupo A	Pen cristalina 3 milhões 4/4 h + Clindamicina 600mg 6/6 h por 7 dias	Vancomicina 1 g 12/12 h por 5 -7 dias

Fasciite necrotizante	Strepto	Vancomicina 1 g 12/12 h por 5 -7 dias	
Leishmaniose cutânea/ mucosa	Leishmania	Glucantime 15mg kg/dia 24/24h por 20 dias (IM ou IV)	Anfotericina B deoxicolato 0,5 – 1 mg/ kg dia ou em dias alternados até atingir a dose total de Forma cutânea: 1 a 1,5g Forma mucosa: 2,5 a 3g NÃO UNTRAPASSAR A DOSE DE 50MG/ DIA

6.13.2 Infecções pulmonares

Infecções pulmonares			
	Germe	Antibiótico1ª opção	Alternativa
Pnm comunitária	Pneumococo Moraxelainfluenza	Amoxicilina 500mg/clavulanato 125mg 8/8 h +Claritromicina 500mg 12/12 h por 5 – 7 dias	Levofloxacino 750mg 24/24 h por 5 – 7 dias
Pnm aspirativa		Ceftriaxona 2g 24/24h + Clindamicina	Levofloxacino 750mg 24/24 h por 5 – 7 dias

		600mg 6/6 h por 7 dias	
Pnm hospitalar precoce		Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h por 5 – 7 dias	Meropenem 1g 8/8h por 7 diasAVALIAR ASSOCIAÇÃO (SPSE)Vancomicina 1 g 12/12 h por 5 -7 dias
Dpoc exacerbado		Ceftriaxona 2g 24/24h + Claritromicina 500mg 12/12 h por 5 – 7 dias	Levofloxacino 750mg 24/24 h por 5 – 7 dias
Dpoc exacerbado hospitalar	Pseudomonas Klebsielaspp	Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h por 5 – 7 dias	Meropenem 1g 8/8h por 7 dias
Pneumonite viral	H1N1	Olsetamivir 75 mg 12/12 h por 5 dias	
Tuberculose pulmonar	M. tuberculoses	RIPE 4 cp> 45 kg em jejum por 6 meses	

6.13.3 Infecções trato urinário

Infecções trato urinário			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa

Bacteriúria assintomática (procedimento em rins ou vias urinárias)		Ceftrixona 2g 24/24 h por 5 dias	Amoxicilina 500mg+ clavulanato 125mg 8/8 h por 5 dias
Bacteriúria assintomática gestante		Cefalexina 500mg 6/6 h por 5 dias	Amoxicilina 500mg+ clavulanato 125mg 8/8 h por 5 dias
Itu baixa comunitária Cistite	Cândida	Fluconazol 200mg24/24h 14 dias	Anfotericina B deoxicolato 0,5 mg/ kg dia por 14 dias NÃO ULTRAPASSAR A DOSE DE 50MG/ DIA
Itu alta comunidade Pielinefrite	Cândida	Fluconazol 400mg 24/24h 14 dias	Anfotericina B deoxicolato 0,5 mg/ kg dia por 14 dias NÃO ULTRAPASSAR A DOSE DE 50MG/ DIA
Itu baixa comunitária Cistite		Nitrofurantoina 100mg 6/6h por 5 dias	Amoxicilina 500mg+ clavulanato 125mg 8/8 h por 5 dias
Itu alta comunidade Pielinefrite		Ceftrixona 2g 24/24 h por 14 dias	Amoxicilina 500mg+ clavulanato 125mg 8/8 h por 14 dias

Itu alta associada SVD		Cefepime 2g 8/8h por 7- 10 dias	Ciprofloxacino 400mg 12/12h por 7- 10 dias
Abscesso renal		Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h por 10-14 dias	Meropenem 1g 8/8h por 10-14 dias AVALIAR ASSOCIAÇÃO Vancomicina 1 g 12/12 h por 10-14 dias

6.13.4 Infecções sistema nervoso central

Infecções sistema nervoso central			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Meningite e < 1 mês		Ampicilina 75-100mg/kg + cefoxetina 75mg/kg 6/6 h por 14 dias	
Meningite e > 1 mês		Ceftriaxone (100mg/kg/d)2g 12/12 h por 14 dias	Meropenem (40mg/kg) 2g 8/8h por 14 dias AVALIAR ASSOCIAÇÃO Vancomicina (15mg/kg) 750mg 6/6 h por 14 dias

		Avaliar uso de corticoterapia	
Meningite viral	Sem indicação		
Pós cirúrgica ou trauma	S. aureus ou coagulasene g	Vancomicina 1g 12/12h+ ceftazidima 2g 8/8h por 14 dias	
Encefalite viral	Herpes vírus	Aciclovir 10mg/kg 8/8h	
Abscesso cerebral		Ceftriaxone 2g 12/12h + oxacilina 2g 4/4h + metronidazol 500mg 8/8h por 4 – 8 semanas	Vancomicina 1g 12/12h+ ceftazidima 2g 8/8h por 4 -4 semanas
Meningite tuberculosa	M. tuberculoses	RIPE	

6.13.5 Infecções pé diabético e insuficiência venosa

Infecções pé diabético e insuficiência venosa			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa

Comunitária	S. aureus	Cefalexina 1g 6/6h ou Amox 500 + clav125 8/8 h ou	Clindamicina 600 6/6h ou Bactrim 800mg 12/12h por 28 dias
IRAS	S. aureus Gram neg Enterobacterias Anaeróbios	Ceftriaxona 2g 24/24h + Clindamicina 600mg 6/6 h por 28 dias	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h por 28 dias

6.13.6 Infecções Intra-abdominais

Infecções Intra-abdominais			
	Germe	Antibiótico <u>1ª opção</u>	Alternativa
Diverticulite		Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Colecistite aguda ou colangites	Enterobacterias + enterococcus + anaerobios	Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h

		500mg 8/8 h > 5 dias	
Colangite Após manipulação da via	Pseudomonas	Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Pancreatite aguda leve	Sem indicação		
Pancreatite grave	30% necrose em tomo	Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h

6.13.7 Infecções Intra-abdominais

Infecções Intra-abdominais			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Diverticulite		Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h

Colecistite aguda ou colangites	Enterobacterias + enterococcus + anaerobios	Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Colangite Após manipulação da via	Pseudomonas	Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Pancreatite aguda leve	Sem indicação		
Pancreatite grave	30% necrose em tomo	Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h

6.13.8 Infecções óssea e articulações: osteomielite e artrite séptica

Infecções óssea e articulações: osteomielite e artrite séptica			
	Germe	Antibiótico <u>1ª opção</u>	Alternativa
Hematogênica aguda		Ceftriaxone 2g 24/24h + oxacilina 2g	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + clindamicina 600mg 6/6 por 4 a 6 semanas

		4/4h por 4 a 6 semanas	
Crônica		Ciprofloxacino 500mg 12/12h + clindamicina 600mg 6/6 por 6 meses	
Pôs operatória		Ciprofloxacino 500mg 12/12h + clindamicina 600mg 6/6 por 4 a 6 semanas	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
artrite aguda		Ceftriaxone 2g 24/24h + oxacilina 2g 4/4h por 4 a 6 semanas	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Artrite gonocócica	gonococo	Ceftriaxone 2g 24/24h por 14 dias	

6.13.9 Infecções cardíacas

Infecções cardíacas			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa

Endocardite válvula nativa	Em pacientes sem doença aguda ou falha cardíaca, aguardar cultura	Ceftriaxone 2g 24/24h + Vancomicina 15 – 20mg/kg 12/12 h por 4 semanas	Daptomicina 8mg/kg dia Modificar antibiótico orientado pelo resultado da hemocultura
Endocardite em válvula protética		Vancomicina 15 – 20mg/kg 12/12 h por 4 semanas + gentamicina 1mg/kg 8/8h por 6 semanas	

6.13.10 Infecções da corrente sanguínea

Infecções da corrente sanguínea			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Associada cateter venoso central		Vancomicina 15 – 20mg/kg 12/12 h + Piperacilina / tazobactam 4,5g 8/8 h	Modificar antibiótico orientado pelo resultado da hemocultura

Não associada a cateter venoso		Vancomicina 15 – 20mg/kg 12/12 h + Piperacilina / tazobactam 4,5g 8/8 h	

6.14 Antibioticoprofilaxia cirúrgica

6.14.1 A padronização e utilização dos antimicrobianos em respectivos casos tem como objetivo diminuir a incidência de infecções, particularmente em ferida operatória. este antimicrobiano deve ser administrado de 0-60 min antes da incisão cirúrgica para garantir nível sérico adequado durante o ato cirúrgico.

6.14.2 Um dos aspectos críticos da antibioticoprofilaxia cirúrgica e a escolha adequada, a dose adequada para o peso do paciente e a manutenção de níveis terapêuticos durante a cirurgia. A droga de escolha para unidade em sua maioria dos casos será a cefazolina e a dose deverá ser de 1g para < 70kg e 2g para >70 kg. Na grande maioria dos casos a dose única será suficiente, contudo em cirurgias longas, repetir o atb a cada 4 horas de cirurgia e em caso de sangramento > de 1 litro. A profilaxia não deve ser estendida por 24 horas a não ser em caso de uso de próteses.

6.14.3 Cefazolina e a Primeira escolha, porém a escolha pode variar de acordo com procedimento cirúrgico e para pacientes com alergia a cefalosporinas substituímos cefazolina por clindamicina 900mg ou vancomicina 1g e a ceftriaxona por ciprofloxacino 400 mg iv.

6.14.4 Em crianças a dose de cefazolina será de 25mg por kg de peso.

6.14.5 Atenção para o uso de doses maiores nos OBESOS > 120 Kg (3g cefazolina ou cefoxitina; 2,25g cefuroxima; 2g vancomicina; 2g ceftriaxona). Para pacientes com RISCO DE COLONIZAÇÃO por BACTÉRIAS RESISTENTES (internação prolongada, uso recente de antibióticos, etc.) sugerimos discutir a profilaxia com a CCIH.

6.14.6 Antibioticoprofilaxia por tipo de cirurgia:

6.14.6.1 Cirurgia do Aparelho digestivo

Cirurgia aparelho digestivo					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Intraoperatório	Pós-operatório	
Cirurgia esofagiana	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	DOSE UNICA	Não indicado	Intraoperatório
Cirurgia colorretais	Ceftriaxona + Metrinidazol	2g 500 mg	1g 12/12h 500mg 6/6h	1g 12/12h 500mg 8/8h	24 horas
Hérnia	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	Não indicado	Não indicado	Dose única

Colecistectomiavideolaparoscopica	Não indicado				
Colecistectomia viodeolaparoscopica complicada (> 60anos e ou inflamação aguda / obesidade /desnutrição /diabetes	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	Não indicado	Intraoperatório
Colecistectomia aberta	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	Não indicado	Intraoperatório
Apendicectomia	Não indicado profilaxia e sim tratamento				
Gastrostomia	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para	Não indicado	Não indicado	Dose unica

		>70 kg,			

6.14.6.2 Cirurgia ortopédica

Cirurgia ortopédica					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Intraoperatório	Pós-operatório	
Cirurgia limpa (sem prótese)	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
Próteses: quadril, joelho, outras Obs.: checar urocultura e tratar, se necessário, no pré-operatório	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	1g 8/8h	24h

Manipulação de tecidos infectados por *S. aureus* em portadores de próteses ortopédicas	Sens OXA – cefazolina 2g	2g EV	1g 4/4 h	Não indicado	Intraoperatório
	Res OXA - vancomicina 1g EV 1g 12/ 12 h	1g EV	1g 12/ 12 h		
Revisão de artroplastia por suspeita de infecção	Vancomicina + Ceftazidima	15mg/Kg EV	1g 12/12h	1g 12/12h	5 dias Reavalição após resultado da cultura
		2g EV	2g 8/8h	2g EV 8/8h	
Cirurgia eletiva com implante ou manipulação óssea	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
Neuropatias compressivas cisto sinovial	Sem indicação				
Fratura exposta grau 1	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g	1g 4/4h	1g 8/8h	48h-2 semanas (controverso)

		para >70 kg,			
Fratura exposta grau 2 e 3	Gentamicina *+ Clindamicina	240mg	Não indicado, exceto se houver perda sanguínea > 1 litro (repor 80mg)	24h após 1º dose: 3-5mg/kg d.u. IM/EV	
		600mg	600mg 6/6h	600mg 6/6h	

6.14.6.2.1 *Se o paciente tiver mais de 60 anos ou apresentar choque ou mioglobinúria, deverá ser utilizada clindamicina e ceftriaxona (2g seguidos de 1g a cada 12 horas).

6.14.6.2.2 Alérgicos a beta-lactâmicos: vancomicina 1g EV 12/12h ou clindamicina 600mg EV 6/6 para cobertura de Gram-positivos; usar ciprofloxacino 400mg EV 12/12h ou gentamicina 240mg EV 24/24h para cobertura de Gram-negativos, se indicado. Cirurgias vídeo assistidas seguem a mesma recomendação. d.u. – dose única diária

6.14.6.3 Cirurgia ginecológica / obstétrica

Cirurgia ginecológica / obstétrica					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Intraoperatório	Pós-operatório	
Cesária (ao clampear cordão)	Cefazolina	2 g	Dose única	Não indicado	Não indicado

Histerectomia abdominal /Vaginal	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Colpoperineoplastia Sling Uretrocistopexia Cistocele	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Laqueadura vídeo	Não indicado				
Curetagem	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Ooforectomia (laparoscópica)	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Conizacao	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Cirurgia de mama Nodulectomia Quadrantectomia mastectomia	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Parto vagina	Não indicado				

Parto vaginal com dequitação manual ou manipulação intrauterina	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Inserção DIU Histeroscopia Biopsia endométrio Laparoscopia	Não indicado				

6.14.6.4 Cirurgia Plástica

Cirurgia plástica					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Dose pré op	Pôs operatório	
Sindactilia	Cefazolina	1-2 g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Dermolipomectomia Blefaroplastia Otoplastia	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado

6.14.6.5 Cirurgia Urológica

Cirurgia Urológica					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Dose pré op	Pôs operatório	
Cirurgia limpas Orquectomia Orquipexia Postectomia Vasectomia Varicocelectomia	Não indicado				
Prostatectomia transuretral ou aberta	Cefazolina ou Ciprofloxacino (em caso de internação previa ou biopsia de próstata)	2g 400mg	Dose única	1g 8/8h 400 mg 12/12h	24h 24h
Cirurgia com manipulação colón	Metronidazol +	500mg		12/12h 12/12h	24h

	Ciprofloxacino	400mg	Dose única		

6.14.6.6 Cirurgia Proctológica

Cirurgia proctológica					
	Antibiótico	Alternativa	Dose pré op	Intervalo Pôs operatório	Duração
Fistulectomia Fissurectomia Hemorroidectomia Esfincterotomia Esfinterplastia	Sem indicação				

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

8. EPI

Não se aplica.

9. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

9.1. Regimento Interno do CCIRAS.

9.2. Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde. ANVISA, 2017.

10. REGISTROS

10.1. FOR.SCIRAS.006 Ficha de Solicitação de Antimicrobianos

11. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. NC: Preenchimento inadequado dos itens do protocolo

11.2. Ação: Treinamento sobre como gerir o protocolo.

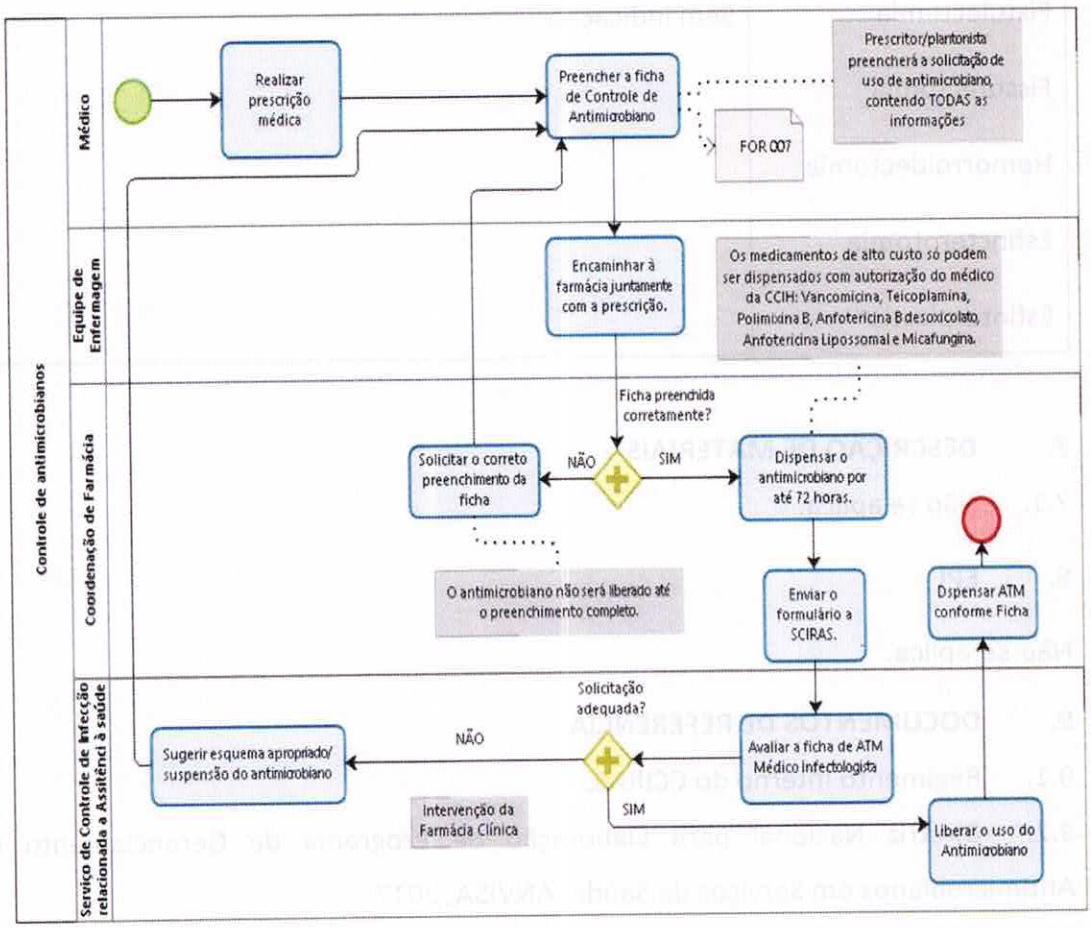
12. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. **Adesão a aplicação do Protocolo:**

12.1.1. Fórmula: antibióticos prescritos de acordo com o protocolo na unidade de internação/número de antibiótico prescrito na unidade de Internação *100

13. ANEXOS

13.1. **Fluxograma**



13.2. **Lista de Antimicrobianos que necessitam de Ficha de solicitação SCIRAS em 2 vias**

LISTA DE ANTIMICROBIANOS QUE NECESSITAM DE FICHA DE SOLICITAÇÃO SCIRAS EM 2 VIAS

- ACICLOVIR PÓ LIOFILIZÁVEL 250 MG FRS.
- AMICACINA SOL. INJ. 250 MG/ML AMP 2 ML
- ANFOTERICINA B, DESOXICOLATO PÓ/ SOL INJ. 50 MG
- CEFEPIME PÓ P/SOL INJ. 1G
- CEFTAZIDIMA PÓ P/SOL. INJ. 1G
- CIPROFLOXACINO SOL. P/INFUSÃO 2MG/ML/200ML
- CLINDAMICINA SOL. INJ. 150 MG/ML AMP. 4ML
- FLUCONAZOL SOL. P/INFUSÃO 200MG/100ML
- FLUCONAZOL COMP 150MG
- GENTAMICINA SOL. INJ.40 MG/ML AMP.2 ML
- IMIPENEM+ CILASTINA SOL . INJ. 500+500MG F/A
- LEVOFLOXACINO SOL.INJ.500MG, BOLSA 100 ML
- LINEZOLIDA SOL. INJ 2MG/ML BOLSA C/ 300ML
- MEROPENEM PÓ P/ SOL. INJ. 1G
- METRONIZADOL SOL. INJ. 500 MG/BLSA C/100 ML
- METRONIDAZOL COMP 500MG
- *MICAFUNGINA100MG – FA PÓ P/ SOL. INJ. 100 MG - FA
- OXACILINA PÓ P/ SOL INJ. 500 MG
- PIPERACICLINA + TAZOBACTAM PÓ P/ SOL INJ. 4 MG+0,5 MG F/A
- POLIMIXINA B PÓ P/ SOL INJ. 500.000 UI F/A

1. VANCOMICINA PÓ P/ SOL INJ. 500MG F/A

Atenção: As doses iniciais dos antimicrobianos serão liberadas pelo setor de farmácia por um período máximo de 72 h (à **exceção** da MICAFINGINA). Após o mesmo seguiremos a devolução reportada no formulário do SCIRAS ao prontuário do paciente

***Autorização prévia do Infectologista**

14. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	

15. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
Ass. do emissor	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

1.7.3 Protocolo - PRO.007.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO USO DE CATETER VESICAL DE DEMORA

1. OBJETIVO

1.1. Prevenir infecção de trato urinário associada ao uso de cateter vesical de demora (ITU-CVD).

2. APLICAÇÃO

2.1. Este protocolo terá aplicação em todas as unidades de Internação onde houver pacientes com indicação para o cateterismo vesical de demora.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **SCIRAS** – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

3.2. **ITU** – Infecção do Trato Urinário.

3.3. **CVD** – Cateter Vesical de Demora.

3.4. **SVD** – Sonda Vesical de Demora.

3.5. **Infecções do trato urinário relacionada à Assistência à Saúde (ITU-RAS):** Qualquer infecção do trato urinário relacionada a procedimento urológico, podendo ser associada ou não ao uso de cateter vesical de demora.

3.6. **ITU Relacionada à Assistência à Saúde Associada a Cateter Vesical. (ITU-AC):** Qualquer infecção sintomática de trato urinário em paciente em uso de cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias calendário (sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e que na data da infecção o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior.

4. RESPONSABILIDADE

4.1. Serão responsáveis pelo processo todos os profissionais que estão ligados à assistência aos pacientes e de certa forma manipular o cateter vesical de demora, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e Médicos.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. O protocolo não se aplica a pacientes que não estão em uso de Cateter vesical de demora e pacientes em uso de cateterismo vesical intermitente.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Cateterismo vesical de demora, ações do Enfermeiro:

6.1.1. Confirmar o nome do paciente e verificar a identificação do paciente;

6.1.2. Confirmar a indicação e calibre do cateter vesical;

6.1.3. Verificar suprimentos: xilocaína gel a 2% - tubo novo, seringa de 10ml, água destilada, clorexidina degermante, clorexidina aquosa, soro fisiológico, sistema coletor fechado, gaze, compressa, luva estéril e de procedimento, bandeja de cateterismo vesical;

6.1.4. Higienizar as mãos com água e sabão;

6.1.5. Higienizar previamente da região periuretral com clorexidina degermante (uso de luvas de procedimento e capote não estéreis);

6.1.6. Higienizar de forma antisséptica das mãos com clorexidina degermante 2%;

6.1.7. Paramentar com touca, máscara, óculos de proteção, capote (não há necessidade de ser estéril) e luvas estéril;

6.1.8. Montar o sistema antes de passar a sonda (conectar a sonda ao sistema de drenagem). Testar a sonda.

6.1.9. Realizar antissepsia da região periuretral com clorexidina aquosa;

6.1.10. Utilizar do campo fenestrado;

6.1.11. Inserir cateter utilizando técnica asséptica;

6.1.12. Fixar do cateter corretamente (hipogástrio no sexo masculino/ raiz da coxa sexo feminino);

6.1.13. Registrar em prontuário da passagem da sonda;

6.1.14. O Enfermeiro ou técnico em Enfermagem realizará o preenchimento do Check List para Inserção de Sonda Vesical de Demora, com as variáveis C para conforme e NC para não conforme em cada ação citada acima.

6.2. BUNDLE DE MONITORAMENTO PARA PREVENÇÃO DE ITU, ações da Equipe de Enfermagem:

6.2.1. Check list de ações que a equipe de enfermagem fará a este paciente em uso de Sonda Vesical de Demora, o enfermeiro avaliará diariamente cada item e preencher o Bundle de acordo com cada ação a ser realizada, as variáveis C para conforme e NC para não conforme em cada ação;

6.2.2. Sistema coletor de urina (fechado sem violação, sem presença de vazamentos, mau funcionamento do clipe de fechamento do tubo coletor ou relatos de desconexões);

6.2.3. Higiene perineal e do meato uretral uma vez ao dia e/ou após cada evacuação;

6.2.4. Sistema coletor mantido abaixo do nível da bexiga do paciente e 10 cm distante do chão;

6.2.5. Esvaziamento correto do sistema coletor quando estiver com 2/3 da sua capacidade sem que o tubo de drenagem tenha contato com recipiente coletor;

6.2.6. Higienização das mãos antes e após tocar o sistema de drenagem;

6.2.7. Manutenção do fluxo de urina livre evitando dobras e acotovelamentos do sistema de drenagem;

6.2.8. Necessidade de manter a sonda.

6.3. RECOMENDAÇÕES

6.3.1. Em caso de admissão de paciente que já venha em uso da SVD, trocar todo o sistema (sonda e saco coletor) no momento da admissão.

6.3.2. Avaliar diariamente o paciente em uso de SVD.

6.3.3. Não é indicado troca programada da SVD, sendo indicada apenas quando, após avaliação, houver necessidade.

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

8. EPI

8.1.Touca;

8.2. Máscara;

8.3. Óculos de proteção;

8.4. Capote;

8.5. Luvas de procedimento e luvas estéril.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

9.1. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviço de Saúde. Brasília – DF. 2017.

REGISTROS

10.1. FOR.213.SCIRAS CHECKLIST PARA INSERÇÃO DE SVD REV.001

10.2. FOR.229.SCIRAS BUNDLE – PREVENÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADA À SONDA VESICAL DE DEMORA (SVD) REV.002

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. Não conforme: O não preenchimento do Check List/ Bundle e/ou ações propostas não realizadas, sendo preenchidas com o termo **NC** (não conforme).

12.1. Ação: Para o não preenchimento é necessário que o faça o mais urgente possível. Caso algum item do check List de inserção estiver **NC** (não conforme), quem estiv preenchendo deverá sinalizar verbalmente ao enfermeiro para que haja adequação. Já no preenchimento do Bundle caso o enfermeiro perceba algum item não conforme, alertar a equipe de enfermagem para proceder com as ações o quanto antes.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. Taxa de Utilização de Sonda Vesical de Demora;

12.2. Densidade de Incidência de Infecção de Trato Urinário;

12.3. Adesão ao Bundle de Prevenção de Infecção Associada à Sonda Vesical de Demora (SVD).

CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. A infecção do trato urinário (ITU) é uma das causas prevalentes de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Tem grande potencial preventivo e está relacionada à cateterização vesical na maioria dos casos, assim, faz-se necessário o cumprimento deste protocolo para garantir o controle da ocorrência de infecções.

12. ANEXO

13. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	**Nº da revisão**	Itens revisados

14. APROVAÇÃO:

Nome do emissor:	**Nome do 1º aprovador:**	**Nome do 2º aprovador:**
Ass. do emissor	**Ass. do 1º aprovador:**	**Ass. do 2º aprovador:**

1.7.4 Protocolo - PRO.008.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A ACESSO VENOSO CENTRAL

1. OBJETIVO

1.1. Prevenir a infecção primária de Corrente Sanguínea associada a Acesso Venoso Central.

2. APLICAÇÃO

2.1. Este protocolo terá aplicação em todas as unidades de Internação onde houver pacientes em uso de Acesso Venoso Central.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **SCIRAS** – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

3.2. **CVC** – Cateter Venoso Central.

3.3. **IPCS** – Infecção Primária de Corrente Sanguínea.

3.4. **Cateter central:** cateter utilizado para infusão, coleta de amostra sanguínea ou monitoramento hemodinâmico, cuja terminação está posicionada próxima ao coração ou em um grande vaso. São considerados grandes vasos: aorta, artéria pulmonar, veias cavas, veias braquiocefálicas, veias jugulares internas, veias subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais e, em neonatos, cateter umbilical venoso ou arterial.

3.5. **Infusão:** introdução de uma solução no vaso sanguíneo, através do lúmen de um cateter. Inclui infusão contínua (fluidos nutricionais ou medicamentos) ou infusão intermitente (flushing, administração de antimicrobianos, transfusão de hemoderivados ou hemodiálise).

3.6. **Cateter umbilical:** dispositivo vascular central inserido através da artéria ou veia umbilical em neonatos. Cateter central temporário: cateter não tunelizado e não implantado, originalmente destinado a terapias infusionais de curta duração. 3.7. **Cateter central de longa permanência:** inclui cateteres tunelizados (como alguns cateteres para diálise, quimioterapia e nutrição) e cateteres totalmente implantados (como os ports).

3.8. **Infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada a cateter central:** infecção da corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter central por um período maior que dois dias de calendário (sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior.

3.9. **Período de janela da infecção:** período de 7 dias durante os quais são identificados todos os elementos (sinais, sintomas, resultados de exames de imagens e/ou laboratoriais) necessários para a definição da infecção. Para a identificação do período de janela da IPCSL deve-se considerar três dias antes e três dias depois da data da primeira hemocultura positiva.

3.10. **IPCS laboratorialmente confirmada associada a cateter central:** Pelo critério 1: paciente acima de 28 dias com agente patogênico identificado em uma ou mais hemoculturas e que o microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso. Critério 2: Paciente > 1 ano apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: Febre (>38°C); Calafrios; Hipotensão (pressão sistólica ≤ 90 mmHg) e duas ou mais hemoculturas, coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele: Corynebacterium spp. (exclui C. diphtheriae), Bacillus spp. (exclui B. anthracis), Propionibacterium spp., Staphylococcus coagulase negativa, Streptococcus do grupo viridans, Aerococcus spp. e Micrococcus spp. E que o microrganismo identificado não esteja relacionado a outro foco infeccioso. Critério 3: Crianças > 28 dias e ≤ 1ano apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: Febre (>38°C); Hipotermia (<36°C); Apneia; Bradicardia e duas ou mais hemoculturas, coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele: Corynebacterium spp. (exclui C. diphtheriae), Bacillus spp. (exclui B. anthracis), Propionibacterium spp., Staphylococcus coagulase negativa, Streptococcus do grupo viridans, Aerococcus spp. e Micrococcus spp. E O microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso.

4. RESPONSABILIDADE

4.1. Serão responsáveis pelo processo todos os profissionais que estão ligados à assistência aos pacientes e que de certa forma manipular o Cateter Venoso Central (CVC): Médicos que realizarão a inserção do cateter, Enfermeiros que farão curativos e preenchimento do Bundle e os Técnicos em Enfermagem que manipularão o cateter, realizando as ações de prevenção de Infecção Primária de corrente sanguínea (IPCS).

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. O protocolo não se aplica a pacientes que não estão em uso no Cateter Venoso Central.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Monitorar a inserção do CVC

6.1.1. Verificar suprimentos e equipamentos montados (bandeja de mayo, fronha, capote estéril, bandeja de CVC, campos amplos, luva estéril, clorexidina degermante, clorexidina alcoólica, gaze estéril, fio de sutura, seringa, agulhas, anestésico, água destilada, CVC, equipo, polifix e EPIs);

6.1.2. Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2%;

6.1.3. Paramentar completamente (touca, máscara e óculos protetor, capote e luvas estéreis);

6.1.4. Confirmar o nome do paciente e verificar identificação da pulseira;

6.1.5. Confirmar a indicação do cateter;

6.1.6.. Definir o sítio de inserção;

6.1.7. Preparar sítio de punção: Aplicar clorexidina alcoólica 0,5 % fazer movimento de v e vem e aguardar secagem espontânea;

6.1.8. Cobrir paciente com campo amplo estéril – Ex: uso de 3 campos: um campo grande que cubra a parte da cabeça aos pés na diagonal, deixando o ombro exposto, um pequeno cobrindo a cabeça e outro pequeno fechando um triângulo deixando a área de inserção exposta. Fixar os campos com pinça Backhaus;

6.1.9. Realizar curativo em técnica asséptica com gaze estéril;

6.1.10. Registrar em prontuário;

6.1.11. Caso necessário, instituir medidas corretivas antes do início do procedimento de instalação do cateter.

6.1.12. Relatar qualquer intercorrência no campo "observação.

6.1.13. Em caso de sujidade visível no sítio de punção, aplicar clorexidina degermante 2%, enxaguar com SF 0,9% secar com compressa estéril.

6.2. Preencher bundle de monitoramento para prevenção de IPCS após realizar as atividades a seguir.

6.2.1. Registrar a indicação de permanência do dispositivo;

6.2.2. Higienizar as mãos e realizar a desinfecção das conexões, conectores e portas de adição de medicamentos com álcool a 70% por 5-15 segundos, antes do manuseio do cateter;

6.2.3. Ao administrar medicação, trocar a agulha 40x12 (rosa) por uma 25x8 (verde) ou 25x7 (cinza).

6.2.4. Monitorar e avaliar se sítio de inserção apresenta ou não sinais flogísticos, registrar avaliação em prontuário;

6.2.5. Realizar troca de curativo conforme cobertura;

6.2.6. Manter via exclusiva para infusão de sangue, derivados ou nutrição parenteral;

6.2.7. Trocar sistema de infusão a cada 96 horas e/ ou em caso de suspeita de choque pirogênico e presença de sangue visível aderido no interior do sistema. 6.2.8. Observar o registro da troca (data e assinatura) nos equipos de infusão;

6.2.9. Caso tenha cateter – Pressão arterial invasiva (PAI) = Troca de transdutores a cada 96 horas, junto com os acessórios e soluções para flush;

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

8. EPI

8.1. Touca;

8.2. Máscara;

8.3. Óculos de proteção;

8.4. Capote;

8.5. Luvas estéreis.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

9.1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

9.2. Programa Brasileiro de Segurança do Paciente. Protocolo Clínico: Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada a Acesso Vascular Central - IPCS-AVC. 3ª Revisão Janeiro – 2018 Versão Nº 0 Março 2012

10. REGISTROS

10.1. FOR.223.SCIRAS FORMULÁRIO PARA INSERÇÃO DE CVC REV.001

10.2. FOR.224.SCIRAS BUNDLE – PREVENÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) REV.001

11. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. Não conforme: não preenchimento do Check List/ Bundle e/ou ações propostas não realizadas, sendo preenchidas com o termo **NC** (não conforme).

11.2. Ação: Para o não preenchimento é necessário que o faça o mais urgente possível. Caso algum item do check list de inserção esteja **NC** (não conforme), quem está preenchendo sinalizar verbalmente ao médico que fará a realização do procedimento para necessária adequação. Já no preenchimento do Bundle caso o enfermeiro perceba algum item não conforme, alertar a equipe de enfermagem para proceder com as ações o quanto antes.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. Taxa de Utilização de CVC;

12.2. Densidade de Incidência de IPCS;

12.3. Adesão ao Bundle de Prevenção de IPCS

13. CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. Não se aplica.

14. ANEXO

15. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

16. APROVAÇÃO:

Nome do emissor:	**Nome do 1º aprovador:**	**Nome do 2º aprovador:**

Ass. do emissor	**Ass. do 1º aprovador:**	**Ass. do 2º aprovador:**

1.7.5 Protocolo - PRO.009.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO

39. OBJETIVO

1.1. Prevenção de infecções do trato respiratório, auxiliar no controle e diagnóstico destas patologias, bem como oferecer subsídios para elaboração de indicadores de saúde.

40. APLICAÇÃO

2.1. Este protocolo terá aplicação em todos os setores onde houver pacientes em uso de ventilação mecânica.

41. DEFINIÇÕES

3.1. **SCIRAS:** Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

3.2. **PAV:** Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

3.3. **VM:** Ventilador mecânico

3.4. **UTI:** Unidade de Terapia Intensiva

3.5. **Pneumonia:** Infecção pulmonar identificada pela utilização de uma combinação de critérios: imagem radiológica, clínicos e laboratoriais.

3.6. **Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV):** pneumonia em paciente em ventilação mecânica (VM) por um período maior que dois dias de calendário (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou o ventilador mecânico havia sido removido no dia anterior.

3.7. **Ventilador mecânico (VM):** é definido como o dispositivo utilizado para auxiliar ou

controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal. Dispositivos utilizados para expansão pulmonar não são considerados ventiladores (ex. Pressão positiva contínua em vias aéreas – Continuou Positive Airway Pressure – CPAP), exceto se utilizados na traqueostomia ou pela cânula endotraqueal.

3.8. **PNEUMONIA DEFINIDA CLINICAMENTE**: Paciente com doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado; Opacificação; Cavitação E pelo menos UM dos sinais e sintomas: Febre (temperatura: >38°c), sem outra causa associada; Leucopenia (< 4000 cel/mm3) ou leucocitose (> 12000 cel/mm3); Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥70 anos E pelo menos DOIS dos sinais e sintomas: surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/ FiO2 < 240 ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios); Ausculta com roncos ou estertores; · Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia.

3.9. **PNEUMONIA DEFINIDA MICROBIOLOGICAMENTe**: Paciente COM doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado; Opacificação; Cavitação E Pelo menos UM dos seguintes sinais e sintomas: Febre (temperatura > 38ºC), sem outra causa associada; Leucopenia (< 4000 cel/mm3) ou leucocitose (> 12000 cel/mm3); Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥70 anos E pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/ FiO2 < 240) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios); Ausculta com roncos ou estertores; Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia Pelo menos UM dos resultados abaixo: Hemocultura positiva, sem outro foco de infecção; Cultura positiva do líquido pleural; Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (ex: lavado broncoalveolar e escovado protegido); Na bacterioscopia do lavado broncoalveolar achado de ≥5% leucocitos e macrófagos contendo microrganismos (presença de bactérias intracelulares); Cultura positiva de tecido pulmonar; Exame histopatológico mostrando pelo menos uma das seguintes evidências de

pneumonia: Formação de abscesso ou foco de consolidação com infiltrado de polimorfonucleares nos bronquíolos e alvéolos; Evidência de invasão de parênquima pulmonar por hifas ou pseudo-hifas, Vírus, Bordetella, Legionella, Chlamydophila ou Mycoplasma identificados a partir de cultura de secreção ou tecido pulmonar ou identificados por teste microbiológico realizado para fins de diagnóstico clínico ou tratamento; Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para patógeno (exemplo: influenza, Chlamydophila); Aumento de 4 vezes nos valores de IGG na sorologia para Legionella. pneumophila sorogrupo I titulada ≥ 1:128 na fase aguda e convalescença por imunofluorescência indireta; Detecção de antígeno de Legionella pneumophila sorogrupo I em urina.

3.9. **PNEUMONIA EM PACIENTES IMUNODEPRIMIDOS**: Paciente com doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado; Opacificação; Cavitação; Pneumocele, em crianças menores de 1 ano E pelo menos UM dos seguintes sinais e sintomas: Febre (temperatura: >38ºC), sem outra causa associada; Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥70 anos; Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração; Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia; Ausculta de roncos ou estertores; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/ FiO2 < 240) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios); Hemoptise; Dor pleurítica. E pelo menos UM dos resultados abaixo: Hemocultura positiva, sem outro foco de infecção; Cultura positiva do líquido pleural; Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (lavado broncoalveolar e escovado protegido); Na bacterioscopia do lavado broncoalveolar, achado de ≥5% leucócitos e macrófagos contendo microrganismos (presença de bactérias intracelulares); Cultura positiva de tecido pulmonar; Exame histopatológico mostrando pelo menos uma das seguintes evidências de pneumonia: Formação de abscesso ou foco de consolidação com infiltrado de polimorfonucleares nos bronquíolos e alvéolos; Evidência de invasão de parênquima pulmonar por hifas ou pseudo-hifas. Vírus, Bordetella, Legionella, Chlamydophila ou Mycoplasma identificados a partir de cultura de secreção ou tecido pulmonar ou identificados por teste microbiológico realizado para fins de diagnóstico clínico ou tratamento; Aumento de 4 vezes nos valores de IGG na sorologia para patógeno (exemplo: influenza, Chlamydophila); Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia

para Legionella pneumophila sorogrupo I titulada >1:128 na fase aguda e convalescença por imunofluorescência indireta; Detecção de antígeno de Legionella pneumophila sorogrupo I em urina; Identificação de Candida spp. em amostra de sangue e de secreção respiratória (escarro, aspirado endotraqueal, lavado broncoalveolar ou escovado protegido); Evidência de fungo em amostra obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (ex: lavado broncoalveolar ou escovado protegido) de uma das seguintes: Exame de microscopia direta; Cultura positiva de fungo; Teste diagnóstico laboratorial (não cultura).

3.10. **PNEUMONIA EM CRIANÇAS > 4 SEMANAS E ≤ 1 ANO**: Paciente COM doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado persistente novo ou progressivo; Opacificação; Cavitação; Pneumatocele E piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/ FiO2 < 240) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios) E pelo menos TRÊS dos seguintes sinais e sintomas: Instabilidade térmica; Leucopenia (≤4000 cel/mm3) ou leucocitose (≥ 15000 cel/mm³) e desvio a esquerda (≥ 10% bastonetes); Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Apnéia, taquipnéia, batimento de asa de nariz e tiragem intercostal; Ausculta com sibilos, roncos ou estertores; Tosse; Bradicardia (< 100bmp) ou taquicardia (> 170bpm).

3.11. **PNEUMONIA CRIANÇAS > 1 ANO E < 12 ANOS**: Paciente COM doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: · Infiltrado persistente novo ou progressivo; · Opacificação; Cavitação E pelo menos TRÊS dos seguintes sinais e sintomas: Febre (temperatura: >38ºC); Leucopenia (≤ 4000 cel/mm³) ou leucocitose (≥ 15000 cel/mm³); Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Início ou piora da tosse ou dispneia ou apneia ou taquipneia; Ausculta com roncos ou estertores; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/FiO2<240, ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios).

42. RESPONSABILIDADE

4.1. Serão responsáveis pelo processo todos os profissionais de saúde que estão ligados à assistência aos pacientes em ventilação mecânica.

43. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. O protocolo não se aplica a pacientes que não estão em uso de ventilação mecânica.

44. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Conjunto de práticas recomendadas baseadas nas recomendações da ANVISA, a serem implantadas para a prevenção de PAV. A abordagem é mais bem sucedida quando todas as práticas são executadas em conjunto, seguindo a estratégia do "tudo ou nada".

6.2. As práticas recomendadas são:

6.2.1. Elevar a cabeceira da cama a 30 a 45°;

6.2.2. Diminuir sedação;

6.2.3. Realizar Higiene oral 3 vezes por dia;

6.2.4. Cuidados com o circuito do ventilador;

6.2.5. Manter pressão do cuff entre 25 a 30 cmH2O ou 18 a 22 mmHg;

6.2.6. Verificar diariamente a possibilidade de extubação;

6.2. **Manter cabeceira da cama 30 a 45°:** A VM está associada a altas taxas de pneumonia, pois o tubo endotraqueal inibe mecanismos de defesa importantes do trato respiratório superior, contribui com a produção e acúmulo de secreções da orofaringe, inibe mecanismos de tosse efetivos e pode ser uma fonte de infecção. A colonização da orofaringe e estômago com microrganismos patogênicos parece preceder o desenvolvimento da PAV. A utilização de bloqueadores dos receptores de histamina para prevenção de úlcera gástrica altera o pH do suco gástrico, o que facilita a colonização por microrganismos patogênicos, além da presença da sonda nasogástrica que facilita o refluxo das bactérias do estômago. Por estas razões, parece lógico que o posicionamento inadequado do paciente possa impactar no surgimento da pneumonia. Além disto, o posicionamento do paciente em decúbito elevado pode favorecer também a ventilação espontânea. Não há dados suficientes para afirmar que a recomendação de manter pacientes com a cabeceira elevada em 30 a 45 ° tenha impacto significativo na redução da PAV ou mortalidade. Porém, em função de ser uma medida

simples, de fácil aplicabilidade, com baixo risco de complicação, nenhum custo e um benefício potencial, no último compêndio de estratégias de prevenção de PAV, publicado pelo SHEA em 2014, esta medida, classificada como uma medida básica foi recomendada. Ainda não está claro também, se a elevação do decúbito apenas a 30° é suficiente, mas parece ser mais aceitável para pacientes com menor grau de sedação e possibilita maior adesão ao posicionamento adequado. A utilização do decúbito elevado diminui a incidência de PAV especialmente em pacientes recebendo nutrição enteral. Outra razão para esta intervenção é a melhoria dos parâmetros ventilatórios em comparação com a posição supina.

6.3. **Diminuir sedação:** recomenda-se adequar diariamente o nível de sedação e o teste de respiração espontânea. A utilização da menor dose possível de sedação e a avaliação da prontidão do paciente para a extubação tem sido correlacionada com a redução do tempo de ventilação mecânica e, consequentemente, a uma redução na taxa de PAV. A escolha dos tipos de fármacos, intensidade e duração da sedação estão associadas com o risco aumentado das taxas de eventos, que incluem: delírio, imobilidade, infecção, eventos associados à VM, tempo prolongado de ventilação mecânica, aumento do tempo de internação e morte. A diminuição do nível de sedação, que deve ser buscada diariamente, e do tempo de sedação pode contribuir para um menor tempo de intubação e possivelmente com menor mortalidade. Já a interrupção diária da sedação pode apresentar alguns riscos, como por exemplo, a extubação acidental. O aumento do nível de dor e ansiedade leva a possibilidade de assincronia com a ventilação, o que pode gerar períodos de dessaturação. Deve ser realizado diariamente o questionamento sobre a necessidade do suporte respiratório com VM invasiva. A avaliação das causas que levaram ao uso da prótese mecânica e a situação do paciente podem sinalizar se há condições para submetê-la ao teste de respiração espontânea. A adequação do nível de sedação pode contribuir para a suspensão dos sedativos, melhor avaliação da presença de dor e para a suspensão dos opióides utilizados para analgesia, contribuindo assim, para aumentar as chances de colocar o paciente em teste de respiração espontânea. Estas ações contribuem para o maior sucesso na retirada de próteses ventilatórias.

6.4. **Realizar Higiene oral 3 vezes por dia:** a importância dos cuidados bucais em pacientes sob terapia intensiva tem sido alvo de inúmeras investigações e os resultados alertam para a necessidade de se implantar diretrizes adequadas e seguras. Na última publicação do SHEA de 2014, a utilização de clorexidine 0,12% para higiene oral foi classificada como

medida de efeito moderado. A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) recomenda a descontaminação da cavidade bucal com Clorexidina na prevenção de PAV, em pacientes sob ventilação mecânica. Diversos estudos têm demonstrado redução das pneumonias. Associadas à Ventilação Mecânica quando a higiene oral é realizada com clorexidina veículo oral (0,12% não alcoólico). Desta forma, recomendamos essa medida como parte do Bundle entendendo que, segundo a ANVISA, quando aplicada em conjunto com outras medidas, pode ter um efeito positivo para redução de PAV.

6.5. **Cuidados com o circuito do ventilador:** a troca do circuito respiratório deve ser realizada apenas se o mesmo estiver visivelmente sujo ou com mau funcionamento. Esta recomendação é classificada como qualidade da evidência I, pela *SHEA*. Portanto, não é recomendada a troca rotineira deste dispositivo. Não há recomendações específicas em relação ao tempo que o circuito pode ficar montado, aguardando a internação do paciente. Mas, segundo estudos, recomenda-se reduzir os riscos de contaminação dos circuitos; por exemplo: no momento do preparo do leito/*box,* conectar o circuito respiratório no ventilador e proceder o teste do equipamento; depois disto, embalar o mesmo no próprio saco plástico que condicionava o circuito, identificar com fita adesiva (limpo e testado - datar e assinar). Para que este circuito esteja seguro para uso, é fundamental que esteja acondicionado.

6.6. **Manter pressão do cuff entre 25 a 30 cmH2O:** A manutenção da correta pressão de *cuff* (P*cuff*) nos pacientes submetidos à ventilação mecânica é essencial. Excessiva pressão pode comprometer a microcirculação da mucosa traqueal e causar lesões isquêmicas, porém se a pressão for insuficiente, pode haver dificuldade na ventilação com pressão positiva e passagem da secreção subglótica por entre o tubo e a traqueia (microaspiração). Recomenda-se, portanto, que a pressão do *cuff* permaneça entre 18 a 22 mmHg ou 25 a 30 cmH2O (quando utilizado medidor de cuff). Evitar pressões do balonete maiores que 22 mmHg ou 30 cmH2O.

6.7. **Verificar diariamente a possibilidade de extubação:** a fim de evitar/ prevenir a PAV o desmame da VM, e consequente extubação, deve ser tentado o mais rápido possível. A retirada precoce da ventilação mecânica em pacientes internados nestas unidades pode exercer efeitos benéficos e redução no tempo de permanência e custos. Recomenda-se que a

retirada do tubo endotraqueal seja realizada quando as condições clínicas permitirem. Alguns critérios clínicos para o desmame são: o motivo solucionado ou amenizado do início da ventilação mecânica; paciente sem hipersecreção (definida como a necessidade de aspiração > 2 h); tosse eficaz (PFE > 160 L/min) hemoglobina > 8-10 g/dL; adequada oxigenação (PaO2 /FiO2 > 150 mmHg ou SaO2 > 90% com FiO2 < 0,5); temperatura corporal <38,5-39,0°C; sem dependência de sedativos; sem dependência de agentes vasopressores; ausência de acidose (pH entre 7,35 e 7,45); ausência de distúrbios eletrolíticos; adequado balanço hídrico.

45. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

46. EPI

8.1. Não se aplica.

47. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

9.1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Caderno 04. Brasília: Anvisa, 2017.

9.2. NEMER S. N; BARBAS C. S. V. Parâmetros preditivos para o desmame da ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.37, n.5, p.669-679, 2011. Acesso em http://producao.usp.br/handle/BDPI/10394. Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

48. REGISTROS

10.1. FOR.221.SCIRAS BUNDLE – PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) REV.001

49. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. Não Conforme: Deixar de preencher o Bundle e/ou ações propostas.

11.2. Ação: Para o não preenchimento é necessário que o faça o mais urgente possível, entendendo que se o item foi realizado conforme o esperado marca-se: "CONFORME", e em caso de não ter sido executado de maneira adequada marcar "NÃO CONFORME", assim não

deixar o formulário em branco. Caso algum item do Bundle esteja NC (não conforme), deve-se alertar a equipe para proceder com as ações o quanto antes, para assim prevenir PAV.

50. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. Adesão ao Bundle de Manutenção para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV);

12.2. Taxa de Utilização de VM;

12.3. Densidade de Incidência de PAV.

51. CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. A pneumonia relacionada à assistência à saúde pode trazer grave repercussão para o paciente, é uma grave infecção que apresenta múltiplas causas e tem grande impacto nas taxas de morbimortalidade, tempo de internação hospitalar e aumento dos custos assistenciais. Diante disso, é fundamental a aplicação das várias medidas de prevenção apresentadas neste protocolo a fim de se prevenir a ocorrência de PAV.

52. ANEXO

53. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	ITENS REVISADOS

54. APROVAÇÃO:

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:

Ass. do emissor	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

1.8 PROTOCOLO - CENTRO CIRÚRGICO

1.8.1 SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERI-OPERATÓRIA

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

Identificação

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Prontuário: _____

Paciente:_____

Idade: ____ Data de nasc.: ____/____/____ Sexo: ( )M ( )F Leito: _____

Data da cirurgia: ____/____/____ Horário: ____:____

Cirurgia proposta: _____

Cirurgião: _____

Tipo de Precaução: ( )Padrão ( )Aerossóis ( )Gotículas ( )Contato

Cirurgias Anteriores: ( )Não ( )Sim, especificar:

_____

Anestesias Anteriores: ( )Não ( )Sim, especificar: _____

Assinou o termo de consentimento livre esclarecido? ( )Sim ( )Não

Lateralidade Demarcada? ( )Sim ( )Não

Antecedentes Patológicos

HAS ( )Sim ( )Não Medicamentos:

_____

DM ( )Sim ( )Não Medicamentos: _____

Cardiopatias ( )Sim ( )Não Medicamentos: _____

Alergias ( )Sim ( )Não Medicamentos?Quais: _____

Faz uso de medicações contínua e ANTICOAGULANTES ( )Sim ( )Não
Qual?_____ (Suspender 12hs antes da cirurgia).

( )Etilista ( )Tabagista

Orientações Pré-Operatórias

Jejum: ( )Sim ( )Não A partir de: _____h

Higiene Corporal ( )Sim ( )Não

Ausência de próteses ( )Sim ( )Não

Ausência de adornos ( )Sim ( )Não

Vestimentas adequadas ( )Sim ( )Não

Exame Físico

Acuidade auditiva:

( )Boa ( )Diminuída ( )direito ( )esquerdo

( )Ausência de audição ( )direito ( )esquerdo

( )Não verificado / motivo: _____

Revest. cutâneo/mucoso:

( )Ìntegro ( )Lesões/região: _____

( )Normocorado ( )Hipocorado

( )Drenos ( )Sondas, região: _____

Punção venosa, local: _____

Comportamento:

( )Ansioso ( )Muito ansioso ( )Sem sinais de ansiedade

( )Algia ( )Não ( )Sim, local: _____

Verbaliza: ( )Sim ( )Não

Deambula: ( )Sim ( )Não

Exames Pré-Operatórios

Raio X ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____

Exames laboratoriais ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____

Tomografia ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____

Ressonância Magnética ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____

ECG ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____ Risco cirúrgico ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____

Assinatura Enfermeiro Centro Cirúrgico: _____

Assinatura Enfermeiro do Setor: _____

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO E ENCAMINHAMENTO PARA SALA OPERATÓRIA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.2 ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO E ENCAMINHAMENTO PARA SALA OPERATÓRIA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de admissão do paciente no centro cirúrgico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Higienizar as mãos, conforme protocolo institucional.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Receber cordialmente o paciente no CC, chamando-o pelo nome e apresentar-se dizendo o nome e função.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Iniciar a conferência dos dados com o preenchimento do check list de cirurgia segura e o prontuário.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Conferir identificação do paciente e pulseira , exames anexos (laboratoriais e imagem)	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Conferir retirada de adornos e próteses dentárias.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Conferir se o paciente trouxe tipóias e imobilizadores quando solicitado.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Fazer transferência da maca para o Centro Cirúrgico.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Paramentar o paciente com touca e propés, quando indicado.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Encaminhar o paciente para a sala cirúrgica, transferindo-o da maca para a mesa cirúrgica.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Posicionar o paciente na mesa cirúrgica de maneira segura.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Confirmar com o paciente a cirurgia a ser realizada e localização da mesma.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Investigar informações sobre jejum, alergias, doenças preexistentes, uso de medicações, história de cirurgias anteriores.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Verificar sinais vitais, nível de consciência, padrão respiratório, queixas álgicas, movimentação de MMSS e MMII, integridade da pele, acesso venoso, uso de cateteres, traqueostomia, gastrostomia, drenos, curativos, trações cutâneas ou esqueléticas.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Realizar a admissão do paciente na evolução de enfermagem.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC: práticas recomendadas da SOBECC. São Paulo, 7ª ed, 2017.

6. ANEXOS

1.8.3 CHECK LIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA – ADMISSÃO DO PACIENTE – AVALIAÇÃO DE ADESÃO

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada

Assunto: ALTA DA SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.4 ALTA DA SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de alta dos pacientes na sala de recuperação pós anestésica.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
.	Liberar o paciente somente após alta registrada pelo anestesista na **folha de registro da SRPA.**	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Ligar no setor de destino confirmar se o leito está pronto ,solicitar na farmácia o kit de medicamentos para enviar com paciente e informar diretamente para o enfermeiro do setor de internação que o paciente será encaminhado.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Preencher corretamente o formulário da SRPA que deverá ser carimbado e assinado pelo Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Registrar a alta e destino do paciente no prontuário e livro de registro.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Solicitar o condutor para transportar o paciente.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Preencher protocolo de conferência de prontuário, carimbar, assinar e anexar ao prontuário.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Encaminhar o paciente ao setor de destino, munido do prontuário completo, protocolo de conferência de prontuário, lacrado em saco transparente.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Realizar inspeção no paciente, antes de sua saída, evitando assim que o mesmo apresente alguma não conformidade.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Encaminhar ao expurgo: latéx, traqueias, vidro do aspirador e outros materiais utilizados.	Téc. em Enfermagem

•	Acionar o serviço de limpeza para fazer a limpeza adequada.	Téc. em Enfermagem
•	Realizar a desinfecção dos monitores, suporte de soro, cama, colchão e mobiliário após a limpeza.	Téc. em Enfermagem
•	Realizar a montagem do leito para o próximo paciente.	Téc. em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

ROUTHROCK, Jane C. Alexander. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsiever, 2007.

6. ANEXOS

- Sem anexo..

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA

1. OBJETIVO

Padronizar o procedimento de paramentação cirúrgica, visando à prevenção de infecção de sítio cirúrgico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
.	Usar máscara cirúrgica que cubra totalmente a boca e o nariz quando entrar na sala cirúrgica, caso o instrumentador já esteja exposto ou a cirurgia esteja em andamento.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico/ Anestesiologista/ Equipe de enfermagem
•	Cobrir todo cabelo e barba ao adentrar na sala cirúrgica.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico/ Anestesiologista/

		Equipe de enfermagem
•	Abrir os campos conforme técnica asséptica.	Téc./ Aux. em enfermagem
•	Realizar a degermação das mãos.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Segurar o capote pela parte superior, com os dedos indicador e polegar de cada mão.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Balançar suavemente para que se abra.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Vestir cuidadosamente sem tocar na parte externa do mesmo.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Solicitar que a circulante da sala ajuste e amarre o capote confortavelmente.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Calçar luvas cirúrgicas na técnica asséptica.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Cuidar para não encostar em nada que não esteja esterilizado.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Usar aventais por debaixo do capote quando tiver o risco de contaminação grosseira com fluidos corpóreos.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico

•	Trocar a paramentação quando estiver visivelmente suja ou infiltrada com sangue ou outro fluido corpóreo potencialmente infectante.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Retirar primeiro as luvas e depois o capote ao término do procedimento, desprezando em local apropriado.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico

4. SIGLAS

Não se aplica.

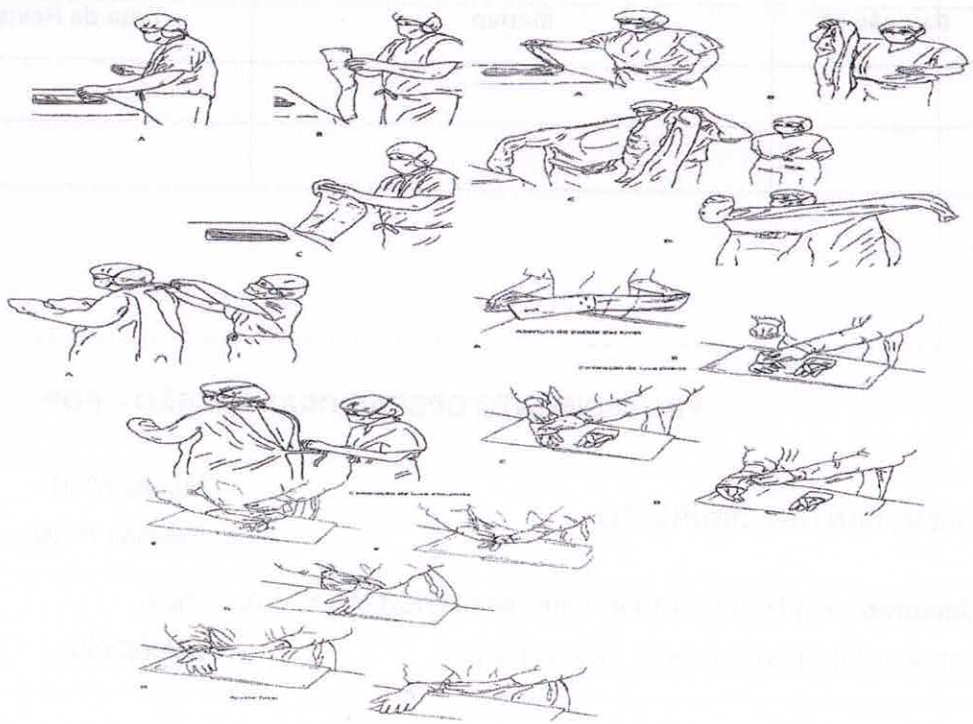
5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Guideline for prevention of surgical site infection, 1999.

6. ANEXOS

ANEXO 1 - PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA



Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de atendimento aos pacientes no período pós-anestésico e pós-operatório imediato.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
.	Receber o paciente na SRPA e se informar com o circulante da SO e/ou anestesista qual o procedimento anestésico cirúrgico realizado.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Confirmar os dados do paciente com o prontuário.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Orientar o paciente quanto ao término da cirurgia e sua permanência na sala de recuperação pós anestésica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Transferir o paciente da maca para a cama, atentando-se às punções, drenos, cateteres e imobilizações.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Posicionar o paciente conforme prescrito ou de acordo com a necessidade, proporcionando conforto, segurança e privacidade.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Monitorar o paciente adequadamente, instalando monitorização multiparamétrica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Registrar o horário da admissão no livro da SRPA. Identificar o leito do paciente. Preencher SAEP – Assistência na Sala de Recuperação Pós Anestésica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Monitorar a saturação e instalar oxigênio conforme necessidade do paciente e prescrição médica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Controlar os sinais vitais a cada 15 minutos na primeira hora e após a primeira hora, a cada 30 minutos.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Manter as vias aéreas pérvias e realizar aspiração orotraqueal, se necessário.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Observar sinais de sangramento, distensão e desconforto abdominal e avisar o anestesiologista e/ou cirurgião.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Verificar integridade cutânea nas áreas que permaneceram sob pressão no intraoperatório e na região de contato da placa de retorno do bisturi elétrico.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Solicitar a avaliação do anestesiologista na presença de alterações do nível de consciência, alterações respiratórias e/ou hemodinâmicas, queixas de dor, náuseas, vômito ou qualquer outro desconforto.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Executar a prescrição médica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Registrar no prontuário os procedimentos de enfermagem realizados e/ou as intercorrências apresentadas pelo paciente.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Avaliar as condições clínicas de alta do paciente e registrar esses dados.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Após liberação de alta do paciente pelo anestesiologista, comunicar a unidade de origem do paciente via telefone	Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Transferir o paciente da cama para a maca com segurança.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Encaminhar o paciente e passar para a equipe de enfermagem da unidade de origem as informações clínicas do paciente.	Téc./ Aux. em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

ROUTHROCK, Jane C. Alexander. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsiever, 2007.

6. ANEXOS

- Sem anexo.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão

Revisão Nº	Motivo	Data da Revisão

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES NA SRPA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES NA SRPA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de atendimento aos pacientes no período pós-anestésico e pós-operatório imediato, em casos de complicações.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS NA SRPA		
.	Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da frequência respiratória.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Comunicar ao anestesiologista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Elevar o decúbito, aumentar a oferta de oxigênio, conforme prescrição médica. Solicitar realização de respiração profunda.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Aspirar a secreção orotraqueal, se necessário. Administrar os medicamentos prescritos de horário ou SOS.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Providenciar material para intubação e/ou ventilação do paciente, se necessário. Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente, no prontuário.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES CARDÍACAS NA SRPA		
•	Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da frequência cardíaca.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Comunicar ao anestesiologista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Manter o paciente normotérmico. Administrar os medicamentos prescritos de horário ou SOS. Providenciar material para atendimento de emergência.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente, no prontuário.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO NA SRPA		
•	Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da saturação de oxigênio.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Comunicar ao anestesiologista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Repor líquidos de acordo com prescrição médica. Elevar membros inferiores. Manter acesso venoso adequado. Providenciar material para atendimento de emergência.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente, no prontuário.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HIPOTERMIA NA SRPA		
•	Comunicar ao anestesiologista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Monitorizar os sinais vitais. Controlar a temperatura frequentemente. Administrar soro aquecido, conforme prescrição médica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente, no prontuário.	Téc./ Aux. em Enfermagem
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DOR NA SRPA		
•	Aplicar a escala de dor. Administrar medicações para algia conforme prescrição médica.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Comunicar ao anestesiologista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

ROUTHROCK, Jane C. Alexander. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsiever, 2007.

MATTIA, Ana Lúcia de et al. Hipotermia em pacientes na recuperação pós anestésica: Hipotermia em pacientes na recuperação pós-anestésica:. Revista Eletrônica de Enfermagem, [S.l.], v. 16, n. 4, p. 787-94, dez. 2014. Disponível: https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/24222/17839

6. ANEXOS

- Não se aplica.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	

Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: CIRCULAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.8 CIRCULAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA

1. OBJETIVO

Implementar uma assistência de enfermagem integral, individualizada, contínua, documentada, participativa e avaliada tendo como centro da atenção o paciente cirúrgico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
.	Verificar no pedido de cirurgia o material e caixas de instrumentais solicitado para o procedimento programado antes da chegada do paciente.	Instrumentador
•	Receber o paciente com cordialidade, apresentar-se, conferir sua identificação na pulseira, confirmar os dados do prontuário e confirmar o jejum.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Auxiliar e/ou transferir o paciente da maca para mesa cirúrgica, colocando o paciente em decúbito dorsal horizontal, mantendo alinhamento corporal e em posição anatômica, atentar para a posição dos membros superiores (MMSS), para que não haja hiperextensão, a fim de evitar dor no pós-operatório; observar punção, sondas e drenos e assegurando-lhe medidas de conforto e segurança.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Permanecer na sala de cirurgia até a chegada do anestesista.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Auxiliar na monitorização do paciente, instalando oxímetro de pulso e monitorização cardíaca e colaborar com o anestesista na punção do acesso venoso, oxigenação do paciente, indução anestésica e oferecer-lhe os materiais e medicamentos necessários à anestesia.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Realizar a primeira fase do check list de cirurgia segura.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Auxiliar o anestesista nos atendimentos de emergência tais como: em situações de apnéia ou outras intercorrências.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Posicionar adequadamente o paciente para procedimento anestésico.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Posicionar o paciente de acordo com o procedimento cirúrgico .	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem/ Cirurgião/ Anestesista
•	Posicionar o foco cirúrgico sobre a região a ser operada.	Téc./ Aux. em Enfermagem/ Cirurgião/ Instrumentador

•	Auxiliar a equipe na paramentação cirúrgica e à montagem de mesa de instrumentais, bem como iniciar a abertura dos pacotes com técnica asséptica atentando-se na observação dos integradores internos dos pacotes e solicitar a avaliação do enfermeiro diante de qualquer dúvida.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Colocar antissépticos, medicações, soros ou outros líquidos nas cubas na mesa do instrumentador, em técnica asséptica.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Auxiliar o enfermeiro na sondagem vesical quando necessário.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Colocar a placa de bisturi fixando-a com gel, em local musculoso, evitando protuberâncias ósseas e sempre no local mais próximo possível da incisão.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Aproximar da mesa cirúrgica os equipamentos necessários tais como: bisturi elétrico, aspiradores, microscópio e outros com cuidado para não contaminar os campos operatórios e em seguida ligá-los.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Atender prontamente às solicitações de toda a equipe e manter-se na sala durante o ato operatório.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Aproximar os hampers e os lixos da equipe para desprezar compressas sujas, gazes, embalagens descartáveis.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Manter a sala em ordem, com a porta fechada durante todo o procedimento, zelando para evitar as contaminações do ambiente e do material cirúrgico.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Retirar o excesso de lixo e/ou roupas cirúrgicas usadas, embalando-as em sacos plásticos ou sacos de hamper identificados e encaminhá-los aos locais destinados.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Aproximar do cirurgião bancos e pedais dos equipamentos e fornecer-lhe estrado, quando necessário.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Realizar a segunda fase da lista de verificação de segurança em cirurgia antes da incisão cirúrgica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Fazer registros e anotações inerentes à cirurgia com fidelidade, observando com rigor os horários e tempo de garroteamento. Preencher impressos, como folha de gastos e ficha de intra-operatório, relatando intercorrências, medicações e infusões utilizadas.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Realizar rigorosamente a contagem das compressas e gazes utilizadas para posterior conferência antes de iniciar a sutura, registrar no Check list de cirurgia segura.	Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Não abrir material estéril sem que haja necessidade, manter a integridade e esterilidade dos materiais contidos no carrinho da sala e não colocar frascos com soluções no carrinho de materiais.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Checar sempre o nome, o registro do paciente, o tipo sanguíneo e confirmar este dado com a bolsa de sangue antes do início da infusão de hemoderivados.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem/ Anestesista
•	Ao término da cirurgia, auxiliar a equipe no curativo cirúrgico e fazer limpeza sumária do paciente.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem/ Instrumentador
•	Realizar a terceira e última fase do check list de cirurgia segura antes da saída do paciente da SO.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Desligar aparelhos, focos, bisturi elétrico e afastá-los da mesa cirúrgica.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Auxiliar o anestesista na reversão da anestesia.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Retirar campos e instrumentais cirúrgicos que estejam sobre o paciente, utilizando sempre os equipamentos de proteção individual (EPI). Remover campos e lençóis úmidos de cima do paciente, checando se não há instrumental esquecido entre os tecidos, antes de encaminhá-los à lavanderia.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Providenciar maca de transferência para encaminhar o paciente para a SRPA.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Transferir o paciente da mesa cirúrgica para maca com orientação da equipe cirúrgica, cuidando para que infusões, curativos, sondas e drenos não sejam tracionados. Transferir pacientes entubados somente com a presença do anestesista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Colocar fralda, camisola no paciente e cobri-lo com lençóis e cobertores. Organizar o prontuário com impressos, pertences e exames e em seguida encaminhá-lo à Sala de recuperação pós-anestésica ou UTI.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Organizar o prontuário com impressos, pertences e exames e encaminhá-los juntamente com o paciente para a SRPA e/ou UTI.	Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Realizar a passagem de plantão para a equipe de Enfermagem da SRPA, informando nome do paciente, cirurgia realizada, anestesia realizada, estado geral do paciente, intercorrências do SO, medicamentos usados, transfusões sanguíneas, presença de drenos, sondas e curativos.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Em caso de paciente proveniente da UTI ou encaminhado para a mesma, encaminhá-lo diretamente após saída da SO, pertences e exames. A transferência para a UTI deverá ser feito pelo anestesista e/ou Enfermeiro, devendo o Enfermeiro passar o paciente para o Enfermeiro da UTI.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Iniciar a desmontagem da sala conforme procedimento padrão.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Encaminhar o quanto antes as peças para a análise laboratorial, exame anatomopatológico, devidamente acondicionados, identificados e protocolados.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

POP – Higienização das mãos

POP – Posicionamento do Paciente para o Procedimento Cirúrgico

6. ANEXOS

-Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	

Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: CONTROLE DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PERMANENTES	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.9 CONTROLE DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PERMANENTES

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de controle dos materiais e equipamentos permanentes.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor

.	Receber, conferir em conjunto com o colaborador do Serviço de Patrimônio e/ou Engenharia Clínica, datar e assinar todas as vias do termo de responsabilidade de materiais e equipamentos permanentes locados na Unidade de Serviço sob sua responsabilidade, que também vão datadas e assinadas pelo responsável pelo serviço de Patrimônio e/ou Engenharia Clínica do .HUGO	Enfermeiro
•	Promover a limpeza e/ou desinfecção dos equipamentos após o uso, conferir o funcionamento e guardar no local determinado.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Realizar a conferência a cada período, dos equipamentos permanentes do setor, que possui o adesivo de identificação.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Comunicar o enfermeiro qualquer defeito ou falha observada.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Solicitar ao serviço de manutenção os reparos nos aparelhos identificados pelo enfermeiro ou Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem.	Enfermeiro / Assistente Administrativo
•	Registrar no livro de controle de manutenção ou livro de ocorrências do setor o encaminhamento de materiais para reparos.	Enfermeiro

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Não se aplica

6. ANEXOS

-Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior	25/05/2022	

	Gerente Assistencial		
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM BISTURI ELÉTRICO	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.10 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM BISTURI ELÉTRICO

1. OBJETIVO

Utilizar o bisturi elétrico com a finalidade de coagular, dissecar e fulgurar de forma segura evitando acidentes como queimaduras causadas por placas de bisturi.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor

.	Separar o carrinho de bisturi e os acessórios (pedal; cabo da placa isolante; placa isolante de metal ou descartável; caneta de bisturi esterilizada e gel.)	Enfermeiro/ Téc.em Enfermagem
•	Regular sempre de forma audível o sinal acústico que anuncia o estado de ativação do carrinho de bisturi (gerador de alta frequência).	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Conectar o bisturi na rede elétrica.	Enfermeiro/Téc.em Enfermagem
•	Conectar a placa isolante (descartável ou de metal) no paciente mantendo amplo contato com a pele, em área de massa muscular mais próxima do sítio cirúrgico como a panturrilha, face posterior da coxa e glúteos.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Situar a placa dispersiva afastada de próteses metálicas.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Evitar as superfícies muito pilosas, com pele escarificada ou com saliências ósseas que diminuem o contato da placa com o corpo do paciente.	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Utilizar gel para aumentar a condutibilidade entre a placa e corpo do indivíduo.	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Colocar a placa após o posicionamento do paciente e zelar para que não haja deslocamento da peça quando houver mudança de posição.	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Manter o paciente sobre uma superfície seca, sem contato com partes metálicas da mesa de cirurgia.	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Atentar para o risco de combustão quando forem usadas substâncias inflamáveis, tais como antissépticos e anestésicos.	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Dispensar cuidado especial a pacientes portadores de marca-passo para evitar a interferência do bisturi, quando não for possível utilizar instrumentos bipolares, colocar a placa de retorno o mais próximo possível do local da cirurgia e deve-se manter um desfibrilador pronto para uso.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Manter-se atento durante todo período do uso do equipamento, pois é de responsabilidade da enfermagem a colocação da placa dispersiva e o bom funcionamento durante o ato anestésico cirúrgico.	Enfermeiro/Téc./Aux. em Enfermagem
•	Desligar o equipamento no pug.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem

•	Desligar o bisturi da rede elétrica.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Calçar luvas de procedimento.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Desconectar o cabo e caneta do equipamento.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Desprezar a placa descartável no lixo comum, ou realizar a desinfecção na placa metalizada com álcool a 70%.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Encaminhar a caneta de bisturi para o expurgo.	Enfermeiro/Téc.em Enfermagem
•	Acomodar o cabo da placa sem dobrar, para evitar danos, apenas enrolando suavemente.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Retirar luvas de procedimento e lavar as mãos.	Enfermeiro/Téc.em Enfermagem
Obs.: - Ao realizar a degermação, tomar cuidado para não escorrer água na placa, ter cuidado de secar bem o local. - Utilizar a caneta de bisturi compatível com o carrinho. - Não colocar eletrodos de ECG a uma proximidade inferior a 15 cm do campo de operação. - A limpeza e desinfecção do carrinho de bisturi só deverão ser feitas com produtos não combustíveis e não explosivos. Neste ponto é necessário dar atenção a que a umidade não penetre no aparelho. - Nunca jogar produto sobre o equipamento, devemos utilizar compressas umedecidas em solução desinfectante. - Sempre antes de limpar o equipamento, certifique-se que está deligado da tomada		

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

6. ANEXOS

-Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: DEGERMAÇÃO E ANTISSEPSIA DA PELE	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.11 DEGERMAÇÃO E ANTISSEPSIA DA PELE

1. OBJETIVO

Reduzir a microbiota bacteriana residente de pele e mucosas, a fim de promover o controle de infecção em sítio cirúrgico, higienização da área para cirurgias e procedimentos invasivos.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
·	Higienizar as mãos, conforme protocolo institucional.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente, certificar de alergias.	Enfermeiro/Téc.. Em Enfermagem
•	Colocar o gorro, a máscara e as luvas.	Enfermeiro/Téc. . Em Enfermagem
•	Colocar o paciente na posição adequada.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Abrir os materiais na técnica asséptica.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Proteger as laterais da área com compressas para a absorção do excesso da solução utilizada.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Iniciar a aplicação na pele com auxílio de escova de degermação e/ou compressas, em sentido circular do centro para a periferia e numa área grande o suficiente para abranger extensões da incisão, novas incisões e/ou inserção de drenos, não retornar com a mesma gaze em locais já degermados.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Retirar o excesso de degermante com compressa estéril, realizando movimentos circulares do centro para a extremidade da área, sem retornar com a mesma compressa a locais já secos.	Enfermeiro/Téc.. Em Enfermagem
•	Recolher o material.	Enfermeiro/Téc.. Em Enfermagem
•	Retirar as luvas.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Realizar a Higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC: práticas recomendadas da SOBECC. São Paulo, 7ª ed, 2017.

POP de Higienização das mãos.

6. ANEXOS

Não se aplica.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: DESMONTAGEM DA SALA OPERATÓRIA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.12 DESMONTAGEM DA SALA OPERATÓRIA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de desmontagem da sala operatória iniciada logo após a saída do paciente.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Reunir em uma mesa limpa os materiais estéreis que não foram utilizados para a devolução ao local destinado à guarda destes materiais.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Conferir e guardar fracos de psicotrópicos, providenciar as respectivas receitas controladas. Após a conferência dos materiais descartáveis e medicamentos não utilizados, realizar a devolução no formulário e entregar na farmácia.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Calçar luvas de procedimento.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Desprezar os campos cirúrgicos e lençóis sujos em hampers atentando se a verificação de instrumentais nos mesmos, fechá-los e rotulá-los com a identificação da sala cirúrgica, paciente e responsável e em seguida encaminhá-los em mesa auxiliar de material sujo ao carro de roupas. Acondicionar compressas em saco branco leitoso para infectante separadamente dos	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador

	demais resíduos e colocar junto com o resíduo infectante.	
•	Descartar o material perfurocortante em recipiente rígido específico para essa finalidade.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Reunir e retirar os instrumentais da mesa, acondicionando-os na caixa/bandeja em que vieram e verificar sua integridade e quantidade de peças. Deixar as pinças abertas exceto as backaus e colocar as delicadas sobrepostas às pesadas.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Anotar no rótulo da caixa cirúrgica a quantidade de peças conferidas e assinar.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Providenciar cuba rim com água para aspiração das borrachas de aspirador antes de desadaptá-las dos vidros de aspirador, colocá-las na mesa auxiliar de material sujo e encaminhá-las até o expurgo.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Recolher os materiais de anestesia tais como traquéias, baracas, lâminas de laringoscópio e etc., colocá-los na mesa auxiliar de material sujo e encaminhá-los até o expurgo.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Recolher os fracos de aspirador, colocá-los na mesa auxiliar de material sujo e encaminhá-los até o expurgo.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Realizar a limpeza concorrente dos mobiliários e equipamentos conforme técnicas de limpeza, utilizando o quaternário de amônia e pano úmido para retirar secreções e sujidades e em seguida proceder com a desinfecção com álcool a 70%, com movimentos únicos nos mobiliários e afastá-los da parede, somente após esta limpeza e da equipe de higienização é que poderá colocar o material para um outro procedimento.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Solicitar o serviço de higienização para a retirada do lixo, trocas dos sacos plásticos e limpeza "Concorrente ou Terminal".	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Encaminhar os baldes ao expurgo e retirar luvas de procedimento.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Limpar com pano úmido em álccol a 70% friccionando por aproximadamente 30 segundos o carrinho de bisturi, monitor cardíaco e carrinho de anestesia.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Organizar a sala cirúrgica.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

ROUTHROCK, Jane C. Alexander. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsiever, 2007.

POP Higienização das mãos.

6. ANEXOS

- Não se aplica.

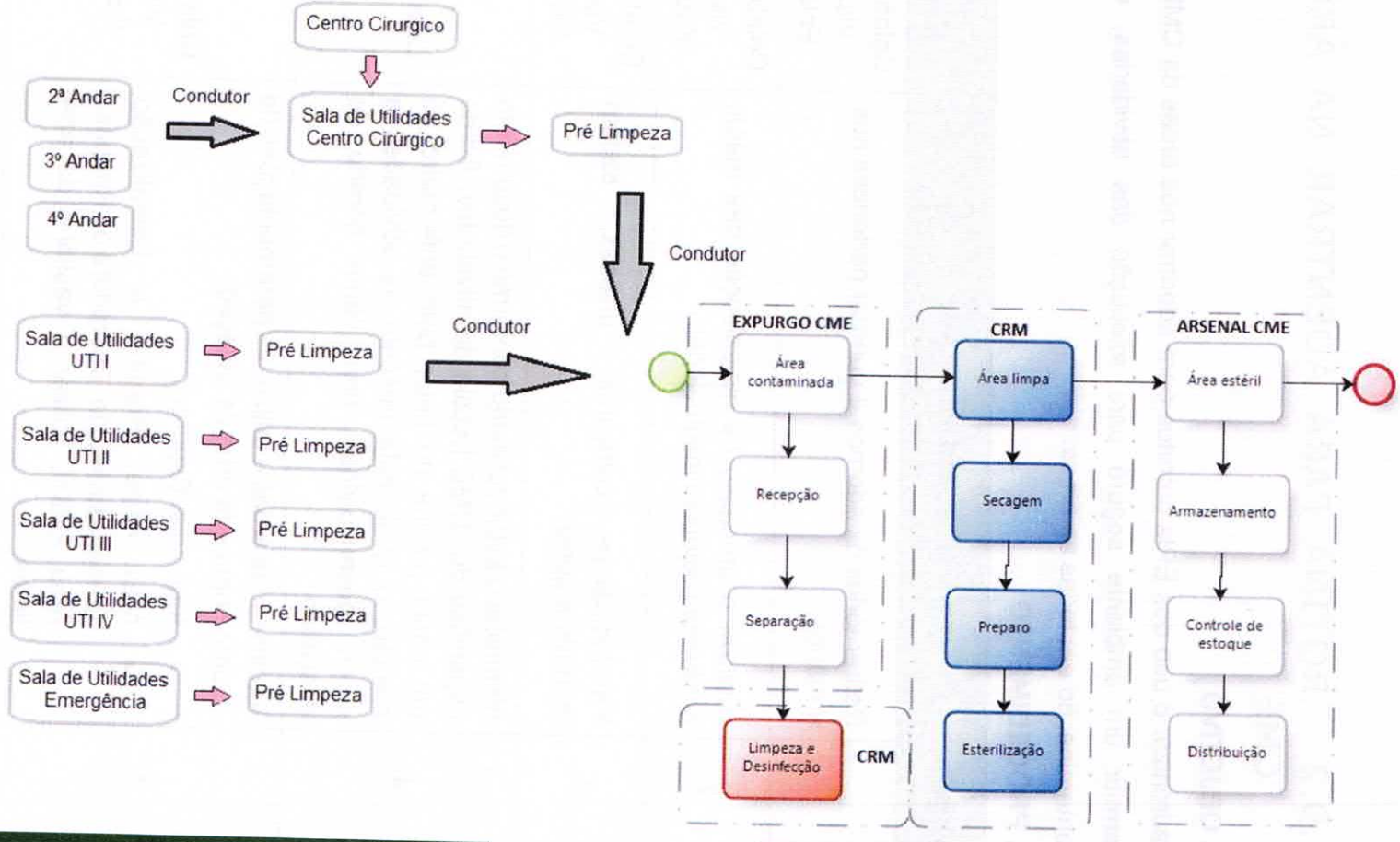
Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ROTINA PARA ADENTRAR NA ÁREA DO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_01

1.9 CME - CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

1.9.1 MACRO FLUXO DA CME



1.9.2 ROTINA PARA ADENTRAR NA ÁREA DO CME

1. OBJETIVO

Padronizar o uso dos EPIs corretos para adentrar nas áreas da CME, a fim de permitir um ambiente seguro para execução das atividades, e livre de contaminação em todas as áreas.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Retirar todos os adornos e guardar pertences nos armários.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários
2.	Realizar o processo de higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários
3.	Paramentar-se colocando unissex, sapato fechado e gorro.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários
4.	Identificar o setor escalado conforme o documento específico do CME Escala de atividades, fixado em pasta própria no setor pelo enfermeiro do plantão, o qual, está descrito as atividades a serem desenvolvidas, bem como horário de descanso.	Colaboradores
5.	Identificar as áreas e utilizar as paramentações de acordo com cada área de atuação: • Área suja: Expurgo; • Área limpa: Preparo e Esterilização, Termodesinfecção, Dobradura de Roupas e Área Estéril, utilizar o vestiário da área limpa.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários
6.	**Paramentar-se para área do Expurgo**: Unissex, touca, protetor auricular, óculos de proteção ou protetor facial, máscara N-95, bota com cano longo, capote impermeável, avental impermeável,	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários

	luva nitrílica e luvas termorresistente. Utilizar luva nitrílica no recebimento, lavagem, secagem e montagem de carga em termodesinfectora. OBS.: Preencher e assinar a planilha de EPIs diariamente.	
7.	**Paramentar-se para área do preparo com**: Unissex, touca, protetor auricular, máscara de procedimento, luvas de procedimento e sapato fechado. · Utilizar luva de procedimento: durante o preparo dos artigos que passaram por processo de limpeza manual, automatizada e termodesinfecção; · Utilizar luvas termorresistentes: ao descarregar a termodesinfectora, carregar e descarregar a unidade secadora e montagem de carga das autoclaves.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários
8.	**Paramentar-se para área estéril com**: EPIs: Unissex, touca, máscara de procedimento, protetor auricular, luva de proteção térmica. Obs.: Utilizar luva de proteção térmica ao descarregar as autoclaves.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização;

EPI: Equipamento de Proteção Individual;

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar; Limpeza, Desinfecção de Artigos e Áreas Hospitalares e Antissepsia. 2ª Edição revisada, 2000.

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

NR 32. Site do Ministério do Trabalho. www.mte.gov.br.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PADRONIZAÇÃO DOS REGISTROS E VALIDAÇÃO DOS INDICADORES DAS AUTOCLAVES A VAPOR NO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_02

1.9.3 PADRONIZAÇÃO DOS REGISTROS E VALIDAÇÃO DOS INDICADORES DAS AUTOCLAVES A VAPOR NO CME

1. OBJETIVO

Padronizar os registros e validação das autoclaves a vapor, utilizando o Bowie-Dick, integrador químico e indicador biológico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Paramentar se conforme rotina para adentrar na área do CME.	Técnico e Auxiliar em Enfermagem
2.	Realizar, diariamente, os testes com indicadores nas autoclaves a vapor, utilizando o Bowie-Dick, integrador químico e indicador biológico.	Técnico e Auxiliar em Enfermagem / Enfermeiro

3.	Realizar o **Bowie-Dick** diariamente no primeiro ciclo da autoclave, sem carga e após manutenção preventiva e corretiva: • Identificar no teste o número da autoclave, lote e ciclo para facilitar o registro e rastreabilidade; • Dispor o teste próximo a bomba de vácuo (de 10 a 20 cm acima do dreno), no rack respectivo a autoclave em teste, a fim de promover maior desafio; • Selecionar ciclo Bowie-Dick (134°C durante 3,5 a 4 minutos de esterilização), fechar a porta o qual o ciclo será iniciado; • Abrir a porta de carga (do lado do preparo), após término do ciclo com luva térmica, recolher o teste para realização da leitura; • Avaliar se a coloração da folha teste está uniforme, livre de umidade e lacuna em sua pigmentação (bolha), o qual assegura que a bomba de vácuo está funcionando de forma adequada; • Fixar o Bowie-Dick no DOC 001 CME Controle dos ciclos de esterilização, correspondente ao ciclo realizado, devidamente preenchido; • Imediatamente? Ou faz um segundo teste? • Informar a Engenharia Clínica por meio de O.S. (Ordem de Serviço) se resultado for insatisfatório; • Repetir o teste Bowie-Dick após a manutenção preventiva e corretiva.	Técnico e Auxiliar em Enfermagem / Enfermeiro
4.	Realizar o **Teste Biológico** diariamente no segundo ciclo do dia, após manutenção preventiva, corretiva e em ciclos a serem processados implantes. • Identificar o pacote desafio do teste biológico, com o número da autoclave, lote e ciclo correspondente;	Técnico e Auxiliar de Enfermagem / Enfermeiro

- Dispor o pacote desafio no rack da autoclave correspondente, conforme orientação fixada em cada autoclave:

Dias	Local de colocar ampola do teste biológico
Segunda	Ampola na porta suja
Terça	Ampola meio
Quarta	Ampola na porta limpa
Quinta	Ampola na porta suja
Sexta	Ampola meio
Sábado	Ampola na porta limpa
Domingo	Ampola na porta suja

- Selecionar o ciclo correspondente a ser realizado (tecidos, instrumentais ou termossensível), fechar a porta o qual o ciclo será iniciado;
- Recolher o pacote desafio após o término do ciclo e encaminhá-lo para a incubação;
- Incubar a ampola teste e a ampola piloto, destinadas a testes de autoclave a vapor, após quebra das mesmas e fixar o integrador químico presente no teste desafio em documento específico do setor (qual documento???);
- Registrar o resultado da incubação no DOC 007 CME Ficha de monitorização de testes biológicos, referente ao primeiro ciclo do dia;
- Registrar o resultado referente aos demais ciclos (consignados e pós manutenção) em documento específico do setor (qual documento???);
- Comunicar a Coordenação e a Engenharia Clínica (OS? Qualquer colaborador pode comunicar a engenharia clínica?) o resultado for insatisfatório,

	bem como, não liberar carga, retornando os materiais para novo processo.	
5.	Realizar **Teste Biológico de leitura rápida** (1h) quando houver necessidade de uso de implante não estéril, em cirurgia de emergência: • Dispor o teste entre os artigos, somente após autorização da enfermeira supervisora ou coordenadora do centro cirúrgico C.C.; • Recolher o pacote desafio ao término do ciclo e encaminhar a enfermeira, a qual incubará o teste; • Incubar a ampola teste e a ampola piloto, no setor destinada a testes de autoclave a vapor de leitura rápida. Após quebra e leitura de 1 (uma) hora retirar a etiqueta da ampola e fixar o integrador químico presente no teste desafio em documento específico do setor; • Fixar resultado após incubação em documento específico do setor, realizar cópia do ciclo, já fixado o resultado e arquivar em pasta destinada a este arquivamento, contendo o nome da enfermeira do C.C. que autorizou o uso do teste.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
6.	Dispor **pacote desafio de integrador químico** entre os pacotes em todos os ciclos da autoclave a vapor, exceto em cargas contendo indicador biológico, visto que, todos os pacotes desafios de teste biológico contém integrador químico. • Selecionar ciclo correspondente a ser realizado (tecidos, instrumentais ou termossensível), fechar a porta o qual o ciclo será iniciado; • Recolher o pacote desafio ao término do ciclo e encaminhar a enfermeira; • Fixar resultado em documento específico do setor;	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro

	• Comunicar a Coordenação e a Engenharia Clínica se o resultado for insatisfatório, bem como, não liberar carga, retornando os materiais para novo processo.	
7.	Trocar a bobina da impressora das autoclaves (POP???) quando apresentar lista lateral vermelha, a qual, indica que está acabando. • Todas as impressões referentes ao término dos ciclos das autoclaves a vapor devem ser fixadas em documento específico do setor(qual documento???);.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
8.	Preencher mensalmente em documento específico do setor - Relatório de indicadores CME – CCIH, com quantitativo dos indicadores das autoclaves a vapor (Bowie-Dick, integrador químico e indicador biológico) com resultado satisfatório e insatisfatório, nas lacunas correspondentes, passível de intervenções e rastreabilidade pertinente do CME e CCIH.	Enfermeiro
9.	Preencher mensalmente em documento específico do setor- Relatório indicadores das termodesinfectoras e lavadoras ultrassônica, com quantitativo dos indicadores das termodesinfectoras e lavadora ultrassônica (teste de limpeza e teste de temperatura), com resultado satisfatório e insatisfatório, nas lacunas correspondentes, passível de intervenções e rastreabilidade pertinente do CME e CCIH.	Enfermeiro
10.	Realizar diariamente relatórios com as ocorrências referentes ao plantão do dia, assegurando a continuidade das informações, registrando em documento específico do setor - Relatório de enfermagem, em seguida salvar o documento em formato PDF, contendo assinatura, matrícula e COREN-GO, na pasta privada da CME, em pasta destinada para este fim.	Enfermeiro

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização;

O.S.: Ordem de Serviço;

C.C.: Centro Cirúrgico;

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: RECEBIMENTO E LIMPEZA DOS INSTRUMENTAIS E DOS MATERIAIS NO EXPURGO	Data: 25/05/2022	POP_CME_03

1.9.4 RECEBIMENTO E LIMPEZA DOS INSTRUMENTAIS E DOS MATERIAIS NO EXPURGO

1. OBJETIVO

Padronizar o horário de recebimento e limpeza dos instrumentais e dos demais materiais no setor do expurgo.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar limpeza das bancadas (com água e detergente enzimático) e desinfecção (com pano multi	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	uso e desinfetante hospitalar fazendo fricção unidirecional).	
•	Verificar os materiais de trabalho e sinalizar quando houver falta de algum; preparar solução do detergente enzimático de acordo com orientações do fabricante e realizar a troca do mesmo sempre que necessário.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Receber os materiais conforme horário anexado no setor, realizando conferência da sua integridade e funcionalidade, se danificado, comunicar a supervisão e receber somente mediante a autorização da enfermeira do plantão, e com o devido preenchimento de documento específico do setor - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Separar os materiais cuidadosamente a fim de evitar danos como quedas ou acidente ocupacional, atentando para corpo estranho (lâmina de bisturi, agulhas e etc.)	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Realizar pré-lavagem dos materiais com água filtrada e solução detergente enzimático (diluído conforme orientações do fabricante), utilizando escovas e esponjas compatíveis a cada material a ser processado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Imergir os instrumentais abertos na solução de água e detergente enzimático para remoção dos resíduos de matéria orgânica. Dar atenção especial para as articulações, serrilhas e cremalheiras.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desmontar o instrumental cirúrgico sempre que possível e friccionar os artigos sob água para evitar aerossóis de microrganismo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Enxaguar rigorosamente os instrumentais em água corrente filtrada, abrindo e fechando as articulações até remover a sujidade e o detergente enzimático.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Encaminhar os artigos críticos para o processo automatizado escolhido conforme tipo do material (termodesinfectora ou lavadoura ultrassônica).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Priorizar os artigos mais críticos (pinças cirúrgicas) no processo da lavadoura ultrassônica e respiratórios (látex e traqueias) priorizar na termodesinfectora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Colocar o instrumental cirúrgico de modo organizado nas bandejas perfuradas, para permitir que a solução ocupe todos os espaços dos instrumentais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Acondicionar os materiais pesados e maiores, de maneira que estes fiquem abaixo dos pequenos e leves.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Utilizar lente de aumento disponibilizado no setor, a fim de conferir a limpeza dos artigos, assegurando o processo de adequada higienização.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Repetir o processo em caso de permanência de sujidade após o processo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Secar as peças com compressa estéril e ou ar comprimido, em todo a sua extensão, dando especial atenção para as articulações, serrilhas e cremalheiras, se necessário encaminhar para secadora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desprezar solução ao término do expediente, lavar e secar as cubas.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Lavar e secar pia e bancada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Manter ambiente limpo e em ordem.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Limpeza, Desinfecção de Artigos e Áreas Hospitalares e Antissepsia. 2ª Edição revisada, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Exposição a Materiais Biológicos. Brasília, 2006. 76p.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: FLUXO DE RECEBIMENTO E ENTREGA DE MATERIAIS PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO	Data: 07/04/2020	POP_CME_04

1.9.5 FLUXO DE RECEBIMENTO E ENTREGA DE MATERIAIS PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

1. OBJETIVO

Padronizar o processo dos materiais de uso a assistência a saúde no CC, desde seu recebimento no expurgo, até a distribuição, após estéril.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Paramentar se conforme POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Receber os materiais provenientes do CC, avaliando: composição, integridade e funcionalidade. Ao detectar falha na	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	entrega, solicitar preenchimento em documento especifico do setor CME - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores, e acionar enfermeira do plantão para tratativas pertinentes.	
•	Desmontar os materiais e imergi-los em solução com detergente enzimático por tempo e diluição, conforme orientação do fabricante.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Realizar limpeza friccionando com esponjas e/ou escovas apropriadas a cada material, inspecionando cuidadosamente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Enxaguar em água corrente filtrada e encaminhar para limpeza automatizada correspondente a cada material conforme POP de Limpeza automatizada nas termodesinfectoras e POP Limpeza automatizada realizada na lavadoura ultrassônica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Encaminhar os materiais aos processos correspondentes a características de cada um, os quais serão submetidos ao processo de esterilização a vapor, conforme POP CME Preparo, envólucros dos artigos e montagem das cargas da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Armazenar e distribuir os artigos no CC conforme POP CME Armazenamento e controle dos artigos, após processos de esterilização ou termodesinfecção, atentando para validade e fornecimento dos materiais conforme o solicitado, sinalizando ao enfermeiro do plantão problemas ocorrentes durante a ofertada destes artigos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CC: Centro Cirúrgico.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

BRASIL. Resolução - RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA AUTOMATIZADA NA LAVADOURA ULTRASSÔNICA	Data: 25/05/2022	POP_CME_05

1.9.6 LIMPEZA AUTOMATIZADA NA LAVADOURA ULTRASSÔNICA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza automatizada realizada pela lavadoura ultrassônica a fim de romper os elos que fixam a partícula de sujidade à superfície do produto, a fim de garantir um processo seguro.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Realizar teste de limpeza diariamente, no primeiro ciclo do dia, dispondo-o no meio da lavadoura.	Enfermeira
•	Separar os materiais após pré-lavagem, destinado ao processo de limpeza automatizado na lavadoura ultrassônica e relacionar em documento específico CME Controle dos ciclos de desinfecção nas lavadouras ultrassônicas.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Abrir o instrumental pontiagudo e limpar cuidadosamente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desmontar o instrumental cirúrgico sempre que possível.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Organizar o instrumental no cesto, visto que os mais pesados não devem ficar por cima dos demais, permitindo que o detergente penetre bem nos instrumentais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Distribuir uniformemente a carga e não ultrapassar 80% de sua capacidade.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Abrir os instrumentais articulados (tesouras, pinças, goiva) antes da limpeza, para que o agente de limpeza entre em contato com toda a superfície do artigo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Conferir o detergente em uso, atentando para quantidade existente no galão e diluição (conforme orientação do fabricante).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Ligar o aparelho utilizando a chave localizada ao lado do aparelho, selecionar o ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Enxaguar em água corrente filtrada e secar com compressa, ar comprimido ou encaminhar para secadora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Inspecionar a limpeza dos artigos com auxílio da lupa e repetir o processo caso necessário. Encaminhar para o preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

Informe técnico nº 01/09 Princípios Básicos para Limpeza de Instrumental Cirúrgico em Serviços de Saúde – Fevereiro de 2009 – ANVISA.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA AUTOMATIZADA NAS TERMODESINFECTORAS	Data: 25/05/2022	POP_CME_06

1.9.7 LIMPEZA AUTOMATIZADA NAS TERMODESINFECTORAS

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza automatizada realizada nas termodesinfectoras, a fim de garantir um processo seguro.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
•	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira

•	Realizar teste de limpeza diariamente no primeiro ciclo do dia. Manter na posição vertical clampeado por uma pinça, dispondo-o entre os materiais em ciclos de instrumental ou termossensível. Após término do ciclo o enfermeiro deve avaliar o resultado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
•	Anexar resultados dos testes em documento específico do setor - Controle dos ciclos de desinfecção nas termodesinfectoras.	Enfermeira
•	Acionar, via ordem de serviço a Engenharia Clínica se resultados apresentados forem insatisfatórios.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
•	Realizar pré-limpeza dos instrumentais com água e detergente enzimático, conforme diluição do fabricante, com auxílio de esponjas e escovas apropriadas a cada material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	O instrumental pontiagudo deve ser aberto e limpo cuidadosamente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desmontar o instrumental cirúrgico sempre que possível.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Colocar o instrumental de modo organizado nas bandejas perfuradas, para permitir que o detergente penetre bem nos instrumentais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Carregar a termodesinfectora, atentando-se se a água de lavagem alcança e circula livremente, ficando em contato com cada parte do artigo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Distribuir uniformemente a carga e não ultrapassar 80% de sua capacidade.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Priorizar materiais respiratórios (traqueias e látex) e atentar para o encaixe correto do Rack.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Abrir os instrumentais articulados (tesouras, pinças, goiva), antes da limpeza, para que o agente entre em contato com toda a superfície do artigo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Ativar a tecla no painel de controle correspondente para fechar a porta, após término do carregamento.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Acionar na tecla de programação o tipo do ciclo desejado (instrumental ou termossensível), atentando-se para a diluição do detergente enzimático, conforme orientação do fabricante.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Fechar a porta pressionando o botão correspondente ao fechamento da porta, até que se feche por completo, iniciando o ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Abrir a porta pelo lado oposto (área de preparo) para retirar o material no final do ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Inspecionar a limpeza dos artigos com auxílio da lupa e repetir o processo caso seja necessário.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Anotar em documento específico do setor- Controle dos ciclos de desinfecção nas termodesinfectoras, a relação dos materiais submetidos ao processo de limpeza automatizada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Encaminhar o material para a secadora ou bancada de secagem, e em seguida para a mesa de preparo correspondente ao material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

O.S.: Ordem de Serviço

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

Informe técnico nº 01/09 Princípios Básicos para Limpeza de Instrumental Cirúrgico em Serviços de Saúde – Fevereiro de 2009 – ANVISA.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PREPARO, ENVÓLUCROS DOS ARTIGOS E MONTAGEM DAS CARGAS DA AUTOCLAVE	Data: 25/05/2022	POP_CME_007

1.9.8 PREPARO, ENVÓLUCROS DOS ARTIGOS E MONTAGEM DAS CARGAS DA AUTOCLAVE

1. OBJETIVO

Padronizar a rotina do preparo, envólucros e montagem de carga das autoclaves, a fim de promover integridade e condições de funcionalidade, favorecendo em maior vida útil a esses artigos e segurança ao paciente/cliente, sem risco de contaminação.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Paramentar-se conforme POP Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Conferir o material, realizando inspeção rigorosa do processo de limpeza com auxílio de lentes intensificadoras de imagem, em todas reentrâncias, cremalheiras e verificar a integridade e funcionalidade de cada peça.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Selecionar a embalagem de acordo com o processo, peso e o tamanho do item (papel grau cirúrgico, manta SMS, tecido de algodão).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Acondicionar o material conforme padronizado, em bandejas e/ou caixas. Colocar um integrador químico no interior das caixas, dos pacotes de instrumentais e bandejas.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Avaliar a necessidade de embalagens duplas e envolver os materiais usando a técnica de envelope (01 campo simples SMS ou tecido no interior e outro externamente), atentando para compatibilidade dos envólucros. Lacrar o pacote com fita autoclavável. OBS.: Os materiais que vão para o centro cirúrgico devem ter embalagem dupla.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Afixar em documento específico do setor- Etiqueta de identificação da embalagem estéril, informando o conteúdo do pacote, lote de esterilização, número do ciclo, autoclave, data da esterilização, data de validade, método de esterilização, quantidade de itens, nome do funcionário responsável pelo preparo do pacote. Colar no mínimo cinco centímetros, o equivalente a três riscas, da fita para autoclave (zebrada) nos pacotes, exceto no papel grau cirúrgico.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Cortar o grau cirúrgico, respeitando a medida do artigo a ser embalado, selar uma das extremidades e colocá-la na embalagem e selar a outra parte externa. Observar se a selagem está íntegra e avaliar a necessidade de um segundo envólucro (de grau cirúrgico) fixar etiqueta na parte plástica com fita autoclavável. Não escrever diretamente no invólucro.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Separar os materiais que estão envolvidos com envólucros correspondente ao material e ciclo programado (121° C ou 134° C).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Abrir a porta da autoclave e encaixar o suporte do rack puxando para fora da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Carregar a autoclave obedecendo as especificações dos materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Dispor os artigos nos racks e não compactá-los, mantendo as caixas sempre na posição horizontal (não virá-las).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Respeitar à distância de 2,5 cm à 5 cm entre os materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Colocar os artigos côncavos/convexos como comadres, baldes e frascos na posição vertical.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Respeitar o volume máximo de 80% do preenchimento da câmara. Os materiais e embalagens não devem tocar as paredes e teto da câmara. Evitar compactar as embalagens e posicionar os materiais embalados com papel grau cirúrgico de forma que o papel fique em contato com papel e o plástico com o plástico.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Selecionar o ciclo desejado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Anotar em documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, preencher data, tipo do ciclo, número do ciclo, operador, lote, horário do início e descrever os artigos e quantidades colocadas em ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Fechar a porta da autoclave, o qual, o ciclo será iniciado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Verificar diariamente a temperatura e umidade do ambiente, registrando os valores em documento específico do setor- Controle de temperatura e umidade, nos períodos matutino e vespertino.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ARMAZENAMENTO E CONTROLE DOS ARTIGOS APÓS PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO OU TERMODESINFECÇÃO	Data: 25/05/2022	POP_CME_08

1.9.9 ARMAZENAMENTO E CONTROLE DOS ARTIGOS APÓS PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO OU TERMODESINFECÇÃO

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de armazenamento de artigos esterilizados, a fim de manter a integridade da esterilização e do conteúdo, bem como facilitar a localização/identificação dos materiais.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Calçar as luvas de proteção térmica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Abrir a porta do lado estéril da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Remover o carrinho de descarga da autoclave, após 30 minutos de porta aberta.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Manusear os pacotes quando estiverem completamente frios antes de estoca-los ou removê-los do carrinho de descarga da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Certificar-se que os pacotes estão completamente frios a fim de evitar a condensação do vapor tanto fora quanto dentro dos pacotes.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Conferir a integridade das embalagens e rótulos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Proteger os artigos de contaminação, danos físicos e perda durante o transporte.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Estocar os artigos esterilizados nos cestos, armários ou prateleiras de acordo com a sua identificação, sem contato com a parede.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Organizar os artigos e considerar como contaminados os pacotes que caírem no chão ou que apresentar a embalagem violada e/ou danificada (furos, rasgos) bem como os que estiverem comprimidos, torcidos ou úmidos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Posicionar os pacotes com data de esterilização mais antiga à frente daqueles com data mais recente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Guardar e distribuir os artigos obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de esterilização, ou seja, liberar os mais antigos antes dos mais novos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Efetuar a inspeção diária dos artigos estocados para a verificação de qualquer degradação visível e o prazo de validade.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Manter o setor organizado e o controle dos materiais em estoque, registrando diariamente a quantidade de materiais em documento específico do setor- Estoque de materiais no arsenal, sinalizando a enfermeira do setor o déficit a serem priorizados.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Atender a solicitação de requisição de materiais do C.C. mediante documento específico do setor- Requisição de materiais no CME para montagem das salas cirúrgicas e dos setores através do documento específico Requisição de materiais no CME, preenchidos adequadamente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Arquivar em pastas físicas os documentos, permitindo alimentar a planilha de produtividade mensal disponível em pasta privada no diretório da CME.	Enfermeira
•	Verificar os prazos de validade dos artigos, identificando em sua lateral os materiais a vencer na semana (iniciando no domingo), retirar os vencidos e encaminhá-los para expurgo para iniciarem novo processo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Verificar diariamente a temperatura e umidade do ambiente da área de armazenamento de artigos esterilizados, registrando os em documento específico- Controle de temperatura e umidade, nos períodos matutino e vespertino.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
•	Realizar visita semanal em cada setor da unidade com objetivo de avaliar o armazenamento, integridade, validade e acúmulo de materiais, evitando que outros setores fiquem desprovidos de alguns materiais. A avaliação setorial deverá ser registrada em documento específico do setor - Não conformidade nas visitas dos setores, passível de tratativas com responsáveis, visando	Enfermeira

	redução de custos e melhoria no atendimento ao cliente.	

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

C.C.: Centro Cirúrgico.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013;

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA MANUAL, TERMODESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DOS ARTIGOS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA	Data: 25/05/2022	POP_CME_09

1.9.10 LIMPEZA MANUAL, TERMODESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DOS ARTIGOS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza de artigos utilizados na assistência respiratória, tais como nebulizadores, circuitos respiratórios e de suporte anestésico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor

1.	Paramentar conforme POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Receber os materiais de assistência ventilatória das unidades consumidoras.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Conferir a integridade dos artigos e se os mesmos estão completos, se danificados comunicar a enfermeira do CME e receber somente após entrega do documento específico do setor - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desconectar cuidadosamente as válvulas, diafragmadas, copos reservatórios, máscaras, conexões, balões de ventilação e traqueias, a fim de evitar perdas e facilitar limpeza.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Imergir os artigos em recipiente com detergente enzimático (diluir o produto conforme instrução do fabricante, realizando a leitura antecipada do rótulo do mesmo).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Lavar os artigos com escovas e/ou esponjas não abrasivas adequadas e enxaguar com água filtrada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Encaminhar para a termodesinfecção os materiais termossensíveis e de alta rotatividade já padronizados. Preparar em embalagem plástica, selar com seladora térmica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Secar os artigos cuidadosamente com compressas e/ou ar comprimido, montá-los e encaminhar para processo correspondente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Identificar os materiais com o documento específico do setor Etiqueta de identificação da embalagem desinfecção, com validade de 07 dias.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Anotar em documento específico do setor- Controle dos Ciclos de Desinfecção na Termodesinfectora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Encaminhar para área de preparo os materiais que suportam alta temperatura para serem autoclavados, devendo serem envolvidos em Grau cirúrgico e/ou SMS.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Identificar os materiais com documento específico do setor Etiqueta de identificação da embalagem estéril, afixando-as com fita autoclavável.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Anotar em documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, tipo de pacotes e quantidades.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Encaminhar ao Enfermeiro do setor os produtos que estejam incompletos para providências.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS			
Nome	**Cargo**	**Data Elaboração**	**Visto**
Elaboração/ Revisão	Gerente Assistencial	25/05/2022	

Jovani Gomes Ferreira Junio			
Aprovação Dr. Jose Fernando B. Folgosi	Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PROCESSAMENTO DOS AMBUS	Data: 25/05/2022	POP_CME_10

1.9.11 PROCESSAMENTO DOS AMBUS

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de limpeza, desinfecção e esterilização dos ambus.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber materiais mediante o preenchimento em documento específico do setor - Entrega de materiais no CME e conferir a integridade no ato do recebimento.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber materiais danificados somente com autorização da enfermeira responsável do plantão e após preenchimento em documento específico do setor - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Desmontar o ambu (retirar a máscara e conexões).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Imergir o ambu e seus componentes em detergente neutro (pronto uso).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Lavar externamente e internamente, com solução de água e detergente neutro, usando a escova de limpeza apropriada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente, bem como suas conexões.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para a lavagem automatizada na termodesinfectora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Secar com compressas e ar comprimido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para o setor de Preparo e Esterilização os materiais montados, conferindo a sua integridade.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar o teste de insuflação e ventilação para todos os ambus antes de conectar a máscara.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Envolver em grau cirúrgico ou SMS ou embalagem plástica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Identificar com documento específico do setor - Etiqueta de identificação da embalagem estéril.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Esterilizar no ciclo de 121° C.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Identificar com documento específico do setor- Etiqueta de identificação da embalagem desinfecção e encaminhar para o armazenamento.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

SMS: Spunbond Meltblown Spunbond

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	

Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PROCESSAMENTO DAS TRAQUEIAS DOS VENTILADORES	Data: 25/05/2022	POP_CME_11

1.9.12 PROCESSAMENTO DAS TRAQUEIAS DOS VENTILADORES

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza manual e automatizada das traqueias dos ventiladores.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Higienizar as mãos conforme protocolo institucional e paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber os materiais mediante apresentação do documento específico do setor - Entrega de materiais no CME, preenchido corretamente e conferir integridade da válvula no ato do recebimento.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber os materiais danificados somente com autorização da enfermeira responsável do plantão e após preenchimento de documento específico do setor - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar a pré - limpeza manual do artigo utilizando detergente enzimático (diluído conforme recomendado pelo fabricante) e	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	escovas adequadas para cada lúmen de traqueia.	
1.	Imergir totalmente as traqueias na solução enzimática e deixar de 5 a 10 minutos, preenchendo todo lúmen.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar abundantemente em água corrente filtrada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conectar as traqueias nos encaixes do rack da termodesinfectora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Selecionar o ciclo destinado aos materiais termossensíveis, atentando para nível de detergente enzimático no recipiente e se necessário realizar reposição.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Inspecionar a eficácia da limpeza e se necessário retornar ao processo de limpeza.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para o gabinete de secagem.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para bancada do preparo correspondente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Envolvê-los em papel grau cirúrgico, atentando para uma selagem com eficácia.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Fixar a etiqueta na parte plástica com a fita autoclavável.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Dispor os artigos nos racks da autoclave e não compactá-los, obedecendo à distância de 2,5 cm à 5 cm entre os materiais. Posicionar conforme rotina o integrador químico.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Anotar m documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, preencher data, tipo do ciclo, número do ciclo, operador, lote, horário do início e descrever os artigos e quantidades colocadas em ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Selecionar o ciclo de 121° C, acionar o dispositivo de fechamento da porta e em seguida iniciar o ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Confirmar após o término do ciclo, através da fita impressa pela autoclave, se o mesmo foi concluído regularmente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar os pacotes da autoclave quando estiverem completamente frios, só então removê-los do carrinho de descarga da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conferir a integridade das embalagens e rótulos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Estocar os artigos esterilizados nos cestos, armários ou prateleiras correspondentes a sua identificação, sem contato com a parede.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Verificar diariamente a temperatura e umidade do ambiente, registrando os valores em documento específico do setor- Controle de temperatura e umidade, nos períodos matutino e vespertino.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Composição de cada Kit Respiratório.

COMPOSIÇÃO DE CADA KIT RESPIRATÓRIO	
NOME DO KIT	**COMPOSIÇÃO**
Kit New Port 500 Adulto	• Duas traqueias de silicone de 1,20 cm; • Um "Y" com furo duas entradas; • Uma linha de fluxo em silicone com adaptador ao "Y"; • Uma conexão cotovelo 90º.
Kit New Port 500 Infantil	• Quatro traqueias de silicone de 0,80 cm infantil; • Dois copos coletores com duas entradas para traqueias; • Um "Y" com furo duas entradas; • Uma linha de fluxo em silicone com adaptador ao "Y"; • Uma conexão cotovelo 90º infantil.
Kit New Port 360 Adulto	• Quatro traqueias de silicone de 0,80 cm; • Dois copos coletores com duas entradas para traqueias; • Um "Y" sem furo duas entradas; • Uma conexão cotovelo 90º.

Kit New Port 360 Infantil	• Quatro traqueias de silicone de 0,80 cm; • Dois copos coletores com duas entradas para traqueias; • Um "Y" sem furo duas entradas; • Oito conexão reta infantil.
Kit Anestesia Adulto	• Duas traqueias de silicone de 1,40 cm; • Um "Y" sem furo duas entradas; • Uma conexão cotovelo 90°.
Kit Anestesia Infantil	• Duas traqueias de silicone de 1,20 cm infantil; • Um "Y" sem furo duas entradas; • Uma conexão cotovelo 90° infantil.
Kit Tomografia	• Quatro traqueias de silicone de 1,20 cm; • Duas conexões retas para encaixe das traqueias; • Um "Y" sem furo duas entradas; • Uma conexão cotovelo 90°.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada

Assunto: LIMPEZA E PREPARO DAS MANGUEIRAS DE SILICONE (LÁTEX)	Data: 25/05/2022	POP_CME_12

1.9.13 LIMPEZA E PREPARO DAS MANGUEIRAS DE SILICONE (LÁTEX)

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e preparo das mangueiras de silicone (Látex) no setor de Expurgo.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Higienizar as mãos conforme protocolo institucional e paramentar-se conforme POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber os materiais mediante documento específico do setor- Entrega de materiais no CME preenchido corretamente e conferir a integridade da válvula no ato do recebimento, quando tiver o vacuometro. OBS.: Látex de 3 m para o centro cirúrgico, endoscopia e colonoscopia; Látex de 2 m para os demais setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Receber os materiais danificados somente com a autorização da enfermeira responsável do plantão e após preenchimento de documento específico do seotr- Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar a pré-limpeza manual do artigo utilizando detergente enzimático (diluído conforme recomendado pelo fabricante) e escovas adequadas para lúmen do látex.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Imergir totalmente os látex na solução enzimática, e deixar de 5 à 10 minutos, preenchendo todo lúmen.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar abundantemente em água corrente filtrada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conectar nos encaixes no rack da termodesinfectora destinada a limpeza automatizada de látex.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Selecionar o ciclo destinado aos materiais termossensíveis (ciclo 2 para látex).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Inspecionar a eficácia da limpeza e retornar para novo processo caso necessário.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Observar se o material está totalmente seco, e se necessário, secá-los com ar comprimido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para o setor de Preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Envolvê-los em SMS, preferencialmente, ou em grau cirúrgico, atentando para uma selagem com eficácia.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Fixar a etiqueta na parte externa do SMS com fita autoclavável, e se necessário o uso do grau cirúrgico, fixar etiqueta na parte plástica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Dispor os artigos nos racks da autoclave e não compactá-los, obedecendo à distância de 2,5 cm à 5 cm entre os materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Selecionar o ciclo desejado de 121° C, e acionar o dispositivo de fechamento da porta e em seguida o de início do ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Confirmar se a impressora está no ciclo selecionado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Anotar em documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, preencher data, tipo do ciclo, número do ciclo, operador, lote, horário do início e descrever os artigos e quantidades colocadas em ciclos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Retirar da autoclave os pacotes quando estiverem completamente frios, só então removê-los do carrinho de descarga da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conferir a integridade das embalagens e rótulos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Estocar os artigos esterilizados nos cestos, armários ou prateleiras correspondentes, de acordo com sua identificação, sem contato com a parede.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

SMS: Spunbond Meltblown Spunbond.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA, PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DAS FAIXAS DE SMARCH	Data: 25/05/2022	POP_CME_13

1.9.14 LIMPEZA E PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DAS FAIXAS DE SMARCH

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza, preparo e esterilização das faixas de smarch.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Higienizar as mãos conforme protocolo institucional e paramentar-se conforme POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber os materiais mediante documento específico do setor- Entrega de materiais no CME, preenchido correspondendo ao que foi entregue.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Retirar excesso de sujidade em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Imergir as faixas de smarch totalmente na solução enzimática (diluído conforme orientação do fabricante), em vasilhames e deixar durante 10 minutos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirá-las da solução enzimática e realizar limpeza manual com auxílio de esponja não abrasiva e detergente enzimático.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar abundantemente em água corrente filtrada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para bancada de secagem no expurgo e secar com compressas limpas e secas.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para o setor de Preparo e empacotá-los em SMS ou grau cirúrgico.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar esterilização no ciclo 121° C.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Fixar a etiqueta na parte externa do SMS com fita autoclavável, e se necessário o uso do grau cirúrgico, fixar etiqueta na parte plástica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Dispor os artigos nos racks da autoclave e não compactá-los, obedecendo à distância de 2,5 cm à 5 cm entre os materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Selecionar o ciclo desejado de 121° C, e acionar o dispositivo de fechamento da porta e em seguida o de início do ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Confirmar se a impressora está no ciclo selecionado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Anotar em documento específico do setor-Controle dos ciclos de esterilização, preencher data, tipo do ciclo, número do ciclo, operador, lote, horário do início e descrever os artigos e quantidades colocadas em ciclos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar da autoclave os pacotes quando estiverem completamente frios, só então removê-los do carrinho de descarga da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conferir a integridade das embalagens e rótulos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Estocar os artigos esterilizados nos cestos, armários ou prateleiras correspondentes, de acordo com sua identificação, sem contato com a parede.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

SMS: Spunbond Meltblown Spunbond

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	

Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA, PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTAIS TUBULARES	Data: 25/05/2022	POP_CME_14

1.9.15 LIMPEZA, PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTAIS TUBULARES

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e esterilização dos instrumentais tubulares.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber materiais danificados somente com autorização da enfermeira responsável do plantão e após preenchimento em documento específico do setor - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar excesso de sujidade em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Desmontar os materiais possíveis de tal ação.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Realizar pré – limpeza imergindo os materiais tubulares em solução enzimática (diluído conforme orientação do fabricante), deixar agir de 5 à 10 minutos, e em seguida lavar com escovas apropriadas a cada lúmen, observando a entrada da água ou forçando a entrada do líquido com o auxílio de uma seringa e/ou jato de água.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirá-las da solução enzimática, enxugar e encaminhar a limpeza automatizada na lavadoura ultrassônica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Iniciar o ciclo conforme POP CME Limpeza automatizada realizada na lavadoura ultrassônica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar os materiais abundantemente em água corrente e avaliar com auxílio de lupas disponíveis no setor, se os lumens e conexões estão visivelmente limpos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Secar os artigos com ar comprimido e encaminhar para o setor de preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Envolvê-los com envólucros compatíveis ao processo. Fixar etiqueta de identificação conforme documento específico fo setor- Etiqueta de identificação da embalagem estéril.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Realizar esterilização nos ciclos de acordo com as características de cada um dos instrumentais tubulares.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PROCESSAMENTO DAS CANETAS DE BISTURI	Data: 25/05/2022	POP_CME_15

1.9.16 PROCESSAMENTO DAS CANETAS DE BISTURI

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e processamento das canetas de bisturi no setor do Expurgo.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar a higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber materiais danificados somente com autorização da enfermeira responsável do plantão e após preenchimento do documento específico do setor- Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar o excesso de sujidade em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Desconectar as peças da caneta de bisturi.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Imergir as pontas das canetas de bisturi na solução enzimática (diluído conforme orientação do fabricante) e deixar durante 10 minutos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar da solução enzimática e friccionar a esponja não abrasiva em todas as partes da caneta de bisturi, se necessário, fazer isso com escova de cerdas macias.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar a secagem com compressas limpas na parte externa e com ar comprimido na parte interna.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para o setor de Preparo, conferindo previamente a integridade do mesmo e empacotá-la em grau cirúrgico.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar esterilização no ciclo 121° C.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Fixar a etiqueta na parte externa do SMS com fita autoclavável, e se necessário o uso do grau cirúrgico, fixar etiqueta na parte plástica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Dispor os artigos nos racks da autoclave e não compactá-los, obedecendo à distância de 2,5 cm à 5 cm entre os materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Selecionar o ciclo desejado de 121° C, e acionar o dispositivo de fechamento da porta e em seguida o de início do ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Confirmar se a impressora está no ciclo selecionado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Anotar em documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, preencher data, tipo do ciclo, número do ciclo, operador, lote, horário do início e descrever os artigos e quantidades colocadas em ciclos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar da autoclave os pacotes quando estiverem completamente frios, só então removê-los do carrinho de descarga da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conferir a integridade das embalagens e rótulos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Estocar os artigos esterilizados nos cestos, armários ou prateleiras correspondentes, de acordo com sua identificação, sem contato com a parede.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PROCESSAMENTO DE SERRAS, PERFURADORES PNEUMÁTICOS, CRANIÓTOMO, DRILL E EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS	Data: 25/05/2022	POP_CME_16

1.9.17 PROCESSAMENTO DE SERRAS, PERFURADORES PNEUMÁTICOS, CRANIÓTOMO, DRILL E EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e esterilização de equipamentos que são utilizados para serrar e perfurar ossos em cirurgias ortopédicas, neurológicas, dentre outras.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber materiais danificados somente após preenchimento de documento específico do setor- Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar excesso de sujidade em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Desconectar cada acessório (motor, peça de mão, protetor, brocas, mangueiras, serra e lâmina) e manter todos no recipiente do equipamento, para evitar perdas.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Lavar as mangueiras com uma esponja embebida com solução de detergente enzimático (diluído conforme orientação do	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	fabricante), enxaguá-las em água corrente, deixando sempre a ponta do aparelho virada para baixo, a fim de evitar danos aos rolamentos e engrenagens, impedindo entrada de água na mangueira (proibido imergir).	
1.	Lavar todos os acessórios manualmente, tais com lâminas, brocas, fresas e serras com o auxílio de escovas apropriadas de cerdas curtas e macias, esponjas não abrasivas e solução de detergente enzimático.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar abundantemente os acessórios com água corrente e secá-los com uma compressa.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Lavar os perfuradores elétricos e serras, com bucha não abrasiva e enxaguar com água corrente filtrada (proibido imergir).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar secagem com compressas limpas e ar comprimido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Fazer a lubrificação do equipamento pneumático com o lubrificante recomendado e realizar teste de funcionalidade com ar comprimido ainda no expurgo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar inspeção visual para observar a presença de resíduos de sujidade e de danos no aparelho.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Comunicar, ao enfermeiro do setor, caso seja observado qualquer alteração no mesmo que possa comprometer seu uso futuro.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Organizar os acessórios no seu próprio recipiente limpo e seco e encaminhá-los para a área de preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Envolver com SMS, identificar com documento específico do setor- Etiqueta de identificação da embalagem estéril, identificando número do lote.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Esterilizar no ciclo 121° C, registrando no documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, o número de identificação do perfurador.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

SMS: Spunbond Meltblown Spunbond

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS DE TERCEIROS	Data: 25/05/2022	POP_CME_17

1.9.18 RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS DE TERCEIROS

1. OBJETIVO

Receber e promover o processamento de artigos advindos de terceiros, conforme rotina interna da instituição.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber o material a ser processado para o procedimento no setor do Expurgo, com antecedência mínima de 8 horas antes do ato cirúrgico e registrar a entrada do mesmo no caderno de protocolo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
1.	Avaliar e conferir o material junto a enfermeira do plantão, observando a integridade do material e sua composição (barrar materiais danificados, porosos e caixas sem perfuração) e protocolar recebimento.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
1.	Realizar processo de limpeza compatível com o material e orientação da enfermeira do plantão.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Secar na secadora e/ou ar comprimido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar a área de preparo, inspecionar limpeza com auxílio da lupa e envolvê-los, com envólucro correspondente ao material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Identificar com o documento específico do setor - Etiqueta de identificação da embalagem estéril.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Realizar o processo de esterilização ou desinfecção conforme especificação do material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Devolver o material ao médico responsável, limpo, ou se ainda estéril, retirar envólucros, registrando sua saída em caderno de protocolo.	Enfermeira

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada

Assunto: RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS CONSIGNADOS DO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_18

1.9.19 RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS CONSIGNADOS DO CME

1. OBJETIVO

Padronizar a rotina de recebimento e devolução dos materiais consignados do CME.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Receber os materiais advindos da empresa contratada para o fornecimento dos materiais consignados que necessitam passar por esterilização, na área administrativa do CME. O recebimento das caixas deverão ocorrer até as 20 horas, ou conforme avaliação/liberação do enfermeiro responsável.	Enfermeiro
1.	Descrever no documento específico do setor-Controle de entrada e saída de materiais consignados no expurgo, a relação de caixas e/ou instrumentais entregues pela empresa contratada.	Enfermeiro

1.	Inspecionar e identificar irregularidade do material, e pontuar a empresa contratada para que ocorra a troca pelo material adequado.	Enfermeiro
1.	Verificar se todas as caixas estão identificadas, e se seus respectivos rótulos conferem com o material entregue. Não permitir caixas que não são furadas.	Enfermeiro
1.	Encaminhar as caixas para o setor Expurgo para que seja iniciado o processo de limpeza.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
1.	Verificar na liberação dos materiais consignados todas as caixas, avaliando o processo de limpeza e a presença de instrumentais que não condiz a composição do artigo.	Enfermeiro
1.	Entregar o documento específico do setor - Controle de saída de materiais consignados, constatando que a empresa possa retirar-se do hospital com as caixas e materiais consignados.	Enfermeiro
1.	Preencher todos os campos do documento específico do setor, para que seja lançado baixa (saída) destes materiais.	Enfermeiro
1.	Avaliar periodicamente o cronograma de fornecimento de consignados para a devida	Enfermeiro

	solicitação e posterior entrega do material em tempo hábil.	

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	

Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS TECIDOS	Data: 25/05/2022	POP_CME_19

1.9.20 PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS TECIDOS

1. OBJETIVO

Padronizar o uso de invólucros de tecido de algodão, a fim de garantir um desempenho seguro do tecido com função de biobarreira.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Solicitar via telefone, junto ao setor de Processamento de Roupas, o quantitativo de tecidos necessários para a execução das atividades diárias.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
1.	Higienizar as mãos conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
1.	Receber os tecidos necessários para o processo de esterilização dos materiais utilizados na unidade.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Separar os tecidos que são utilizados como invólucros, como campo cirúrgico que desempenham a finalidade de proteção e	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	biobarreira do produto esterilizado com o meio externo.	
1.	Conferir a integridade do tecido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Separar tecidos que apresentarem evidências de furos, rasgos e desgastes.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar os tecidos impróprios para o uso ao setor de Processamento de Roupas, em sacos plásticos identificados, para as devidas tratativas no setor.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Utilizar embalagem dupla de tecido para o preparo dos materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Identificar os pacotes com o documento específico do setor- Etiqueta de identificação da embalagem estéril, com validade de 15 dias.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – APECIH. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

BRASIL. Resolução – RDC nº 06, de 30 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 30 de janeiro de 2012.

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA E TESTE DE FUNCIONALIDADE DAS SELADORAS	Data: 25/05/2022	POP_CME_20

1.9.21 LIMPEZA E TESTE DE FUNCIONALIDADE DAS SELADORAS

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de limpeza e validar as seladoras das embalagens plásticas e grau cirúrgico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
3.	Realizar a limpeza semanalmente, no mesmo dia da limpeza terminal do setor.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
4.	Desligar o aparelho da tomada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
5.	Esperar o resfriamento completo do aparelho.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
6.	Limpar com água e produto fornecido pela higienização, todas as superfícies externas, utilizando o pano multiuso disponível no setor.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
7.	Retirar o resíduo interno da esteira com pano multiuso limpo e secar.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
8.	Ligar a seladora e aguardar o aquecimento.	Enfermeira

9.	Realizar teste de selagem, introduzir o papel grau cirúrgico.	Enfermeira
10.	Ligar a esteira e realizar a selagem.	Enfermeira
11.	Avaliar qualidade da selagem, fixar e registrar no DOC 010 CME Teste da seladora – Grau cirúrgica, e arquivar com devidas observações.	Enfermeira

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: IDENTIFICAÇÃO, RECEBIMENTO E PROCESSAMENTO DE MATERIAIS DE USO ÚNICO	Data: 25/05/2022	POP_CME_21

1.9.22 IDENTIFICAÇÃO, RECEBIMENTO E PROCESSAMENTO DE MATERIAIS DE USO ÚNICO

1. OBJETIVO

Padronizar a identificação, recebimento e processamento de materiais de uso único destinado a assistência a saúde do paciente.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Receber o material destinado ao processo de esterilização ou termodesinfecção, ainda na embalagem e com o rótulo, contendo em seu descritivo informações do produto passível de avaliação.	Enfermeira
2.	Recusar recebimento se no rótulo trazer a seguinte informação: *"PROIBIDO REPROCESSAR"*, conforme estabelece a RDC/Anvisa nº 156/2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e	Enfermeira

	reprocessamento de produtos médicos e esclarecer ao interessado que este produto não poderá ser reprocessado.	
3.	Avaliar o material e orientar a equipe a cerca do correto preparo e esterilização ou desinfecção do artigo, conforme especificação do mesmo.	Enfermeira
4.	Encaminhar para CPPS os materiais de uso único com intuito de novos reprocessos, os quais serão analisados pela comissão se estes são passíveis de reuso, bem como seu custo/benefício e delimitação do reprocesso.	Enfermeira
5.	Preencher o documento específico do setor- Etiqueta de identificação dos produtos de uso único reuso, sempre que o material de uso único for reprocessado.	Enfermeira
6.	Sinalizar a enfermeira do plantão qualquer falha na integridade e funcionalidade do material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
7.	Descartar o produto quando a integridade e funcionalidade estiverem prejudicadas e/ou quando definido pela CPPS.	Enfermeira

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CPPS: Comitê de Processamento de Produtos para Saúde.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

BRASIL. Resolução – RDC nº 156, de 11 de agosto de 2006.

BRASIL. Resolução – RDC nº 30, de 15 de fevereiro de 2006.

Consulta Pública nº 17, de 19 de março e3 2004. D.O.U de 22/03/2004.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	

Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PROCESSAMENTO DE MATERIAIS VENCIDOS NO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_22

1.9.23 PROCESSAMENTO DE MATERIAIS VENCIDOS NO CME

1. OBJETIVO

Padronizar o processamento dos materiais vencidos no CME.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Verificar diariamente as datas dos materiais, dispondo os que vencerão na semana.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Acompanhar através do mapa cirúrgico, a necessidade desses materiais com vencimento próximo, priorizando sua utilização.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
3.	Encaminhar os materiais vencidos para o expurgo, seguindo o fluxo unidirecional até as 17:00 hs, de forma gradativa, após comunicar enfermeira de plantão. Lançar em planilha específica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
4.	Lavar todos os materiais com detergente enzimático e encaminhar para o processo automatizado quando necessário, correspondente a cada tipo de material (lavadoura ultrassônica ou termodesinfectora) atentando para sua integridade e correta composição.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

5.	Realizar a enxágue do instrumental em água corrente filtrada quando optado pelo processo da lavadoura ultrassônica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
6.	Secar todos os materiais com compressa, ar comprimido ou encaminhar para secadora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
7.	Encaminhar os materiais para o setor de preparo e esterilização.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS EPIs USADOS NO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_23

1.9.24 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS EPIs USADOS NO CME

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e desinfecção dos EPI's: Luvas de proteção, sapatos, aventais e óculos.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Retirar sujidade da superfície dos EPI's com compressa umedecida em solução de detergente enzimático diluído ao final do plantão.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Remover o resíduo da solução de detergente enzimático com compressa umedecida em água filtrada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
3.	Secar os EPI's com compressa seca ou ar comprimido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

4.	Aplicar álcool na parte interna e externa dos EPI's.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
5.	Inspecionar, durante o processo de limpeza e desinfecção, possíveis rasgos ou furos que possam comprometer a funcionalidade do EPI, e em caso afirmativo, providenciar a troca junto ao SESMT.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
6.	Guardar em local destinado a este fim (cada colaborador será responsável pelo seu EPI).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
7.	Higienizar as mãos conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

EPI's: Equipamentos de Proteção Individual.

SESMT: Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

NR 32. Site do Ministério do Trabalho www.mte.gov.br

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ROTINA DE LIMPEZA E TROCA DE ESCOVAS E ESPONJAS UTILIZADOS NO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_24

1.9.25 ROTINA DE LIMPEZA E TROCA DE ESCOVAS E ESPONJAS UTILIZADOS NO CME

1. OBJETIVO

Promover a rotina de limpeza e troca das escovas e esponjas utilizadas nos processos de limpeza do CME.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
3.	As esponjas devem ser substituídas a cada 24 horas, no início das atividades do período diurno.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

4.	Substituir as escovas sempre que apresentarem sinais de desgaste.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
5.	Registrar a troca das escovas em documento específico do setor- Controle de troca de escovas do expurgo.	Enfermeira
6.	Processar as escovas em uso, sempre no início do plantão diurno.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
7.	Imergir as escovas no detergente enzimático (diluído conforme instruções do fabricante).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
8.	Realizar a fricção com auxílio de outra escova em processo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
9.	Enxaguar em água filtrada e encaminhar a termodesinfecção.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
10.	Dispor as mesmas em bandejas aramadas e inserir na termodesinfectadora para que seja realizado a limpeza automatizada na termodesinfectora diariamente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
11.	Retirar da termodesinfectora e encaminhar para uso	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA CONCORRENTE E TERMINAL NO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_25

1.9.26 LIMPEZA CONCORRENTE E TERMINAL NO CME

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza concorrente e terminal de todas as áreas do setor CME, objetivando a redução da sujidade e minimizando a possibilidade de contaminação ambiental de todas as superfícies horizontais e verticais.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Paramentar conforme POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Realizar limpeza concorrente diariamente e sempre que necessário, em conjunto com equipe da higienização. OBS.: Realizar a limpeza das bancadas no início do plantão friccionando o pano multiuso com solução de álcool a 70%.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Higienização
3.	Realizar limpeza terminal semanalmente, em conjunto com equipe da higienização.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
4.	Auxiliar os colaboradores da higienização na limpeza terminal, afastando prateleiras, armários e cobrindo artigos. Compete a equipe do setor de higienização a limpeza de teto, paredes, pisos, armários e prateleiras desocupadas. OBS.: Os armários deverão ser desocupados e os materiais devem ser encaminhados para o expurgo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Higienização
5.	Higienizar prateleiras, equipamentos e máquinas de todos os setores do CME semanalmente, nos	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	quais estes devem ser executadas pela equipe do CME.	
6.	Executar a limpeza, do arsenal, cujas, prateleiras devem ser limpas diariamente, de forma gradativa, conforme identificado no setor. Avaliar também a integridade e validade dos pacotes, os quais, devem ser manipulados de forma cautelosa, para evitar dano ao material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
7.	Limpar as autoclaves semanalmente, iniciando na parte externa com pano umedecido, secar com pano seco e aplicar lubrificante (somente na parte externa).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
8.	Higienizar a secadora, quando fria, internamente e externamente com pano úmido (água filtrada) e outro seco, atentando para integridade da máquina.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONANDO A ASSISTÊNCIA A SAÚDE (APECIH), higiene, desinfecção ambiental e resíduos sólidos do serviço de saúde, São Paulo, 2013.

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS DO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_26

1.9.27 MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS DO CME

1. OBJETIVO

Definir o procedimento para execução dos trabalhos de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do CME.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Informar a equipe de enfermagem, com 24 horas de antecedência, sobre a manutenção preventiva, após agendado pela engenharia clínica da unidade.	Enfermeiro
2.	Desligar a máquina escolhida do dia, às 02 horas da manhã, para início da manutenção às 08 horas, pois a máquina deverá estar fria, passível de manuseio.	Enfermeiro
3.	Acompanhar o trabalho de revisão dos equipamentos.	Enfermeiro
4.	Apresentar e apontar as alterações e observações importantes a coordenação de enfermagem da CME.	Enfermeiro
5.	Realizar Bowie Dick, após término da manutenção. Se resultado satisfatório liberar máquina e comunicar equipe.	Enfermeiro
6.	Iniciar ciclos com biológico diário.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
7.	Solicitar e acompanhar trocas dos filtros das torneiras do CME, mensalmente e/ou quando identificar alteração na coloração ou aspecto da água.	Enfermeiro

8.	Registrar no DOC 028 CME Controle de troca do filtro de torneiras do CME, a data, horário, local da torneira, nome do responsável pela empresa, nome do responsável do CME e se necessário acrescentar observações pertinentes de descrição.	Enfermeiro
9.	Acompanhar a coleta de água semestralmente por laboratório terceirizado selecionado pela unidade, e, pontos já pré definidos (pré osmose e pós osmose) para o processo de qualidade da água usada no CME.	Enfermeiro
10.	Analisar resultados dos testes realizados da água e se resultado insatisfatório, em conjunto com CCIH deverá solicitar limpeza e troca dos filtros. Verificar a limpeza das caixas de água e requisitar nova coleta. Até que o resultado seja satisfatório o uso desta água deverá ser suspensa.	Enfermeiro

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

Portaria 2914 de 12/12/2011 – MINISTÉRIO DA SAÚDE dispõe sobre os procedimentos de controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: TRATAMENTO DE EXPLANTES	Data: 25/05/2022	POP_CME_27

1.9.28 TRATAMENTO DE EXPLANTES

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e esterilização dos produtos para saúde oriundos de explantes, a fim de atender as exigências da RDC nº 15, de 15 de março de 2012.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor

1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
3.	Receber o material devidamente identificado com documento específico do setor- Etiqueta de identificação de explantes.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
4.	Desmontar cuidadosamente o produto sempre que possível, caso possua reentrâncias, lumens, utilizar escovas de diâmetros e comprimento adequados.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
5.	Proceder a limpeza manual dos artigos, utilizando detergente enzimático (diluído conforme orientação do fabricante) e escovas adequadas para cada material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
6.	Enxaguar abundantemente em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
7.	Colocar na termodesinfectora no ciclo para instrumentais e em rack destinado a instrumental.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
8.	Secar o produto inspecionando condições de limpeza e encaminhar para o setor de preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
9.	Envolver em papel grau cirúrgico e selar.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

10.	Alimentar planilha específica do setor - Controle de retirada e esterilização dos explantes, com todos os dados descritos no DOC 018, passível de rastreabilidade.	Enfermeiro
11.	Identificar o produto com etiqueta específica do setor- Etiqueta de Identificação da embalagem estéril.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
12.	Armazenar temporariamente no contêiner disponível no setor de preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
13.	Acionar coleta dos explantes ao setor de Higienização, responsável pelo serviço de coleta de resíduo interno via ramal disponível no setor.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
14.	Preencher documento específico do setor- Termo de entrega dos explantes devolvidos, caso seja solicitado pelo paciente, com devidas orientações de proibido reutilização.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

BRASIL. Resolução – RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004.Diário Oficial da União. Brasília, 10 de dezembro de 2004.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

1.10 ATENDIMENTO AMBULATORIAL EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Os Protocolos Operacionais Padrão – POP's constituem importante ferramenta para organização do Serviço de Saúde nas diversas áreas de atuação. Eles permitem que os procedimentos sejam padronizados, sistematizados e organizados passo a passo, de forma que os profissionais dispõem de um roteiro que os auxilia nas tarefas diárias. Eles são ainda, instrumento valioso no treinamento de profissionais recém admitidos.

Nossa proposta de POP's foi elaborada pela Equipe de Multidisciplinar que compõe o Núcleo de Qualidade do Instituto CEM com base nas diretrizes e normatizações do MS, Conselhos de Classe e Associações de Especialistas. Ressaltamos que todos os Protocolos serão revisados e adequados à realidade dos Serviços do hospital..

Os Protocolos Assistenciais utilizados pelo INSTITUTO CEM baseiam-se nos protocolos divulgados pelo Ministério da Saúde, entre outros, aqueles citados e atualizados pelas sociedades de especialidade,

Cada sociedade de especialidade médica divulga, periodicamente, novos protocolos que passam a serem os utilizados pela comunidade médica e hospitalar no Brasil.

Ainda assim, é necessário, periodicamente, atualizá-los conforme a evolução da medicina ocorre nas diversas especialidades em termos de materiais, medicamentos, técnicas cirúrgicas etc.

De toda a forma, para efeito da presente proposta, entendemos que a apresentação dos protocolos assistenciais abaixo relacionados, e indicados para cada unidade de saúde.

As equipes multiprofissionais configuram-se como equipes que atuam de forma integrada, que permite realizar discussões de casos clínicos; o atendimento compartilhado entre profissionais e possibilita a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Os protocolos clínicos são apresentados de acordo com as características dos serviços implementados nas unidades assistenciais abaixo relacionadas:

1.10.1 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AMBULATORIAL

COMPOSTA POR:

1.10.1.1 FISIOTERAPIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) - FISIOTERAPIA

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	

	SETOR FISIOTERAPIA	
	EXECUTANTE:	Emissão:

Objetivo:
Este regulamento foi elaborado com intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotina do setor de Fisioterapia do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

Recursos necessários:
Maca, espelhos, aparelhos de eletroterapia, aparelhos de termoterapia, aparelho de laserterapia, arcos, bolas suíças e feijão, tablado, caneleiras, faixas elásticas e ataduras, halteres, ventosas, bandagem funcional, bicicletas, esteiras, espaldar, bolas de cravo, overball mini, hand grip para dedos e mãos, mocho giratório, disco proprioceptivo, rampa para panturrilha, álcool, gel a base de água e luvas.

Etapas do Processo:
Anamnese, avaliação física, plano de tratamento, evolução diária, liberação com alta do paciente ou encaminhamento ao especialista.

Responsável pela elaboração: Danúbia Rafaela Oliveira Neves Santi		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

PROTOCOLO - POP.019.SF AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA

1. OBJETIVO:

1.1. Uniformizar a rotina de avaliação inicial do paciente durante a primeira abordagem realizada pelo fisioterapeuta a fim de desenvolver um plano apropriado de tratamento.

2. APLICAÇÃO:

2.1. Pronto Socorro/ Enfermarias/ Unidades de Terapia Intensiva/ Unidades de recuperação e pós anestésica.

3. DEFINIÇÕES:

3.1. Registrar no prontuário do paciente todos os aspectos da avaliação verificados na abordagem do paciente durante a admissão,

3.2. Estabelecer o planejamento fisioterapêutico com os objetivos, conforme a avaliação do paciente.

3.3. HDA: História da Doença Atual.

3.4. HDP: História da Doença Pregressa.

3.5. HF: História Familiar.

3.6. FC: Frequência Cardíaca.

3.7. FR: Frequência Respiratória.

3.8. PA: Pressão Arterial.

3.9. SpO2: Saturação Periférica de Oxigênio.

3.10. VM: Ventilador Mecânico.

3.11. SNE: Sonda Nasoenteral.

3.12. CVC: Cateter Venoso Central.

3.13. PAI: Pressão Arterial Invasiva.

3.14. TQT: Traqueostomia.

3.15. TOT: Tubo Oro traqueal.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES:

4.1. Higiene das mãos antes e após o procedimento de acordo com a normativa vigente.

4.2. Procurar conhecer a história da doença atual (HDA) anteriormente ao primeiro contato com o paciente. Colher também a história da doença pregressa (HDP), familiar (HF), social e medicamentosa, se possível; Analisar exame laboratoriais e exames de imagens antes do atendimento;

4.3. Apresentar-se ao paciente e/ ou acompanhante informando seu nome profissão e o procedimento a ser realizado;

Buscar o contato visual, auditivo e motor com o paciente para definir a graduação do nível de consciência (ECG – Escala de Coma de Glasgow ou RASS – Richmond Agitation Scale);

4.4. Durante o primeiro contato com o (a) paciente, observar a monitorização do mesmo (a): (FC) frequência cardíaca, (FR) frequência respiratória, (PA) pressão

arterial, (SpO2) saturação periférica de oxigênio, presença da sensação de dispneia e temperatura.

4.5. Observar presença de equipamentos e dispositivos utilizados, ventilador mecânico (VM), bombas de infusão, máquina de hemodiálise, eletrocardiógrafo, sondas alimentares (SNE), cateter venoso central (CVC), pressão arterial invasiva (PAI), traqueostomia (TQT) ou tubo orotraqueal (TOT), máscaras;

4.6. Despir e realizar a inspeção do paciente: padrão respiratório, coloração da pele, edemas, hematomas, colostomia, gastrostomia, ferida ou cicatrizes, fixadores ósseos externos, trações e outros;

4.7. Realizar a ausculta pulmonar, avaliação da expansibilidade e a simetria torácica;

4.8. Realizar a palpação do paciente: trofismo, temperatura, dor, edema (com ou sem sinal cacifo) e outros;

4.9. Avaliar a força muscular periférica através do Medical Research Council (MRC), caso o paciente esteja colaborativo.

4.10. Avaliar o nível de dependência quanto à movimentação e graduar o nível de funcionalidade (hipoativo, ativo, inerte, dependente, semi dependente, independente)

4.11. Caso o paciente esteja acordado e colaborativo solicitar movimentação ativa global a fim de avaliar funcionalidade, utilizando o Funcional Status Score For Intensive Care Unit (FSS-ICU). Ao contrário, realizar mobilização passiva para verificar eventuais limitações na amplitude articular.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS:

5.1. Prancheta;

5.2. Ficha de Monitorização;

5.3. Estetoscópio;

5.4. Manovacuômetro;

5. EPI:

6.1. Luvas

6.2. Máscara

6.3. Capote

6.4. Touca

6.5. Óculos de proteção

6. RESPONSABILIDADE:

7.1. Fisioterapeutas

7. QUANDO EXECUTAR:

8.1. No primeiro atendimento fisioterapêutico

8. REGISTROS:

9.1. FOR.004.SAME Ficha de Evolução Multiprofissional

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES:

10.1. Não se aplica

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

11.1. Não se aplica

12. REFERÊNCIAS:

12.1. Pryor, J. Fisioterapia para Problemas Respiratórios e Cardíacos; Avaliação, Cap 1, pag. 3-17, 2002, ed. Guanabara Koogan, São Paulo.

12.2. Regenga, Marisa de Morais, Fisioterapia em Cardiologia, Cap 1, Fisioterapia na Unidade de Terapia Cardiológica, 2ª edição, Ed. Gen, 2012. 12.3. Wilkins RL, Stoller,

JK. Fundamentos da Fisioterapia Respiratória de Egan. 7ª ed. São Paulo: Manole; 2000.

13. ANEXO:

13.1. Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO:

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

PROTOCOLO - POP.012.SF ASPIRAÇÃO ABERTA

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o procedimento de aspiração de secreções traqueais.

2. APLICAÇÃO:

- Unidades de terapia intensiva, emergência e enfermarias

3. DEFINIÇÕES:

3.1. Técnica utilizada para retirar secreções de pacientes com vias aéreas artificiais (tubo orotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia). Indicada na presença de ruídos pulmonares durante a ausculta pulmonar; aumento das pressões de pico inspiratórias durante a VM em volume controlado; redução do volume corrente durante a VM controlado à pressão; secreções visíveis na via aérea artificial; alterações na monitorização dos gráficos de pressão e fluxo; presença de esforço respiratório e/ou assincronia durante a ventilação assistida; coleta de secreções.

3.2. VM: Ventilação Mecânica.

3.3. EPI`S: Equipamentos de Proteção Individual.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

- Higienizar as mãos;
- Verificar se todos os materiais estão a beira leito;
- Utilizar EPI´S;
- Posicionar o paciente com cabeceira elevada à 30º - 45º;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Testar o funcionamento do sistema de aspiração;
- Instituir no ventilador 100% de FIO2 ou modo aspiração com o objetivo de elevar o conteúdo arterial de O2 antes do procedimento;
- Abrir a embalagem da sonda de aspiração e conectá-la ao aspirador (mantendo-a dentro do invólucro);
- Conectar a sonda de aspiração ao látex;
- Higienizar as mãos com álcool em gel;

- Calçar as luvas estéreis;
- Retirar a sonda da embalagem com a mão dominante;
- Desconectar a traqueia deixando a extremidade distal suspensa, sem contato com o paciente ou roupa de cama do mesmo;
- Pinçar o látex ou a sonda;
- Avisar o paciente que irá iniciar o procedimento;
- Introduzir a sonda de aspiração no tubo orotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia ate a carina, elevá-la 1 ou 2 cm e então liberar o vácuo de aspiração;
- Realizar movimentos lentos e retirar lentamente a sonda, não ultrapassar 15 segundos devido ao risco de hipoxemia;
- Repetir o procedimento quantas vezes for necessário;
- Realizar nova ausculta pulmonar;
- Organizar o leito do paciente;
- Descartar o material na lixeira de contaminados;
- Higienizar as mãos após procedimento.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS:

5.1. Uso de precaução padrão ou precaução específicas por contato, seguindo orientações do protocolo do SCIRAS;

5.2. Sistema de vácuo portátil ou canalizado;

5.3. Aspirador de secreções;

5.4. Látex

5.5. Sonda de aspiração com o número de acordo com o paciente;

5.6. Solução fisiológica ou água destilada.

6. EPI:

6.1. Luva;

6.2. Touca;

6.3. Máscara;

6.4. Óculos;

6.5. Capote.

7. RESPONSABILIDADE:

7.1. Equipe de enfermagem, fisioterapeutas e Médicos.

8. QUANDO EXECUTAR:

- Executar o procedimento sempre que houver sinais de acúmulo de secreções.

9. REGISTROS:

9.1. FOR.004.SAME Ficha de Evolução Multiprofissional.

9.2. FOR.009.SAME Prescrição Médica.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

10.1. Não se aplica.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

- Monitorizar os sinais vitais, SpO2 e sinais de desconforto respiratório antes, durante e após o procedimento;
- Deve-se suspender a aspiração em casos de arritmias cardíacas, queda brusca da SpO2, cianose, sudorese intensa, hipotensão, hipertensão ou sangramento;

12. REFERÊNCIAS:

12.1. LOPES, F.M; LOPEZ, M.F. Impacto do sistema de aspiração traqueal aberto e fechado na incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica. Rev Bras Ter Intensiva. 2009;21(8): 80-88.

12.2. GUIMARÃES, F.S; FIGUEREDO, P.H.S; LEMES, D.A; MENEZES, S.L.S. Técnicas de remoção de secreção em pacientes ventilados artificialmente. In: PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto. Ciclo 2. Volume 4. Editora Artmed, 2012.

12.3. SILVA, P.E; OLIVEIRA, F. T. Aspiração da via aérea artificial: circuito aberto ou fechado – quais as evidências? In: PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto. Ciclo 3. Volume 1. Editora Artmed, 2012.

12.4. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-UFSC. Procedimento Operacional Padrão: POP Fisioterapia. 2014. Disponivel em Http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/fisioterapia/POP-Fisioterapia_HU-UFSC.pdf.

13. ANEXO

13.1. Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO:

Nome emissor:	Nome 1° aprovador:	Nome 2° aprovador:
Ass.emissor	Ass. 1° aprovador	Ass. 2° aprovador

PROTOCOLO - POP.036.SF DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

1. OBJETIVO:

1.1. Realizar diariamente busca ativa de pacientes que preencham critérios para o início do desmame da ventilação mecânica.

2. APLICAÇÃO:

2.1. Emergência, UTI, Centro Cirúrgico, RPA e em todos os setores onde houver pacientes em uso de ventilação mecânica.

3. DEFINIÇÕES:

3.1. Desmame ventilatório: Transição da ventilação artificial para a espontânea.

3.2. Desmame difícil: Pacientes sem êxito no TRE (Testes de respiração espontânea) por duas vezes seguidas em 48 horas.

3.3. Falência de desmame: Incapacidade de tolerar ventilação espontânea sem o suporte ventilador, ainda com o tubo alocado.

3.4. Falência de extubação: Incapacidade de tolerar a remoção do tubo endotraqueal (ou a desconexão do ventilador, em traqueostomizados) e manter a ventilação espontânea, havendo necessidade de reintubação (ou reconexão em caso de traqueostomizados) dentro das primeiras 24 - 72 horas após extubação planejada.

3.5. TRE: Teste de respiração espontânea;

3.6. PSV: Ventilação por pressão de suporte;

3.7. PEEP: Pressão expiratória positiva final;

3.8. VMNI: Ventilação Mecânica não Invasiva;

3.9. VMI: Ventilação Mecânica Invasiva;

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES:

4.1. Avaliar o paciente diariamente;

4.2. Realizar a suspensão ou redução da sedação diária;

4.3. Verificar a capacidade de ventilação espontânea visando à possibilidade da retirada da VM.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS:

5.1. Material de aspiração (vide POP de aspiração)

5.2. Material para suporte de Oxigênio.

5.3. Cortante

5.4. Material para suporte de VMNI

6. EPI:

6.1. Jaleco;

6.2. Capote;

6.3. Touca;

6.4. Máscara;

6.5. Luvas;

6.6. Óculos de proteção.

7. RESPONSABILIDADES:

7.1. Médico, Fisioterapeuta e Equipe de Enfermagem

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Deve-se realizar diariamente a busca ativa de pacientes que preencham os critérios do Passo 1. Realizar teste de respiração espontânea conforme Passo 2 e logo após Passo 3 (teste de vazamento quantitativo).

9. REGISTROS:

9.1. FOR.004.SAME Ficha de Evolução Multiprofissional

9.2. FOR.009.SAME Prescrição Médica

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

10.1 Não se aplica.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

11.1. Deve-se fazer busca ativa diária quanto à possibilidade de retirada da ventilação mecânica invasiva. A realização do teste de respiração espontânea (TRE) é o melhor método para avaliar a possibilidade de sucesso de desmame e de extubação. Por fim salientamos que o desmame da VMI é um processo multifatorial, que depende de muita atenção da equipe responsável pelo paciente e de uma abordagem multidisciplinar para maior probabilidade de sucesso.

11.2. Indicações de TRE: Estabilidade hemodinâmica, parâmetros ventilatórios mínimos, recuperação da capacidade de troca, nível neurológico aceitável, normotermia, desordens metabólicas e/ou eletrolíticas resolvidas, balanço hídrico negativo.

11.3. Contraindicações para o TRE: Instabilidade hemodinâmica, eventos que levaram a ventilação mecânica ainda não controlada e realização no período noturno.

11.4. Realização do TRE: Modo PSV PS: 7 cmH2o PEEP: 5 cmh2o, FiO2 de até 40%.

11.5. Diagnóstico de falência: Instabilidade hemodinâmica, batimento de asas de nariz, uso de musculatura acessória, padrão ventilatório invertido e assincronias.

12. REFERÊNCIAS:

12.1. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). VENUTI Curso de ventilação mecânica em UTI. São Paulo: AMIB, 2017-2018.

12.2. Azevedo LCP, Taniguchi LU, Ladeira JP. Medicina Intensiva: Abordagem prática. São Paulo: Manole, 2015

12.3. Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB e Sociedade Brasileira de Pneumologia e tisiologia-SBPT. Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica. São Paulo:2013.

12.4. PIRES, C. Manual de Terapia Intensiva. São Paulo: Elsevier, 2019.

13. ANEXOS:

13.1 Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da Revisão	Nº da revisão	ii. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO:

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

PROTOCOLO - POP.018.SF MOBILIZAÇÃO PRECOCE

1. OBJETIVO:

1.1. Promover mobilização o mais precoce possível, a fim de minimizar complicações relacionadas às doenças críticas.

1.2. Prevenir efeitos da imobilidade no leito.

1.3. Auxiliar no processo de recuperação e diminuição no tempo de ventilação mecânica e estadia no ambiente hospitalar, reduzindo custos, diminuindo mortalidade e melhorando qualidade de sobrevida do paciente.

1.4. Manter melhorar desempenho muscular

1.5. Favorecer funcionalidade

2. APLICAÇÃO:

2.1. Unidades de terapia intensiva e Emergência

3. DEFINIÇÕES:

3.1. O declínio da mobilidade pode ser definido como a redução parcial ou total da capacidade de realizar atividades do dia a dia, como transferências no leito, do leito para cadeira e locomoção, por exemplo.

3.2. O entendimento dessas alterações tem relevância para os profissionais de saúde, pelas possíveis complicações advindas da inatividade e pela possibilidade de realização de intervenções preventivas para minimizar sua ocorrência sobre os sistemas relacionados ao movimento humano, principalmente quando se trata do ambiente de terapia intensiva.

3.3. PAM: Pressão arterial média.

PEEP: Pressão Expiratória Final Positiva.

PIC: Pressão intracraniana.

MRC: Escala de Força Medical Research.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES:

4.1. Lavar as mãos antes e após cada procedimento

4.2. Rastrear todos os pacientes sobre a presença de bandeiras vermelhas (contra indicações) e contra indicações relativas a considerar (possíveis) riscos e benefícios antes e durante cada sessão de tratamento fisioterapêutico.

4.3. Os critérios indicados abaixo são contra indicações para mobilizações fora do leito, dos cuidados intensivos e devem ser levados em consideração durante o processo de raciocínio clínico.

4.4. O médico precisa ser consultado no caso de um paciente demonstrar uma das seguintes condições antes da mobilização / atividade física.

4.5. **CONTRA INDICAÇÕES:**

4.5.1. Frequência cardíaca <40 e> 130 batimentos / min

4.5.2. Pressão arterial média (PAM) <60 mmHg e> 110 mmHg

4.5.3. Saturação de oxigênio ≤ 90%

4.5.4. Concentração fracionária de oxigênio inspirado (FiO2) ≥0,6

4.5.5. Pressão Expiratória Final Positiva (PEEP) ≥ 10 cm H2O

4.5.6. Frequência Respiratória > 40 respirações / min

4.5.7. Pontuação de Richmond Agita em Seda em escala (RASS): -4, -5, 3, 4

4.5.8. dopamina≥ 10 mcg / kg / min

4.5.9. Nora / adrenalina ≥0,1 mcg / kg / min

4.5.10. Acima de 38,0 ° C

4.5.11. Glicemia < 70 ou > 200 mg/dl

4.5.12. Lactato > 2 mmol/l

4.5.13. Hemoglobina ≥ 7 g/dl

4.5.14. Plaquetas ≥ 2000 cl/mm3

4.5.15. INR ≤ 2,5

4.5.16. pH < 7.2

4.5.17. Fraturas instáveis

4.5.18. Pressão intracraniana (PIC)≥ 20 cmH2O

4.5.19. Sangramento ativo

4.5.20. Abdômen aberto com risco de deiscência

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS:

5.1. Ficha de monitorização

5.2. Cicloergômetro

5.3. Escala de Borg;

5.4. Escala de Força Medical Research (MRC)

5.5. Poltrona

6. EPIS:

6.1. Capote;

6.2. Touca;

6.3. Máscara;

6.4. Luvas;

6.5. Óculos de proteção.

Obs.: Analisar o tipo de EPI específico para cada caso clínico.

7. RESPONSABILIDADE:

7.1. Fisioterapeuta

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Quando o paciente estiver com estabilidade hemodinâmica

9. REGISTROS:

9.1. FOR.SAME.004 Ficha de Evolução Multiprofissional

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

10.1. Não se aplica

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

11.1. Analisa prontuário do paciente;

11.2. Monitorizar os sinais vitais, SpO2 e estabilidade hemodinâmica;

11.3. Realizar posicionamento funcional;

12. REFERÊNCIAS:

12.1. CONCEIÇÃO, T. M.; GONZÁLES, A. I.; FIGUEIREDO, FERNANDA CABRAL XAVIER SARMENTO DE VIEIRA VIEIRA, DANIELLE SOARES ROCHA BÜNDCHEN, D. C. Critérios de segurança para iniciar a mobilização precoce em unidades de terapia intensiva. Revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 4, p. 509–519, 2017.

12.2. DE JESUS, F. S. et al. Mobility decline in patients hospitalized in an intensive care unit. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 2, p. 114–119, 2016.

12.3. SOMMERS, J. et al. Physiotherapy in the intensive care unit: An evidence-based, expert driven, practical statement and rehabilitation recommendations. **Clinical Rehabilitation**, v. 29, n. 11, p. 1051–1063, 2015.

12.4. BURTIN, C. et al. Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. **Critical Care Medicine**, v. 37, n. 9, p. 2499–2505, 2009.

12.5. CONCEIÇÃO, T. M.; GONZÁLES, A. I.; FIGUEIREDO, FERNANDA CABRAL XAVIER SARMENTO DE VIEIRA VIEIRA, DANIELLE SOARES ROCHA BÜNDCHEN, D. C. Critérios de segurança para iniciar a mobilização precoce em unidades de terapia intensiva. Revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 4, p. 509–519, 2017.

12.6. CONCEIÇÃO, T. M.; GONZÁLES, A. I.; FIGUEIREDO, FERNANDA CABRAL XAVIER SARMENTO DE VIEIRA VIEIRA, DANIELLE SOARES ROCHA BÜNDCHEN, D. C.

Critérios de segurança para iniciar a mobilização precoce em unidades de terapia intensiva. Revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 4, p. 509–519, 2017.

12.7. DE JESUS, F. S. et al. Mobility decline in patients hospitalized in an intensive care unit. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 2, p. 114–119, 2016.

12.8. 13.8. NEEDHAM, D. M. CLINICIAN ' S CORNER Mobilizing Patients in the Intensive Care Unit Improving Neuromuscular Weakness and Physical Function. v. 300, n. 14, 2008.

12.9. 13.9. SOMMERS, J. et al. Physiotherapy in the intensive care unit: An evidence-based, expert driven, practical statement and rehabilitation recommendations. **Clinical Rehabilitation**, v. 29, n. 11, p. 1051–1063, 2015.

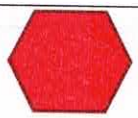
12.10. 13.10. THELANDERSSON, A. et al. Effects of Early Bedside Cycle Exercise on Intracranial Pressure and Systemic Hemodynamics in Critically Ill Patients in a Neurointensive Care Unit. **Neurocritical Care**, v. 25, n. 3, p. 434–439, 2016.

12.11. (BURTIN et al., 2009; DE JESUS et al., 2016; SOMMERS et al., 2015) (CONCEIÇÃO; GONZÁLES; FIGUEIREDO, FERNANDA CABRAL XAVIER SARMENTO DE VIEIRA VIEIRA, DANIELLE SOARES ROCHA BÜNDCHEN, 2017; NEEDHAM, 2008; THELANDERSSON et al., 2016).

12.12. HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÂNIA - HUGO. Procedimento Operacional Padrão: POP Fisioterapia. 2018.

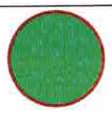
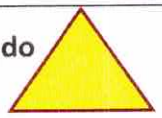
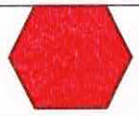
13. ANEXOS:

13.1. Fatores de Risco no leito

Leve	Moderado	Severo 
RASS: -1 à 1	RASS: -2 ou +2	RASS: -2 ou +2
Tubo Orotraqueal	FiO2 > 60%	FiO2 > 60%
Traqueostomia	FR > 30 ipm	FR > 30 ipm
FiO2 ≤ a 60%	SpO2 < 90%	SpO2 < 90%
SpO2 ≥ 90%	Bradicardia sem necessidade de tratamento medicamentoso	Bradicardia sem necessidade de tratamento medicamentoso
FR ≤ a 30 ipm	RASS < -2	RASS < -2
Taquiarritmias com FC < 120 bpm	Pressão arterial abaixo do intervalo alvo sintomática	Pressão arterial abaixo do intervalo alvo sintomática
	Taquiarritmias com FC entre 120 – 150 bpm	Taquiarritmias com FC entre 120 – 150 bpm
	Taquiarritmias com FC >150 bpm	Taquiarritmias com FC >150 bpm

	Assincronia na ventilação mecânica	Assincronia na ventilação mecânica

13.2. Fatores de Risco Fora do Leito

Leve 	Moderado 	Severo 
RASS: -1 à 1	RASS: -2 ou +2	RASS: < -2
FR ≤ a 30 ipm	FR > 30 ipm	SPO2 ≤ 90%
FIO2 ≤ a 60%	FIO2 > 60%	PEEP > 10 cmH2O
SPO2 ≥ a 90% PEEP ≤ 10 cmH2O	PEEP > 10 cmH2O	Taquiarritmias com FC > 150 bpm
Tubo orotraqueal	Taquiarritmias com FC entre 120 – 150 bpm	Anti- hipertensivo intravenoso
Traqueostomia	Assincronia na ventilação mecânica	Assincronia na ventilação mecânica
Taquiarritmias com FC < 120 bpm	Bradicardia sem necessidade de tratamento medicamentoso	Pressão arterial abaixo do intervalo alvo e sintomática
		Bradicardia com necessidade de tratamento medicamentoso

14. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da	Nº da	iii. ITENS REVISADOS

revisão	revisão	

15. APROVAÇÃO:

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

PROTOCOLO - POP.011.SF SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO

1. OBJETIVO:

1.1. Remover secreções traqueais de pacientes mecanicamente ventilados que não podem ser desconectados da VM, quando em uso de PEEP acima de 12 ou em uso de altas frações de O_2; paciente com precaução de aerossóis como tuberculose, H1N1; varicela, sarampo, pacientes soropositivos HIV e hepatite C; pacientes com sangramento pulmonar ativo.

2. APLICAÇÃO

- Unidades de Terapia Intensiva e Emergência

3. DEFINIÇÕES:

3.1. Técnica utilizada para remoção de secreções das vias aéreas artificiais (tubo orotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia) mediante a utilização do sistema de aspiração fechado a um gerador de pressão negativa.

3.2. VM: Ventilação Mecânica.

- PEEP: pressão positiva expiratória final.
- EPI'S: Equipamentos de Proteção Individual.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES:

- Higienizar as mãos;
- Verificar se todos os materiais estão a beira leito;
- Utilizar EPI´S;
- Posicionar o paciente com cabeceira elevada à 30º – 45º;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Aplicar solução fisiológica ou água destilado na seringa de 20ml;

- Testar o funcionamento do sistema de aspiração;
- Conectar a ponta do sistema de aspiração ao látex;
- Girar a trava de segurança do sistema de aspiração fechado;
- Introduzir a sonda do sistema fechado de aspiração no tubo orotraqueal ou traqueostomia até a carina, eleva 1 à 2 cm e então liberar o vácuo de aspiração apertando o clampe do sistema. Realizando movimentos lentos e não ultrapassar 15 segundos pelos riscos de hipoxemia;
- Lavar a sonda do sistema injetando a solução fisiológica e sugando ao mesmo tempo;
- Repetir o procedimento se for necessário;
- Desconectar a seringa e mantê-la protegida em seu invólucro estéril;
- Travar a válvula de segurança do sistema de aspiração fechado;
- Colocar a tampa do sistema de aspiração fechado;
- Desligar o sistema de vácuo e proteger sua ponta;
- Realizar nova ausculta pulmonar;
- Organizar o leito do paciente;
- Descartar o material na lixeira de contaminados;

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS:

5.1. Sistema de vácuo portátil ou canalizado;

- Aspirador de secreções;

5.2. Látex;

- Sistema de aspiração fechado;
- Seringa de 10 ml;
- Solução fisiológica 0,9 de 10ml;
- Um pacote de gaze.

6. EPI:

- Luvas;

6.1. Touca;

6.2. Capote;

- Máscara;

6.3. Óculos de proteção.

7. RESPONSABILIDADE:

- Equipe de enfermagem, Fisioterapeutas e Médicos;

8. QUANDO EXECUTAR:

8.1. Quando houver acúmulo de secreção;

9. REGISTROS:

9.1. FOR.004.SAME Ficha de Evolução Multiprofissional

9.2. FOR.009.SAME Prescrição Médica

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES:

- Não se aplica.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

- Monitorizar os sinais vitais, SpO2 e sinais de desconforto respiratório antes, durante e após o procedimento;
- Deve-se suspender a aspiração em casos de arritmias cardíacas, queda brusca da SpO2, cianose, sudorese intensa, hipotensão, hipertensão ou sangramento;
- Realizar o procedimento após fisioterapia respiratória ou sempre que houver sinais de acúmulo de secreções;
- Não há tempo estabelecido para a troca do sistema fechado, substitui quando houver falhas ou rompimento do invólucro plástico do sistema.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. CASALI, C.C; MATOS, C.M.P. Técnicas de fisioterapia em terapia intensiva. In: PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto. Ciclo 1. Volume 2. Editora Artmed, 2010.

12.2. GUIMARÃES, F.S; FIGUEREDO, P.H.S; LEMES, D.A; MENEZES, S.L.S. Técnicas de remoção de secreção em pacientes ventilados

artificialmente. In: PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto. Ciclo 2. Volume 4. Editora Artmed, 2012.

12.3. SILVA, P.E; OLIVEIRA, F. T. Aspiração da via aérea artificial: circuito aberto ou fechado – quais as evidências? In: PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto. Ciclo 3. Volume 1. Editora Artmed, 2012.

12.4. LOPES, F.M; LOPEZ, M.F. Impacto do sistema de aspiração traqueal aberto e fechado na incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica. Rev Bras Ter Intensiva. 2009;21(8): 80-88.

13. ANEXO:

13.1. Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1° aprovador:	Nome 2° aprovador:

Ass.emissor	Ass. 1° aprovador	Ass. 2° aprovador

PROTOCOLO - POP.020.SF VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA (VNI)

1. OBJETIVOS:

1.1. Melhorar a mecânica respiratória do beneficiário;

1.2. Melhorar a troca gasosa pulmonar;

1.3. Diminuir taxa de infecções nosocomiais;

1.4. Reduzir a taxa de intubação e mortalidade na UTI;

1.5. Facilitar o desmame da ventilação mecânica;

1.6. Diminuir o tempo de internação;

2. APLICAÇÃO:

2.1. Unidade de terapia intensiva / emergência e enfermaria.

3. DEFINIÇÕES:

3.1. O uso da ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva (VNI) para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada foi, certamente, um dos maiores avanços da ventilação mecânica dos últimos anos. Apesar de ser técnica uma recente, o grande número de estudos tornaram a aplicação dessa técnica mais baseada em evidências do que qualquer outra medida de suporte ventilatório. Hoje não existem dúvidas de que o uso da VNI em grupos selecionados é responsável pela diminuição da necessidade de intubação, mortalidade e redução do tempo de internação.

3.2. VNI: Ventilação Não Invasiva.

3.3. PEEP: Pressão Expiratória Positiva Final.

3.4. SARA: Síndrome da Angústia Respiratória Aguda.

3.5. LPA: Lesão pulmonar aguda.

3.6. DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

3.7. HDA: Hemorragia Digestiva Alta.

3.8. PCR: Parada Cardio Respiratória.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Higienizar as mãos;

4.2. Calçar luvas e EPI;

4.3. Observar medidas de isolamento se aplicável;

4.4. Avaliação e monitorização do paciente;

4.5. Montagem do circuito e teste do respirador ou aparelho portátil;

4.6. Posicionamento do paciente com cabeceira elevada a 45°;

4.7. Orientá-lo sobre a necessidade de cooperação;

4.8. Orientá-lo sobre a necessidade de respiração nasal e que seja evitada conversa durante o procedimento;

Ajustar modo ventilatório (CPAP/ Bilevel);

Ajustar parâmetros ventilatórios: PEEP - iniciar a partir de 5 cm/H2O podendo aumentar os níveis que ofereçam melhor resposta terapêutica; PSV-deverá ser ajustada em valores que determinem o conforto ventilatório para o beneficiário e consequentemente um VC ideal; FIO2: suficiente para manter uma SatO2>95%;

4.9. Observar vazamentos ao redor da máscara;

4.10. Proteção da pele com hidrocolóide, quando necessário;

Higienizar as mãos ao final do atendimento.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS:

5.1. Máscara de ventilação não invasiva;

5.2. Kit de traqueias;

5.3. Ventilador mecânico;

6. EPI:

6.1. Luvas de procedimento;

6.2. Capotes;

6.3. Óculos de Proteção;

6.4. Máscara;

7. RESPONSABILIDADE:

- Fisioterapeuta, Equipe de enfermagem e Médico

8. QUANDO EXECUTAR:

8.1. Edema agudo de pulmão cardiogênico;

8.2. DPOC exacerbado;

8.3. Doenças neuromusculares;

8.4. Insuficiência respiratória no período pós operatório imediato de cirurgias abdominais e de ressecção pulmonar;

8.5. Extubação precoce de pacientes com DPOC;

8.6. Extubação de pacientes com alto risco de insuficiência respiratória pós-extubação;

8.7. Apneia do sono obstrutiva;

8.8. Pneumonias;

8.9. Hipoventilação pulmonar; Asma e SARA - LPA.

8.10. Insuficiência respiratória aguda e crônica;

9. REGISTROS:

FOR.SAME. 004 Ficha de Evolução Multiprofissional

FOR.SAME. 009 Prescrição Médica

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. Não se aplica

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

11.1. Contra-indicações para utilização da ventilação não invasiva:

11.1.1. Rebaixamento do nível de consciência GCS <11

11.1.2. Trauma ou queimadura de face;

11.1.3. Hipoxemia moderada à grave (relação P/F < que 150)

11.1.4. Acidose grave (pH < que 7,1);

11.1.5. Tosse ineficaz;

11.1.6. Obstrução da via aérea alta;

11.1.7. Distensão abdominal;

11.1.8. Vômitos;

11.1.9. Hemorragia digestiva alta (HDA);

11.1.10. Instabilidade hemodinâmica;

11.1.11. Síndrome coronariana aguda;

11.1.12. Arritmias complexas;

11.1.13. Trauma de face;

11.1.14. Cirurgia esofágica (recente), face e via aérea;

11.1.15. Pneumotórax não drenado;

11.1.16. Na PCR;

12. REFERÊNCIAS:

12.1. Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica. AMIB e SBPT, 2013.

III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. Jornal de Pneumologia. Julho,2007.

13.2. Luque, A., Vega, J. M. Ventilação mecânica não invasiva. In: LUQUE, a. et al. Tratado de fisioterapia hospitalar. São Paulo: Manole, 2012. Cap 13, p. 137-146.

13.3. FRANÇA, E. E. T et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do departamento de fisioterapia da associação de medicina intensiva brasileira. Rev. Bras. Terapia Intensiva. São Paulo. V. 24 n. 1 p. 6-22, 2012.

13.4. Barbas CSV, Isola AM, Farias AMC, et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica. Ver. Bras. Ter Intensiva. 2014; 26(2): 89-121.

13. ANEXO:

- Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO:

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

1.10.1.2 FONOAUDIOLOGIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) - FONOAUDIOLOGIA

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	
	ANAMNESE AVALIAÇÃO	
	EXECUTANTE: Dieime Darck Pimentel da Silva	Emissão: 09/09/21

Objetivo: Descrever e padronizar os procedimentos realizados pela Fonoaudiologia aos pacientes atendidos no hospital , promovendo e otimizando o acesso.

- Tem como finalidade descrever e orientar os profissionais de saúde acerca das atividades desenvolvidas e executadas pelo setor de Fonoaudiologia.

Recursos necessários:

Anamnese Fonoaudiológica

Abaixador de língua

Luvas

Aparelho de Otoemissões

Otoscópio Agogô Teste de Linguagem Jogos e materiais lúdicos Materiais de papelaria
Etapas do Processo:
• Anamnese • Avaliação Fonoaudiológica • Avaliação Fonoaudiológica – Audiologia • Devolutiva • Terapia Fonoaudiológica Individual • Orientações aos pacientes, família e/ou responsável • Registro em prontuário:
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

PROTOCOLO - POP.017.SAF CRITÉRIOS DE ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICOS

OBJETIVO

Orientar a Fonoaudiologia quanto às prioridades de atendimento conforme quadro clínico do usuário.

APLICAÇÃO

Unidade de terapia intensiva (U.T.I.) adulta

1.6. Clínica Médica

1.7. Clínica Cirúrgica

2. DEFINIÇÕES

2.1. UTI: Unidade de Terapia Intensiva;

2.2. CM: Clínica Médica Adulto/Pediátrica;

2.3. CC: Clínica Cirúrgica

2.4. SNE- Sonda Nasoenteral;

2.5. TQT: Traqueostomia;

2.6. VM: Ventilação Mecânica

2.7. EXT: Extubação

2.8. NA: Não se aplica.

DESCRIÇÕES DETALHADAS DAS ATIVIDADES

Identificar critérios de atendimento.

Identificar usuários que apresentam quadro clínico de maior prioridade. Sendo os principais:

Primeira avaliação de deglutição;

Usuários apresentando disfagia grave/uso de SNE/ em respiração espontânea e com resposta ao estímulo verbal/tátil feito pelo terapeuta (comandos).

37.1.1. Usuário apresentando disfagia moderada/uso de SNE/em respiração espontânea e com resposta ao estímulo verbal/tátil feito pelo terapeuta (comandos).

37.1.2. Usuário apresentando disfagia leve, em uso ou não de SNE/ em respiração espontânea e com resposta ao estímulo verbal/tátil feito pelo terapeuta (comandos).

Higienizar as mãos e calçar luvas

37.2. Realizar atendimento fonoaudiológico conforme as prioridades;

Descartar as luvas no lixo adequada;

Evoluir conduta realizada, ressaltando o quadro clínico pré e pós atendimento fonoaudiológico e anexar em prontuário;

37.3. Realizar passagem de plantão especificando usuários que receberam atendimento, terapêutica utilizada e as devidas observações quando necessário;

37.4. Relatar na passagem de plantão usuários que não receberam atendimento com as justificativas conforme os riscos dos mesmos;

Datar, assinar e carimbar passagem de plantão.

Acionar profissional de acordo com os critérios estabelecidos por ele estabelecido.

Comunicar equipe médica as condutas realizadas e intercorrências durante atendimento

Orientar equipe de enfermagem os cuidados que se fizerem necessários

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Dieta na consistência e temperatura adequada;

Luvas de procedimento.

55. EPI

55.1. De acordo com o tipo de precaução estabelecido para o usuário

RESPONSABILIDADE

- Fonoaudiólogo

56. QUANDO EXECUTAR

56.1. Diariamente

REGISTROS

FOR.156.SAF AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

57. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

57.1. Não se aplica

CONSIDERAÇÕES GERAIS

57.2. Não se aplica

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

57.3. Andrade, CRF.; Limongi SCO & Colaboradores. Disfagia – Prática baseada em evidências. Editora Xavier, 1ª edição, São Paulo, 2012.

Thompsom, H. Blue Dye Test Modificado 1995. Brady, SL.; Hildner, CD.; Hutchins, BF. Simulateous videofluroscopic, swallow study and modified evans blue dye procedure: an evalution of blue dye visualization in cases of known aspiration. Dysphagia. 1999; 14:146 – 49. Brandão, AP.; et al. Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição.Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, V38, nº 3 p.202 -207, julho/agosto/setembro 2009.

Cameron, J.; Reynolds, J.; Zuidema, G. Aspiration in patients with tracheotomies . Surg Gynecol Obstet. !973; 136:68-70.

Devivitis, RA.; Santoro, PP.; Sugueno, LA. Manual Prático de Disfagia – diagnóstico e tratamento Editora Revinter Ed.2017.

Jacobi, JS.; Levy, DS.; Silva, LMC. Disfagia Avaliação e Tratamento 1º Ed. Rio de Janeiro. Editora Revinter, 2003.

Queirós A.et al Contributo para Adaptação e Validação da Eat Assessment Tool (EAT 10) e da Functional Oral Intake Scale (FOIS) Rev Soc. Portuguesa de Medicina Física e Reab. Vol./24/ nº 2 / 2013

Macedo, F.; Gomes, GF.; Furkim, AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo: Lovise, 2000.

Marques, V. Disfagia diagnostico, grau de severidade e escolha da melhor via de alimentação. http://www.vivianemarques.com.br.

Padovani, AR.; Moraes, DP.; Mangili, LD., Andrade, CRF. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2007; 12(3):199-205.

Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFS) – Editora Pró – Fono ed.2012.

ANEXO

Não se aplica

58. HISTORICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	**Itens revisados**

PROTOCOLO - POP.013.SAF ROTINA DE ATENDIMENTO NA UTI ADULTA

OBJETIVO

37.5. Orientar o atendimento fonoaudiológico preconizando o quadro clínico dos usuários e tendo como objetivo qualidade e eficiência no atendimento.

APLICAÇÃO

Unidade de terapia intensiva (U.T.I.) Adulto;

37.6. Clínica Médica;

37.7. Clínica Cirúrgica.

38. DEFINIÇÕES

38.1. UTI: Unidade de Terapia Intensiva;

38.2. CM: Clínica Médica Adulto/Pediátrica;

38.3. CC: Clínica Cirúrgica

38.4. NA: Não se aplica.

DESCRIÇÕES DETALHADAS DAS ATIVIDADES

Obter informações sobre o usuário, qual sua patologia, condição nutricional, estado de alerta, etc;

Higienizar as mãos e calçar luvas;

Avaliar o usuário quanto:

Função de deglutição;

Sinais sugestivos de aspiração;

Anotar intercorrências no FOR.156.SAF AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

Se necessário realizar atendimento/terapia através dos exercícios e manobras específicas para cada caso;

Descartar as luvas no lixeira de acordo com o tipo de resíduo;

Evoluir conduta realizada, ressaltando o quadro clínico pré e pós atendimento fonoaudiológico e anexar em prontuário;

Comunicar equipe médica as condutas realizadas e intercorrências durante atendimento

Orientar equipe de enfermagem os cuidados que se fizerem necessários

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

58.1. Água;
58.2. Espessante para líquido;
58.3. Seringa;
58.4. Espátula;
58.5. Colher plástica descartável;
58.6. Copo plástico descartável;
58.7. Estetoscópio;

58.8. Paquímetro.

59. EPI

59.1. De acordo com o tipo de precaução estabelecido para cada usuário.

RESPONSABILIDADE

- Fonoaudiólogo.

60. QUANDO EXECUTAR

60.1. Diariamente.

REGISTROS

FOR.156.SAF AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

61. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

61.1. Não se aplica.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

61.2. Não se aplica.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

61.3. Andrade, CRF.; Limongi SCO & Colaboradores. Disfagia – Prática baseada em evidências. Editora Xavier, 1ª edição, São Paulo, 2012.

Thompsom, H. Blue Dye Test Modificado 1995. Brady, SL.; Hildner, CD.; Hutchins, BF. Simulateous videofluroscopic, swallow study and modified evans blue dye procedure: an evalution of blue dye visualization in cases of known aspiration. Dysphagia. 1999; 14:146 – 49. Brandão, AP.; et al. Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição.Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, V38, nº 3 p.202 -207, julho/agosto/setembro 2009.

Cameron, J.; Reynolds, J.; Zuidema, G. Aspiration in patients with tracheotomies . Surg Gynecol Obstet. !973; 136:68-70.

Devivitis, RA.; Santoro, PP.; Sugueno, LA. Manual Prático de Disfagia – diagnóstico e tratamento Editora Revinter Ed.2017.

Jacobi, JS.; Levy, DS.; Silva, LMC. Disfagia Avaliação e Tratamento 1º Ed. Rio de Janeiro. Editora Revinter, 2003.

Queirós A.et al Contributo para Adaptação e Validação da Eat Assessment Tool (EAT 10) e da Functional Oral Intake Scale (FOIS) Rev Soc. Portuguesa de Medicina Física e Reab. Vol./24/ nº 2 / 2013

Macedo, F.; Gomes, GF.; Furkim, AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo: Lovise, 2000.

Marques, V. Disfagia diagnostico, grau de severidade e escolha da melhor via de alimentação. http://www.vivianemarques.com.br.

Padovani, AR.; Moraes, DP.; Mangili, LD., Andrade, CRF. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2007; 12(3):199-205.

Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFS) – Editora Pró – Fono ed.2012.

ANEXO

Não se aplica

62. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	**Itens revisados**

63. APROVAÇÃO:

Nome emissor:	**Nome 1º aprovador:**	**Nome 2ªaprovador:**

Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

PROTOCOLO - POP.014.SAF REINTRODUÇÃO DE DIETA VIA ORAL

OBJETIVO

1.1. Orientar os procedimentos necessários para reintrodução de dieta via oral e retirada de via alternativa de alimentação.

APLICAÇÃO

Unidade de terapia intensiva (U.T.I) adulta

1.2. Clínica Médica

1.3. Clínica Cirúrgica

2. DEFINIÇÕES

2.1. UTI: Unidade de Terapia Intensiva;

2.2. CM: Clínica Médica Adulto/Pediátrica;

2.3. CC: Clínica Cirúrgica;

2.4. SNE- Sonda Nasoenteral;

2.5. NA: Não se aplica.

DESCRIÇÕES DETALHADAS DAS ATIVIDADES

Obter informações sobre o usuário, qual sua patologia, condição nutricional, estado de alerta, etc;

Higienizar as mãos e calçar luvas;

4.1. Avaliar o usuário quanto:

Função de deglutição;

Sinais sugestivos de aspiração;

Anotar intercorrências no FOR.156.SAF AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA;

Posicionar o leito em postura adequada para oferta do alimento (45 a 90 graus);

Oferecer as dietas e monitorar sinais clínicos de penetração laríngea e/ou aspiração laringotraqueal;

Em caso de possibilidade de reintrodução de dieta, programar dietas assistidas pelo Fonoaudiólogo;

Orientar o acompanhante quanto a oferecer a dieta aos poucos.

Se necessário realizar atendimento/terapia através dos exercícios e manobras específicas para cada caso;

Descartar as luvas no lixo adequado;

Evoluir conduta realizada, ressaltando o quadro clínico pré e pós atendimento fonoaudiológico e anexar em prontuário;

Comunicar equipe médica as condutas realizadas e intercorrências durante atendimento;

Orientar equipe de enfermagem os cuidados que se fizerem necessários;

Aguardar 24 horas de manutenção de oferta via oral total (alimento e água) para solicitar retirada de SNE.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Dieta na consistência e temperatura adequada;

Luvas de procedimento.

5. EPI

5.1. De acordo com o tipo de precaução estabelecido para o usuário.

6. RESPONSABILIDADE

- Fonoaudiólogo.

7. QUANDO EXECUTAR

7.1. Diariamente.

8. REGISTRO:

FOR.156.SAF AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

9.1. Não se aplica

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

4.1. Andrade, CRF.; Limongi SCO & Colaboradores. Disfagia – Prática baseada em evidências. Editora Xavier, 1ª edição, São Paulo, 2012.

Thompsom, H. Blue Dye Test Modificado 1995. Brady, SL.; Hildner, CD.; Hutchins, BF. Simulateous videofluroscopic, swallow study and modified evans blue dye procedure: an evalution of blue dye visualization in cases of known aspiration. Dysphagia. 1999; 14:146 – 49. Brandão, AP.; et al. Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição.Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, V38, nº 3 p.202 -207, julho/agosto/setembro 2009.

Cameron, J.; Reynolds, J.; Zuidema, G. Aspiration in patients with tracheotomies . Surg Gynecol Obstet. !973; 136:68-70.

Devivitis, RA.; Santoro, PP.; Sugueno, LA. Manual Prático de Disfagia – diagnóstico e tratamento Editora Revinter Ed.2017.

Jacobi, JS.; Levy, DS.; Silva, LMC. Disfagia Avaliação e Tratamento 1º Ed. Rio de Janeiro. Editora Revinter, 2003.

Queirós A.et al Contributo para Adaptação e Validação da Eat Assessment Tool (EAT 10) e da Functional Oral Intake Scale (FOIS) Rev Soc. Portuguesa de Medicina Física e Reab. Vol./24/ nº 2 / 2013

Macedo, F.; Gomes, GF.; Furkim, AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo: Lovise, 2000.

Marques, V. Disfagia diagnostico, grau de severidade e escolha da melhor via de alimentação. http://www.vivianemarques.com.br.

Padovani, AR.; Moraes, DP.; Mangili, LD., Andrade, CRF. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2007; 12(3):199-205.

Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFS) – Editora Pró – Fono ed.2012.

11. ANEXO

Não se aplica

12. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

13. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1º aprovador:	Nome 2ªaprovador:

Ass. do emissor:	**Ass. do 1° aprovador:**	**Ass. do 2° aprovador:**

PROTOCOLO - POP.016.SAF USO DE ESPELHO LARÍNGEO

OBJETIVO

Orientar a Fonoaudiologia na utilização do espelho laríngeo, a fim de promover ativação da sensibilidade do terço inferior do arco palatoglosso, auxiliando no tratamento da disfagia.

APLICAÇÃO

Unidade de terapia intensiva (U.T.I.) adulta

38.5. Clínica Médica

38.6. Clínica Cirúrgica

38.7. Pronto Atendimento

39. DEFINIÇÕES

39.1. UTI: Unidade de Terapia Intensiva;

39.2. CM: Clínica Médica Adulto/Pediátrica;

39.3. CC: Clínica Cirúrgica

39.4. P.A.: Pronto Atendimento

39.5. SMO: Sistema Motor Oral

39.6. NA: Não se aplica.

DESCRIÇÕES DETALHADAS DAS ATIVIDADES

Higienizar as mãos e calçar luvas

Avaliar SMO;

Anotar as devidas observações;

Avaliar o usuário quanto:

Avaliar SMO;

Anotar as devidas observações;

Identificar critérios para utilizar espelho laríngeo:

63.1.1. Usuário portadores de disfagia moderada ou grave;

63.1.2. Usuário não apresentando reflexo de Pilar palatino;

Utilizar o espelho laríngeo:

Usuário de preferência com cabeceira elevada a 45 graus;

Diminuir a temperatura da extremidade ovalada do do espelho em um copo com água gelada fazendo assim estimulação térmica por meio de toques gelados no terço inferior do arco palatoglosso;

Repetir o procedimento cinco vezes de cada lado;

Evoluir conduta realizada, ressaltando o quadro clínico pré e pós atendimento fonoaudiológico e anexar em prontuário;

Comunicar equipe médica as condutas realizadas e intercorrências durante atendimento;

Orientar equipe de enfermagem os cuidados que se fizerem necessários;

O fonoaudiólogo deverá encaminhar o espelho laríngeo à CME em um saco plástico para realização da desinfecção do aparelho pela CME

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

63.2. Água;

63.3. Copo descartável;

63.4. Seringa;

63.5. Espessante para líquido;

63.6. Corante azul;

64. EPI

64.1. De acordo com o tipo de precaução estabelecido para o usuário

RESPONSABILIDADE

- Fonoaudiológo

65. QUANDO EXECUTAR

65.1. Diariamente

REGISTROS

FOR.156.SAF AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

66. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

66.1. Não se aplica

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

66.2. Andrade, CRF.; Limongi SCO & Colaboradores. Disfagia – Prática baseada em evidências. Editora Xavier, 1ª edição, São Paulo, 2012.

Thompsom, H. Blue Dye Test Modificado 1995. Brady, SL.; Hildner, CD.; Hutchins, BF. Simulateous videofluroscopic, swallow study and modified evans blue dye procedure: an evalution of blue dye visualization in cases of known aspiration. Dysphagia. 1999; 14:146 – 49. Brandão, AP.; et al. Implicações da traqueostomia na

comunicação e na deglutição.Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, V38, nº 3 p.202 -207, julho/agosto/setembro 2009.

Cameron, J.; Reynolds, J.; Zuidema, G. Aspiration in patients with tracheotomies . Surg Gynecol Obstet. !973; 136:68-70.

Devivitis, RA.; Santoro, PP.; Sugueno, LA. Manual Prático de Disfagia – diagnóstico e tratamento Editora Revinter Ed.2017.

Jacobi, JS.; Levy, DS.; Silva, LMC. Disfagia Avaliação e Tratamento 1º Ed. Rio de Janeiro. Editora Revinter, 2003.

Queirós A.et al Contributo para Adaptação e Validação da Eat Assessment Tool (EAT 10) e da Functional Oral Intake Scale (FOIS) Rev Soc. Portuguesa de Medicina Física e Reab. Vol./24/ nº 2 / 2013

Macedo, F.; Gomes, GF.; Furkim, AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo: Lovise, 2000.

Marques, V. Disfagia diagnostico, grau de severidade e escolha da melhor via de alimentação. http://www.vivianemarques.com.br.

Padovani, AR.; Moraes, DP.; Mangili, LD., Andrade, CRF. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2007; 12(3):199-205.

Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFS) – Editora Pró – Fono ed.2012.

ANEXO

Não se aplica

67. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

Nome emissor:	Nome 1º aprovador:	Nome 2ªaprovador:

Ass. do emissor:	**Ass. do 1° aprovador:**	**Ass. do 2° aprovador:**

68. APROVAÇÃO

PROTOCOLO - POP.100.SAF BLUE DYE TEST (BDT) E BLUE DYE TEST MODIFICADO (BDT-M)

1. OBJETIVO

1.1. Padronizar o uso do corante alimentício azul na avaliação fonoaudiológica para identificar se há presença de broncoaspiração de saliva e de alimentos em consistências e volumes variados de pacientes traqueostomizados a beira leito.

2. APLICAÇÃO

2.1. Em todas as áreas onde estiverem internados pacientes com traqueostomia.

3. DEFINIÇÕES

3.1. A avaliação clínica da deglutição realizada pelo fonoaudiólogo envolve análise do histórico da disfunção da deglutição, estado geral do paciente, investigação dos órgãos fonoarticulatórios (OFA), avaliação da biodinâmica da deglutição e sua relação com a respiração e fonação.

3.2. Através dos sinais e sintomas o fonoaudiólogo identifica a disfagia bem como a presença ou ausência de aspiração laringotraqueal. Quando mesmo após avaliação clínica ainda existam dúvidas quanto à presença ou ausência de aspiração traqueal de saliva e/ou alimentos é indicado outro procedimento complementar.

3.3. A avaliação objetiva da deglutição é realizada através dos exames de videofluoroscopia e nasofibroscopia. Porém, são métodos caros, demandam maior tempo, necessitam da locomoção do

paciente e são expostos a radiação ionizante e/ou desconforto, muitas vezes contraindicados devido a gravidade.

3.4. Entre os procedimentos complementares para auxiliar na investigação da função da deglutição, o Blue Dye Test (BDT) também chamado de Teste do Corante Azul é o mais indicado, pois auxilia na triagem e avaliação clínica. É um teste considerado de fácil aplicação, porém é importante realizar o protocolo de forma ininterrupta para evitar falsos positivos e falsos negativos na análise dos resultados. Ressalta-se ainda a necessidade de se conhecer sua versão modificada, o Blue Dye Test Modificado (BDT-M) e os possíveis equívocos de análise relacionados ao teste.

3.5. O BDT consiste em aplicar 4 gotas de corante alimentício de cor azul na cavidade oral do paciente de 4 em 4 horas, durante 48 horas consecutivas para avaliar a deglutição, verificando a presença ou não de aspiração traqueal. O paciente deverá deglutir após aplicação do corante e deverá ser realizada a aspiração endotraqueal imediata pelo fonoaudiólogo e ao longo do dia pelos demais profissionais habilitados da equipe multiprofissional (fisioterapeuta, enfermeiro e fonoaudiólogo).

3.6. O BDT-M é realizado após um resultado negativo do BDT. Neste procedimento o alimento é corado com corante alimentício de cor azul e ofertado para o paciente em ambas consistências e seguindo os mesmos procedimentos do BDT de aspiração e duração de 48 horas.

3.7. A Classificação Brasileira de Procedimentos em Fonoaudiologia realizou publicação oficialmente através do Conselho Federal de Fonoaudiologia, contemplando o teste como um procedimento fonoaudiológico.

3.8. O BDT foi descrito em 1973 para ser aplicado em pacientes traqueostomizados com o objetivo de avaliar a deglutição, que consistia no gotejamento de 4 gotas de azul de metileno no dorso da língua do paciente. A composição química do azul de metileno e do corante alimentício é diferente. Identificaram benefícios no uso do corante de alimentício ao invés de metileno por este ser mais aderente na mucosa traqueal.

3.9. Vários estudos publicados a partir de 2000 alertaram sobre a toxicidade relacionada ao uso do azul de metileno em dieta enteral para avaliação de complicações pulmonares por aspiração de alimentos. É importante ressaltar que o uso do azul de metileno em procedimentos fonoaudiológicos

não é recomendado pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia devido sua toxicidade e ao risco elevado de provocar choque anafilático em pacientes renais.

3.10. Alguns estudos apontam alterações também no uso do corante azul alimentício para grupos específicos de doentes, porém referem complicações cuja administração do corante excederam 5 a 10ml. A quantidade administrada para uso no BDT é pequena quando comparada a estes valores (1-3ml), porém a ASHA (American Speech language Hearing Association) recomenda que este teste não seja realizado em pacientes com risco de complicações conforme citado nos critérios de exclusão. A ASHA recomenda a discussão com a equipe médica antes de realizar o procedimento e caso optem por realizar, deve ser realizado com máxima condição de higiene e com materiais estéreis para evitar contaminações.

3.11. Ressalta-se que o fonoaudiólogo especialista em disfagia é capaz de identificar, através da avaliação clínica, fatores preditores de disfagia e, em conjunto com a equipe multidisciplinar, identificar episódios de broncoaspiração de saliva e de alimentos sem, necessariamente, realizar o BDT e BDT-M, tornando-o uma ferramenta de auxílio e complemento da avaliação fonoaudiológica, quando necessário.

3.12. Resultados esperados:

3.12.1. *Positivo (+)*: Presença de secreção corada de azul durante aspiração traqueal é indicativo de aspiração de saliva/alimento apresentando risco de broncoaspiração. Paciente diagnosticado com Disfagia Orofaríngea.

3.12.2. *Negativo (-)*: Ausência de secreção corada de azul pela cânula de traqueostomia em nenhuma aspiração ao longo das 48 horas de aplicação do protocolo é sugestivo de deglutição normal de saliva/alimento.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. O profissional nesse momento deve estar com os EPIS, touca, máscara (usar o tipo de máscara de acordo com o tipo de precaução estabelecida para o usuário) e óculos de proteção em uso;

4.2. Reunir o material e levar ao quarto e/ou próximo ao paciente;

4.3. Higienizar as mãos conforme as normas de higienização de mãos da SCIRAS;

4.4. Calçar as luvas e vestir capote de procedimento;

4.5. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;

4.6. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

4.7. Elevar a cabeceira do leito a 90º;

4.8. Verificar e monitorar os sinais vitais do paciente, frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e Saturação de Oxigênio (SpO2);

4.9. Proceder à higiene brônquica por meio da aspiração traqueal caso necessário; caso precise, calças luvas próprias para tal procedimento (luva estéril);

4.10. Corar a cavidade oral do paciente com 4 gotas do corante alimentício azul por meio de seringa ou colher. *Não ministrar o corante direto do vidro para a cavidade oral para não contaminar o vidro todo;*

4.11. Realizar oclusão digital da traqueostomia e solicitar ao paciente deglutir a saliva, observar se há alteração na ausculta cervical e/ou se sua qualidade vocal fica molhada, ou seja, indicativa de estase de saliva ou secreção em laringe e pedir para tossir/limpar/raspar a garganta (Caso o paciente não tolere oclusão digital, somente realizar aspiração após deglutir);

4.12. Realizar nova aspiração traqueal após a deglutição;

4.13. Observar se há presença ou ausência imediata de secreção corada de azul;

4.14. Reaplicar o teste a cada 4 horas por 2 dias (48 horas) consecutivos caso não saia secreção corada de azul imediatamente;

4.15. Caso saia coloração azulada imediatamente, suspender o procedimento. Nesse caso o teste é positivo.

4.16. Retirar EPIS e proceder com o descarte corretamente;

4.17. Higienizar as mãos conforme as normas de higienização de mãos da SCIRAS;

4.18. Para o BDT-M realizar os mesmos procedimentos citados acima, porém ao invés de corar a cavidade oral do paciente, será corado, com corante alimentício azul, o alimento em várias consistências e ofertado para o paciente, após, seguir os mesmos procedimentos realizados no BDT.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Corante alimentício de cor azul;

5.2. Seringa (preferencialmente de 3ml);

5.3. Oxímetro;

5.4. Estetoscópio;

5.5. Luvas estéril;

5.6. Sonda de aspiração traqueal;

5.7. Soro fisiológico;

5.8. Espessante alimentício;

5.9. Água potável;

5.10. Alimentos em consistências variadas conforme indicação fonoaudiológica;

6. EPI

6.1. Touca;

6.2. Luvas;

6.3. Máscara (usar o tipo de máscara de acordo com o tipo de precaução estabelecida para o usuário);

6.4. Capote de procedimento;

6.5. Óculos de proteção;

6.6. Luvas estéril;

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Fonoaudiólogo

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. O procedimento será executado conforme os critérios de inclusão e exclusão.

8.1.1. Critérios de inclusão:

8.1.1.1. Aqueles pacientes avaliados pelo fonoaudiólogo e mesmo assim deixam dúvidas quanto à broncoaspiração na avaliação clínica.

8.1.1.2. Pacientes que fazem uso de traqueostomia;

8.1.1.3. Pacientes com cuff desinsuflado por tempo igual ou maior que 24 horas. Caso seja realizado o BDT no mesmo instante que desinsuflar o cuff, pode ocorrer o chamado "falso positivo", pois devido à ausência de passagem de ar por via aérea superior, há diminuição da sensibilidade da região, ocasionando um resultado "positivo". Após esse tempo com cuff desinsuflado haverá melhora da sensibilidade, ocasionando diminuição ou até ausência da broncoaspiração. Para pacientes que não conseguem permanecer com cuff desinsuflado proceder com desmame de cuff, se mesmo assim não for possível o desmame, deixar cuff semi-desinsuflado por 24h e após esse período, realizar o BDT;

8.1.1.4. Pacientes em Ventilação Mecânica (VM) e sem previsão de retirada a curto prazo, sendo necessário observar protocolo de desmame difícil. Para estes, deixar cuff semi-desinsuflado e o fisioterapeuta irá realizar as modificações necessárias na ventilação.

8.1.1.5. Para o BDT-M estão incluídos aqueles pacientes que realizaram o protocolo de BDT e obteve resultado negativo.

8.1.2. Critérios e exclusão:

8.1.2.1. Estão excluídos do procedimento aqueles pacientes que na avaliação clínica fonoaudiológica já se identificou a broncoaspiração;

8.1.2.2. Pacientes que não fazem uso da traqueostomia;

8.1.2.3. Para o BDT-M estão excluídos aqueles pacientes que passaram pelo BDT e o resultado foi positivo;

8.1.2.4. Estão excluídos desse procedimento aqueles pacientes que se enquadram no grupo de risco para o uso do corante azul conforme a ASHA. São eles:

8.1.2.4.1. Pacientes com aumento da permeabilidade gastrointestinal;

8.1.2.4.2. Pacientes com Sepse ou choque séptico;

8.1.2.4.3. Pacientes com queimaduras;

8.1.2.4.4. Traumatismo;

8.1.2.4.5. Falência renal;

8.1.2.4.6. Intervenções cirúrgicas esofágicas e/ou gastrointestinais;

8.1.2.4.7. Doença celíaca e doença inflamatória intestinal;

8.1.2.4.8. Alergias a corantes.

9. REGISTROS

9.1. Os registros serão realizados a partir do protocolo de avaliação fonoaudiológica, na evolução multiprofissional e ambos devem ser anexados no prontuário do paciente.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Não se aplica.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Sugeno LA; Pires E. Uso do Teste do corante azul na avaliação da deglutição. In: Furkim AM, Rodrigues KA, organizadores. Disfagias nas Unidades de Terapia Intensiva. 1ª Ed. São Paulo: Roca; 2014.

12.2. Carvalho NAVP; Vicente LCC; Friche AAL. Plano Terapêutico Fonoaudiológico (PTF) para pacientes traqueostomizados com disfagia orofaríngea. In: Pró-Fono, organizadora. Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFs). Vol. 2. Barueri; 2015.

12.3. Padovani AR; Andrade CRF; Limongi SCO. Teste do Corante Azul na avaliação Fonoaudiológica de Indivíduos Traqueostomizados. In: Andrade CRF; Limongi, organizadores. Disfagia: Prática baseada em evidências. São Paulo; 2012.

12.4. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Classificação Brasileira de Procedimentos em Fonoaudiologia. 2010.

12.5. Decannulation: speech therapy and physiotherapy approach. Distúrbios Comun. São Paulo, 28(1): 93-101, março, 2016

12.6. Parecer Sociedade Mineira de Terapia Intensiva. http://blog.somiti.org.br/parecer-blue-dye-test/

12.7. Criteria for clinical speech therapy evaluation of tracheostomized patient in hospital bed and home care. Rev. CEFAC. 2014 Mar-Abr; 16(2):524-535.

12.8. Swigert NB. Blue dye in evaluation of dysphagia: is it safe? The ASHA Leader. March, 2003.

12.9. ASHA Special Interest Division 13, Swallowing Disordes (Dysphagia) Committee on Endoscopic Evaluation of Swallowing Guidelines. Role of the speech-Language Pathologist in the performance and interpretation of endoscopic evaluation of swallowing: Guidelines.

12.10. Resolução CFFa nº 492, de 7 de abril de 2016. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2013/07/res-492-2016.pdf.

12.11. Recomendação CFFa nº 17, de 18 de fevereiro de 2016. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_492_16.htm.

13. ANEXO

Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	o ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.10.1.3 NUTRIÇÃO

PROTOCOLO - MANUAL DO NUTRICIONISTA

PARÂMETROS DIETÉTICOS

História dietética:

Investigar alergias alimentares

Dificuldades de ingestão alimentar (mastigação, deglutição, inapetência, entre outros) utilizando recordatórios ou inquéritos de frequência alimentares (importante, pois a ingestão alimentar pode estar modificada de acordo com os ciclos de tratamento), isso permite analisar qualitativa e quantitativamente a ingestão alimentar do indivíduo.

O método dietético é usado para:

Avaliar a ingestão alimentar (qualidade e quantidade)

Identificar hábitos alimentares e características da alimentação

Contribuir na elaboração da hipótese diagnóstica do estado nutricional

Auxiliar no planejamento do cuidado nutricional.

Podemos utilizar os seguintes métodos dietéticos:

Recordatórios (podem fornecer dados detalhados e requer somente a memória curta do paciente)

Questionários de frequência alimentar (fornecem análise qualitativa, ou mesmo sem quantitativa, da ingestão alimentar de determinado indivíduo ou grupo)

Diários (durante certo período de tempo, geralmente de 1 a 7 dias, o paciente registra a ingestão alimentar).

Com a triagem nutricional é possível identificar pacientes com possível risco nutricional e desnutrição para uma intervenção nutricional mais efetiva e precoce.

TRIAGEM NUTRICIONAL

Possibilita identificar o risco nutricional dos pacientes adultos internos com exceção de gestantes de risco habitual internadas para parto, e pacientes críticos (unidades semi-intensivas) uma vez que que já estão em risco nutricional.

Realizar triagem em até 72 horas após admissão.

Disponibilizar a triagem no prontuário eletrônico do paciente, possibilitando ações imediatas de intervenção nutricional, contribuindo com a redução da morbimortalidade dos pacientes e reduzindo a média de permanência hospitalar.

NRS – Nutritional Risk Screening 2002

Fase inicial

IMC < 20,5 Kg/m²? ( ) SIM ( )NÃO

Perda de peso nos últimos 3 meses? ( ) SIM ( )NÃO

Redução da ingestão na última semana? ( ) SIM ( )NÃO

Saúde gravemente comprometida? ( ) SIM ( )NÃO

Em caso de uma resposta ( ) Sim a qualquer pergunta da triagem inicial, a triagem final deverá ser utilizada.

Se a resposta for ( ) Não a todas as perguntas da triagem inicial, o paciente deverá ser triado de 7 em 7 dias até a alta hospitalar.

Estado Nutricional	**Pontos**	**Gravidade da doença**	**Pontos**
( ) 50 a 75 % das necessidades energéticas ( ) Perda de peso > 5% em 3 meses.	**1** **Leve**	( )Complicações Agudas de Doenças Crônicas ( ) DPOC ( ) HD (hemodiálise) ( ) Câncer	**1** **Leve**
( ) Perda de peso > 5% em 2 meses. ( ) IMC 18,5 – 20,5 Kg/m² ( ) 25 a 50% das necessidades energéticas	**2** **moderada**	( ) AVC ( ) BCP Severa ( ) Cirurgia no TGI ou abdominais ( ) Infecções Graves	**2** **Moderada**
( ) Perda de peso > 5% em 1 mês ( ) perda de peso > 15% em 3 meses ( ) IMC < 18,5 Kg/m²	**3** **Grave**	( ) Neurocirurgia ( ) TMO ( ) UTI (Apache >10)	**3** **Grave**

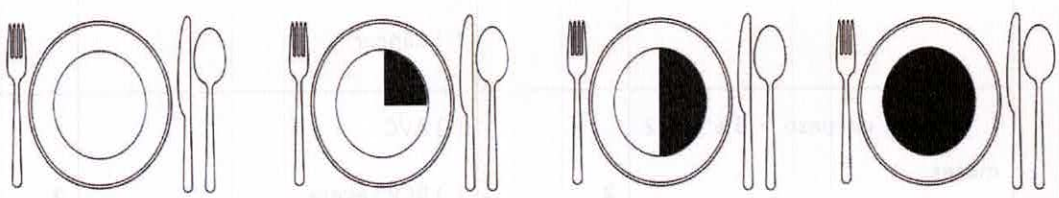
( ) < 25% das necessidades energéticas			

Triagem Final

A quantificação da dieta ingerida é feita em quartis (entre 50%-75%, 25%-50% e 0%-25%).

Classifica-se o estado nutricional e a gravidade da doença de acordo com as pontuações.

QUANTO VOCÊ COMEU?



nada (0%) **1/4 (25%)** **metade (50%)** **tudo (100%)**

Fase Final:

Alteração do estado Nutricional:

( ) Ausente – 0 ( ) Leve- 1 ( ) Moderada- 2 ( ) Grave -3

Gravidade da doença:

( ) Ausente – 0 ( ) Leve- 1 ( ) Moderada- 2 ( ) Grave -3

Idade superior a 70 anos:

( ) Ausente – 0 ( ) Leve- 1 ( ) Moderada- 2 ( ) Grave -3

Ao final, soma-se os pontos obtidos relacionados ao estado nutricional de e gravidade da doença, aos pacientes acima de 70 anos acrescentar 1 ponto ao total. Após classifica-se o paciente em:

>=3 Com risco nutricional <3 Sem risco nutricional

Os que apresentarem escore que indique risco nutricional deverão ser acompanhados e avaliados diariamente.

Os que não apresentarem risco deverão ser triados novamente após 7 dias.

Indicador: Número absoluto de pacientes internos/número de pacientes triados

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS:

Visam estimar a massa corporal total, a massa magra e a massa gorda (adiposa).

Utiliza-se de: peso, altura, pregas cutâneas e circunferências = o conjunto delas é chamada de MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS.

Peso corpóreo

É a somatória de todos os componentes corporais (água, minerais, gordura, músculo, ossos) e reflete o equilíbrio protéico-energético do indivíduo, ou seja, seu estado nutricional.

Segundo os modelos teóricos, pode ser representado em modelos multicompartimentais e bicompartimentais. Nossa matéria irá trabalhar com o modelo **bicompartimental**, que divide o peso total em gorduras totais (tecido adiposo) e massa livre de gordura.

Massa de gordura: todos os lipídeos extraídos do tecido adiposo e outros tecidos do corpo.

Massa livre de gordura: toda a massa corporal subtraída da massa de gordura.

Massa magra: representa toda a massa corporal magra, com acréscimo de pequenas quantidades de gordura (lipídios essenciais).

Peso Atual ou Real

Deve ser obtido em uma balança calibrada de plataforma ou eletrônica, sendo que o indivíduo deverá posicionar-se em pé, no centro da balança, com o peso corporal igualmente distribuído entre os pés, com as roupas leves e preferencialmente sem sapatos.

Peso habitual ou usual

O peso habitual é utilizado como referência na avaliação das mudanças recentes de peso e em casos de impossibilidade de medir o peso atual, sendo auto-referido pelo indivíduo avaliado. (Peso que o paciente refere que costuma ter).

Peso ideal ou desejável

PESO IDEAL, segundo IMC:

É definido em função de alguns parâmetros como idade, biótipo, sexo e altura. Pode ser calculado a partir do Índice de Massa Corporal (IMC) médio proposto pela FAO (1985) utilizando-se a fórmula:

$PI = Altura^2\ (m)\ X\ IMC\ médio$

Onde:

- IMC médio para homens = 22 kg/m^2

- IMC médio para mulheres = 21 kg/m^2

PESO IDEAL, segundo biótipo:

O peso ideal também pode ser calculado considerando-se o sexo, biótipo e altura (cm). Esse valor será expresso em uma faixa numérica.

Para tal, o indivíduo deve ser classificado em:

BREVILÍNEO: indivíduo com tórax largo e membros curtos.

NORMOLÍNEO: indivíduo com harmonia entre o tamanho do tórax e dos membros

LONGILÍNEO: indivíduo com musculatura e tecido subcutâneo escasso sendo, em geral, alto e esguio.

Tabela 1. Tabela para cálculo de peso teórico segundo o Biótipo.

BIÓTIPO	Homens	Mulheres

	Variação	Variação
Brevelíneo	h-100 até (h-100) -5%	(h-100)-5% até (h-100)-10%
Normolíneo	(h-100) -5% até (h-100) -10%	(h-100)-10% até (h-100)-15
Longilíneo	(h-100)-10% até (h-100)-15%	(h-100)-15% até (h-100)-20%

*Onde h é igual a altura do indivíduo em cm.

PESO AJUSTADO, segundo Aspen (1998):

Para cálculo do peso ideal devemos calcular primeiro a % de adequação do peso atual segundo o peso ideal, de acordo com a fórmulas proposta por Blackburn, et al. (1977).

1º passo: Calcular o Percentual do Peso Atual em Relação ao Peso Ideal

$$\% \text{ de peso corporal ideal} = \frac{\textbf{peso atual}}{\textbf{peso ideal}} \times 100$$

2º passo: Classificar o resultado encontrado

Tabela 2. Classificação do Estado Nutricional segundo o percentual do peso ideal.

Percentual	Classificação
>120%	Obesidade
111% a 120%	Sobrepeso
90%-110%	**Eutrófico**
80%-89%	Baixo peso grau I
70%-79%	Baixo peso grau II
< 69%	Baixo peso grau III

3º passo: Se os pacientes forem classificados fora da eutrofia, ou seja valores < 90% e > 110%, deve-se calcular o **peso ajustado** já que o peso ajustado é o que melhor se correlaciona com a massa metabolicamente ativa desses indivíduos.

Peso ajustado = (P.A. - P.I.) x 0,25 + P.I.

Onde: P.A. = peso atual

P.I. = peso ideal

PERDA DE PESO GRAVE:

Associada com o aumento da taxa de morbidade e mortalidade dos pacientes.

Percentual de Perda de Peso Recente

Correlação com morbidade e mortalidade inclui o tempo no qual ocorreu a alteração do peso.

Grau de severidade de perda de peso.

% de mudança ponderal recente = **(peso usual - peso atual) x 100**

Peso usual

Tabela 3. Classificação do Estado Nutricional segundo o percentual de mudança de peso.

TEMPO	PERDA DE PESO	PERDA DE PESO
SIGNIFICATIVA (%)	SEVERA (%)	
1 semana	1-2	> 2
1 mês	5	> 5
3 meses	7,5	> 7,5
6 meses	10	> 10

ASPEN (1993)

ATENÇÃO:

NA PRESENÇA DE EDEMA E ASCITE

OBESOS COM RÁPIDA PERDA DE PESO

MUDANÇAS NA INGESTÃO DE SÓDIO

CRESCIMENTO TUMORAL MACIÇO

EDEMA X PESO

Tabela 4. Estimativa de Peso Corporal em pacientes com Edema

EDEMA	**LOCALIZAÇÃO**	**EXCESSO DE PESO**
HÍDRICO		
+	Tornozelo	1 kg
++	Joelho	3 a 4 kg
+++	Base da coxa	5 a 6kg
++++	Anasarca	10 a 12 kg

GRAU DE ASCITE	**PESO ASCÍTICO**	**EDEMA PERIFÉRICO**
Leve	2,2kg	1 kg
Moderada	6,0 kg	5 kg
Grave	14,00 kg	10 kg

Esta tabela citada acima (4) fornece uma estimativa para o peso real de pacientes edemaciados, permitindo o cálculo do peso seco.

Circunferência do Braço (CB)

Para a obtenção dessa medida, o braço deve estar flexionado em direção ao tórax, formando um ângulo de 90º.

Deve-se identificar e sinalizar o ponto médio entre o acrômio e o olécrano. Depois, pedir que a pessoa fique com o braço estendido ao longo do corpo com a palma da mão voltada para a coxa.

Contornar o braço com uma fita flexível no ponto marcado de forma ajustada evitando compreensão da pele ou folga.

O resultado obtido é comparado aos valores de referência do NHANES I (*National Health Nutrition Examination Survey*) demonstrado no quadro de percentis por Frisancho.

Adequação da CB(%): CB obtida(cm) x100 / CB percentil 50

Classificação da Adequação de CB por percentil

	Desnutrição Grave	Desnutrição Moderada	Desnutrição Leve	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
CB	<70%	70 - 80%	80 - 90%	90 - 110%	110 - 120%	>120%

Percentis de Circunferência de Braço- CB (cm) para mulheres por idade (60ª>80 anos)

IDADE	5	10	25	50	75	90	95
60-64	26,00	28,00	30,00	33,00	35,00	37,00	39,00
65-69	25,00	27,00	28,00	31,00	34,00	36,00	38,45
70-74	24,00	25,00	28,00	31,00	34,00	37,00	40,00
75-79	24,00	26,00	28,00	31,00	33,00	36,00	38,00
>80	22,00	23,00	26,00	29,00	31,00	34,00	35,15

Percentis de Circunferência de Braço- CB (cm) para mulheres por idade (60ª>80 anos)

IDADE	5	10	25	50	75	90	95
60-64	24,90	27,00	29,00	30,00	32,00	35,00	37,00
65-69	24,55	27,00	29,00	30,00	32,00	34,90	36,00
70-74	24,00	26,00	27,00	30,00	32,00	34,00	35,25
75-79	23,00	24,00	26,00	29,00	31,00	33,00	35,00
⩾80	22,00	23,00	25,00	28,00	30,00	32,00	33,00

Fonte: Adaptado de SABE/OPAS, 2002.

Percentil	Classificação
< P5	Desnutrição
P5 – P10	Risco de Desnutrição
P10 – P90	Eutrofia
> P90	Obesidade ou Musculatura Desenvolvida

Fonte: Adaptado de SABE/OPAS, 2002.

ALTURA

É um termo que pode ser utilizado tanto para o comprimento quanto para a altura. Crianças menores de 2 anos: são medidas deitadas, caracterizando-se o comprimento; adultos e aquelas com mais de 2 anos de idade: são medidas em pé, caracterizando o que pode ser definido como altura.

A estatura deve ser medida utilizando-se um estadiômetro ou antropômetro (de haste móvel ou fixa), e um infantômetro (crianças).

Técnicas de aferição de altura:

O paciente deve estar descalço e ter o peso igualmente distribuído entre os pés, os braços estendidos ao longo do corpo e calcanhares juntos, tocando a haste vertical do estadiômetro.

A cabeça fica ereta, com os olhos fixos para frente ou no plano horizontal.

Pacientes acamados, idosos ou deficientes físicos: a altura pode ser estimada por meio da altura do joelho, extensão dos braços e altura recumbente.

Estimativa de altura, por meio da altura do joelho:

É feita com o paciente em posição supina, formando um ângulo de 90º com o joelho (ESQUERDO) e tornozelo.

A régua deve ser posicionada no nível da base do calcanhar e a sua outra extremidade deve estar localizada na cabeça da fíbula.

É necessário a idade em anos, o sexo e a altura do joelho em centímetros, para se utilizar as equações de Chumlea:

Homens = 64,19 – (0,04 x idade) + (2,02 x altura do joelho em cm).

Mulheres = 84,88 – (0,24 x idade) + (1,83 x altura do joelho em cm).

Estimativa de altura, por meio da extensão dos braços:

Os braços devem ficar estendidos formando um ângulo de 90º com o corpo.

Mede-se a distância entre os dedos médios das mãos utilizando-se uma fita métrica flexível.

A medida obtida corresponde à estimativa de estatura do indivíduo.

Estimativa de altura, por meio da estatura recumbente:

O paciente deve estar em posição supina com linha de visão para o teto, no plano horizontal.

No lençol são marcados os pontos referentes ao topo da cabeça e base do pé, e depois medida a distância entre esses pontos com auxílio de fita graduada.

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

O Índice de Massa Corporal (IMC), ou índice de Quetelet, é um índice simples de peso/estatura utilizado para classificação do estado nutricional.

TÉCNICAS:

É necessário dividir o peso, em quilogramas (kg), pela estatura, em metros (m), elevada ao quadrado, resultando em um valor expresso em kg/ m^2.

IMC = Peso (kg) = _____ kg/m^2

Estatura (m^2)

TABELA 5. CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE ADULTOS SEGUNDO O IMC (OMS, 1995 e 1997)

IMC (kg/ m^2)	CLASSIFICAÇÃO
< 16	Magreza grau III
16 a 16,9	Magreza grau II
17 a 18,4	Magreza grau I
18,5 a 24,9	Eutrofia
25 a 29,9	Sobrepeso
30 a 34,9	Obesidade grau I
35 a 39,9	Obesidade grau II
> 40	Obesidade grau III

Avaliação antropométrica no idoso (a partir de 60 anos).

Por ser um grupo que apresenta as necessidades metabólicas aumentadas e a depleção de massa magra acentuada, os parâmetros de corte do IMC são diferentes dos utilizados para a população adulta.

Classificação do IMC Pacientes hospitalizados

IMC (kg/ m^2)	CLASSIFICAÇÃO
< 22	Desnutrição
22 a 27	Eutrofia
>27	Obesidade

Deve-se calcular o Peso Ajustável para Idosos com IMC superior a 27 kg/m^2.

Pideal = E^2 x 27 se Idade ≥ 60 anos

Investigação bioquímica

Local	Sinais associados à desnutrição	Possível deficiência ou doença
Cabelo	Perda do brilho natural, seco; fino e esparso; sinal de bandeira; despigmentado; fácil de arrancar sem dor.	Kwashiorkor e, menos comum, marasmo

Olhos	Cegueira noturna	Vitamina A, zinco
	Manchas de Bitot, xerose conjuntival e córnea	Vitamina A
	Ceratomalácia	Riboflavina, vitamina A
	Inflamação conjuntival	Riboflavina, vitamina A
	Vermelhidão e fissuras nos epicantos	Riboflavina, piridoxinaVitamina E
	Defeito no campo da retina.	
Boca	Estomatite angular, queilose	Riboflavina, piridoxina, niacina
	Língua inflamada	Ácido nicotínico, ácido fólico,
	Língua magenta (púrpura)	riboflavina, vitamina B12, piridoxina e ferro
	Fissura na língua	Riboflavina
	Atrofia das papilas	Niacina
	Redução da sensibilidade ao sabor	Riboflavina, niacina, ferro
	Hemorragia gengival	Zinco
	Perda do esmalte do dente	Vitamina C, riboflavina
		Flúor, zinco
Glândulas	Aumento da tireóide	Iodo
	Aumento da paratireoide.	Inanição.

Pele	Xerose, hiperqueratose folicular	Vitamina A
	Petéquias	Vitamina C
	Hiperpigmentação	Niacina
	Palidez	Ferro, vitamina B12, folato
	Seborreia nasolabial	Riboflavina, Ac. graxos essenciais
	Dermatose vulvar e escrotal	Riboflavina
	Dermatose descamativa	Kwashiorkor
	Pelagra	Ácido nicotínico
	Machuca facilmente	Vitamina K ou vitamina C
Unhas	Quebradiças, rugosas, coiloníquas	Ferro
Tecido subcutâneo	Edema	Gordura abaixo do normal
		Kwashiorkor
		Inanição, marasmo
Tórax	Fraqueza do músculo respiratório	Proteína, fósforo
Sistema gastrointestinal	Hepatoesplenomegalia.	Kwashiorkor.
Sistema Músculo-esquelético	Desgaste muscular	Inanição
	Ossos do crânio frágeis, fossa frontoparietal	Kwashiorkor
		Vitamina D

	Alargamento epifisário, persistência da abertura da fontanela anterior e perna em X Rosário raquítico Frouxidão das panturrilhas	Vitamina D ou vitamina C Tiamina
Sistema nervoso	Alteração psicomotora Perda do senso vibratório, do senso de posição e da capacidade de contração do punho; fraqueza motora; parestesia Demência Neuropatia periférica Tetania Desorientação aguda	Kwashiorkor Tiamina, vitamina B12 Niacina, vitamina B12, tiamina tiamina, piridoxina, vitamina E Cálcio, magnésio Fósforo, niacina
Sistema cardiovascular	Aumento do coração, taquicardia	Tiamina

Necessidades calóricas

Cálculo do gasto energético total (GET)

O cálculo do GET é feito de forma indireta e individualizada mediante a equação de HARRIS & BENEDICT, ajustada, de acordo com a patologia, pelos fatores de atividade e lesão adaptados de LONG et al.

Gasto energético basal (Equação de Harris & Benedict)

Homem: 66,47 + (13,75 x peso) + (5,00 x altura) – (6,75 x idade)

Mulher: 655,09 + (9,56 x peso) + (1,84 x altura) – (4,67 x idade)

Peso = kg / altura = cm / idade = anos

Fator atividade

Acamado = 1,2 Acamado + móvel = 1,25 Deambulando = 1,3

Fator térmico
38ºC 1,1
40ºC 1,3
41ºC 1,4

Paciente não complicado	1,00	Infecção grave	1,3
P.O Pequeno	1,02	Pancreatite	1,3-1,8
P.O. Médio	1,0	Insuficiência Renal aguda	1,3
P.O. Grande	1,10-1,25	Insuficiência cardíaca	1,3-1,5
Fratura	1,1	Insuficiência hepática	1,1,55
Sepse	1,2-1,8	Desnutrição grave	1,5

Peritonite	1,2-1,5	Doença cardiopulmonar	0,8-1,0
Multitrauma(reabilitação)	1,5	Doença cardiopulmonar c/ cirurgia	1,3- 1,55
Multitrauma + Sepse	1,6	Transplante de fígado	1,2- 1,5
Queimadura	30-50% 1,7	DM	1,1
Queimadura	50-70% 1,8	DPOC	1,2
Queimadura	70-90% 20,	SIDA	1,45
Câncer	1,1-1,45	Hepatopatias	1,2
Jejum ou inanição	1,2- 1,3	Renais em hemodiálise	1,2
Pequeno trauma de tecido	1,14-1,37	Neurológicos e coma	1,15- 1,20
Fraturas múltiplas	1,2-1,35	TCE	1,40
Cirurgia cardíaca	1,2	Crhon em atividade	3,0
SIC	1,45	Retocolite	1,3- 1,6

SCQ = superfície corporal queimada

DM = diabetes mellitus

DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica

SIDA = síndrome da imunodeficiência adquirida

TCE = trauma cranioencefálico

SIC = síndrome do intestino curto / P.O. = pós-operatório.

Necessidades calóricas

KCAL POR KG DE PESO

X = kcal x Peso

X = kcal ÷ Peso

Recomendações kcal/kg peso kcal
Hipocalórica 20 – 25
Normocalórica 25 – 35
Hipercalórica 35 – 45
Hipercalórica 35 – 45

Fonte: Lílian Cuppari, 2005

AMPUTADOS

Cálculo de Peso Anterior à Amputação

Peso anterior à amputação = **Peso atual x 100**

100 - Porcentagem de amputação

Porcentagem do Peso Corporal contribuído por partes específicas do corpo	
Parte Corpora	Porcentagem da amputação
Tronco s/membros	50,0

Mão	0,7
Antebraço com mão	2,3
Antebraço sem mão	1,6
Parte superior do braço	2,7
Braço inteiro	5,0
Pé	1,5
Parte inferior da perna com pé	5,9
Parte inferior da perna sem pé	4,4
Coxa	10,1
Perna inteira	16,0

Fonte: Osterkamp, 1995

Cálculo para Peso corrigido

Peso corrigido = **Peso antes da amputação (100 - % de amputação)**

100

Cálculo do IMC Real, segundo fórmula de Tzamaloukas e cols. (1994).

IMC = Peso Corrigido = **Altura (1- peso sem amputação – peso corrigido)**

Peso antes da amputação

NECESSIDADES PROTEICAS

Um aporte proteico adequado é necessário para a síntese de proteínas para defesa e recuperação celular, poupar massa corporal magra e redução do nível de catabolismo da proteína endógena para neoglicogênese.

Pacientes sem estresse metabólico 0,8 – 1,0 g/kg/dia.

Pacientes com estresse metabólico 1,5 – 2,0 g/kg/dia.

Pacientes com estresse metabólico em sepse 1,7 – 2,0 g/kg/dia.

Insuficiência renal aguda ou crônica em diálise 1,0 – 1,2 g/kg/dia.

Insuficiência renal aguda ou crônica sem diálise 0,6 – 1,0 g/kg/dia.

Insuficiência hepática com encefalopatia hepática grau III e IV 0,8 – 1,0 g/kg/dia.

GESTANTES

A Partir da identificação do peso e da altura pré-gestacionais, pode-se calcular o índice de massa corpórea e estabelecer a previsão de ganho de peso total para a gestação, de acordo com a "National Academy of Sciences".

Tabela

Ganho de peso total esperado para a gestação de acordo com o IMC.

IMC (Peso Pré-gestacional)	Classificação	Ganho de Peso Total Esperado
19,8-26kg /m²gestação	Peso normal	15 a 16 kg até o final da gestação
26-29 kg/m²	Sobrepeso	7 a 15,5 kg até o final da gestação
Acima de 29 kg/m²	Obesidade	Menos de 6 kg

Fonte: Kravosec (1991).

Nota- Quando a idade gestacional é desconhecida, recomenda-se que a mãe adquira um mínimo de 1 kg mensal durante o segundo e o terceiro trimestres (Kravosec (1991).

Triagem Nutricional para Crianças

Para realizar a triagem Nutricional utiliza-se a ferramenta STRONGkids (HUSENTRYT ET AL.,2013) pois possibilita triar os pacientes pediátricos identificando os de risco nutricional com facilidade.

A triagem será realizada em até 48h após a internação e alcançará a faixa etária entre 1 mês e 18 anos de idade

Questionário para triagem

Existe alguma doença com risco de desnutrição ou previsão de cirurgia de grande porte?

( ) Sim = 02 pontos ( ) Não = 00 pontos

O paciente apresenta algum sinal que sugere estado nutricional precário quando avaliado de forma subjetiva?

( ) Sim = 01 ponto ( ) Não = 00 pontos

Alguma desta situação está presente?

( ) Diarreia excessiva (> 5 episódios/dia) e ou vômitos (> 3 episódios/dia)

( ) Redução da ingestão oral nos últimos 5 dias

( ) Intervenção nutricional prévia

( ) Ingestão oral insuficiente por motivo de dor

( ) Sim = 1 ponto

( ) Não = 00 pontos

Ocorreu perda ou ganho de peso insuficiente (em crianças menores de 1 ano) durante a última semana ou mês?

( ) Sim = 1 ponto

( ) Não = 00 pontos

Classificação:

( ) Alto risco: 4-5 pontos

( ) Médio risco: 1-3 pontos

( ) Baixo risco: 0 ponto

Escore	Risco	Conduta
4-5 pontos.	Alto risco	Consultar especialista para diagnóstico nutricional completo, intervenção nutricional e acompanhamento. Avaliar a adequação da dietoterapia.
1-3 pontos.	Médio Risco	Considerar intervenção nutricional. Realizar pesagem duas vezes por semana e reavaliar risco nutricional uma vez por semana. Se julgar necessário consultar um especialista para diagnóstico completo.
0 pontos.	Baixo Risco	Não há necessidade de intervenção nutricional para checar peso e avaliar risco semanalmente.

SITUAÇÕES DE RISCO NUTRICIONAL

Anorexia nervosa

Queimados

Pneumopatias (bronquiolite, pneumonia, displasia broncopulmonar)

Doença celíaca

Fibrose cística

Doença cardíaca crônica Doença infecciosa (AIDS, leishmaniose, varicela, síndrome pertussis, meningite, tuberculose);

Prematuridade/imaturidade (corrigir idade para 6 meses)

Câncer Doença hepática crônica

Doença renal crônica

Pancreatite

Síndrome de má absorção intestinal

Doença muscular

Doença metabólica

Trauma

Doença neurológica (paralisia cerebral, epilepsia);

Previsão de cirurgia de grande porte;

Farmacodermia não especificado (classificado pelo médico);

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL PARA CRIANÇAS

a. ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS:

Os índices antropométricos mais amplamente usados, recomendados pela OMS e adotados pelo Ministério da Saúde para a avaliação do estado nutricional de crianças, são:

Peso-para-idade (P/I): Expressa a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança.

É o índice utilizado para a avaliação do estado nutricional, contemplado na Caderneta de Saúde da Criança, principalmente para avaliação do baixo peso.

Essa avaliação é muito adequada para o acompanhamento do ganho de peso e reflete a situação global da criança; porém, não diferencia o comprometimento nutricional atual ou agudo dos pregressos crônicos.

Por isso, é importante complementar a avaliação com outro índice antropométrico.

Peso-para-estatura (P/E): Este índice dispensa a informação da idade; expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e estatura.

É utilizado tanto para identificar o emagrecimento da criança, como para o excesso de peso.

Estatura-para-idade (E/I): Expressa o crescimento linear da criança.

É o índice que melhor indica o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança.

É considerado o indicador mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população.

Terapia Nutricional Enteral

A nutrição enteral será via de escolha quando:

Não é possível se alimentar por via oral.

A ingestão alimentar via oral foi insuficiente, menor que 60%.

Paciente desnutrido e em situação de alto catabolismo.

b. INDICAÇÕES

TGI íntegro e funcionante

Lesões de SNC com a deglutição comprometida

Pacientes desnutridos ou em risco nutricional

Caquexia cardíaca, câncer

Ingestão via oral inadequada (anorexia, depressão)

Anormalidades funcionais do intestino

Estados hipercatabólicos (queimados e infecção grave)

Pré e pós-operatório que houver necessidade

Obstrução esofágica, disfagia avançada

c. CONTRAINDICAÇÕES

Obstrução intestinal mecânica

Pancreatite aguda grave

Íleo paralítico grave com distensão intestinal

Fístulas intestinais de alto débito (> 500 mL/dia)

Síndrome do Intestino Curto

Refluxo gastroesofágico intenso

Isquemia gastrointestinal

Doença terminal

Hemorragia gastrointestinal severa

Instabilidade hemodinâmica

d. VIAS DE ESCOLHA:

Tubo introduzido pelo nariz ou boca (<4-6 semanas)

Nasogástrica/Orogástrica

Características:

Mais fisiológica (manutenção das funções gástricas)

Permite maiores volumes de dieta

Permite rápida progressão da dieta

Fácil posicionamento da sonda (confirmação RX)

Boa aceitação de fórmulas hiperosmolares

Maior risco de saída acidental (tosse, vômito)

Nasoentérica/Oroentérica,nasoduodenal/oroduodenal, nasojejunal/orojejunal

Características:

Indicada para pacientes com distúrbios gástricos, refluxo e vômitos

Persistentes.

Introduzidas com auxílio de endoscopia

Menor risco de aspiração e saída acidental da sonda

Requer dietas normo ou hipoosmolares

Ostomias: tubo introduzido cirurgicamente ou via endoscópica pela parede intestinal (>6 semanas) - Gastrostomia – Jejunostomia

Características:

Permite sondas com calibres maiores

Menor risco de aspiração

Aspecto social

Baixo índice de complicações (deslocamento, obstrução, ulceração)

Métodos de administração

Bolus

Administração da dieta com auxílio de seringa

Método deve ser utilizado com muito rigor para evitar transtornos digestivos devido a uma administração rápida demais

Infusão de 100-350 ml de dieta

Infusão a cada 2 a 6 horas.

Intermitente

Administração da dieta pela força da gravidade

Volume de 50 a 500ml de dieta administrada por gotejamento a cada 3 a 6 horas.

Cálculo de gotejamento:

(Gotas/minuto): Gotejamento = $volume\ de\ dieta\ /\ 3\ x\ número\ de\ horas$

1ml=20

Gotas

Início da terapia nutricional= 50 - 60 gotas/minuto

Paciente adaptado= até 120 gotas/minuto

Exame:

Antes de iniciar a dieta o posicionamento da sonda deve ser confirmado pelo médico por meio de exame de RAIO X, e /ou aspiração do conteúdo gástrico.

Gotejamento:

O gotejamento da dieta enteral sempre deverá ser iniciado por 20 ml h, para prevenir a incidência de síndrome da realimentação como:

Náuseas, distensão abdominal, diarreias entre outros com ressalva dos pacientes que já chegarem na unidade e uso de dieta enteral e com gotejamento já atingido superior a 20 ml a cada 22 h livre dos sintomas acima descritos.

Progressão da dieta enteral em BIC

1º dia 20 ml/h: xxx ml a cada 22 h

2º dia 30 ml/h: xxx ml a cada 22 h

3º dia 40 ml/h: xxx ml a cada 22 h

4º dia 50 ml/h: xxxx ml a cada 22 h

Validade da dieta enteral

Trocar a dieta enteral a cada 24h, ou em caso de apresentar irregularidades na consistência ou embalagem.

Controle de qualidade

Antes da administração, a fórmula enteral deve ser submetida a controles físicos: inspeção visual (precipitados, separação de fases, alteração da cor)

Verificar a precisão das informações constantes no rótulo

Rotulagem

No rótulo, devem constar as seguintes informações:

Nome do paciente, número do leito, número do prontuário, volume total, velocidade de administração, via de acesso, data e hora do início da infusão, prazo de validade, nome de responsável.

Uso de antibiótico

Verificar com o farmacêutico se há possibilidade de a diarreia ter origem pelo fármaco ou por interação droga x nutriente, e relatar em prontuário.

Colonização por bactérias enteropatogênicas

Manter gotejamento trófico

Alteração na flora colônica

Manter gotejamento trófico

Hiperosmolalidade

Verificar a possibilidade de escolha de uma nova fórmula

Velocidade de infusão da dieta

Reduzir o gotejamento em casos que não apresentem boa aceitação.

Medicamentos hiperosmolares

Solicitar avaliação do farmacêutico junto com o médico responsável.

Na ausência de calorimetria indireta, sugere-se que uma equação preditiva baseada no peso (25-30 kcal/kg/d) deve ser aplicada rotineiramente para determinar os requisitos de energia.

Sugere-se uma avaliação frequente da adequação da oferta de proteína. As necessidades de proteínas sugeridas são de 1,2-2,0 g/kg de peso corporal atual por dia e, provavelmente, pode ser ainda mais elevada em pacientes grandes queimados e politraumatizados.

Recomenda-se que a terapia de suporte nutricional enteral deve ser iniciada dentro de 24 - 48 horas no paciente crítico que é incapaz de manter a ingestão voluntária.

e. ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS

Em caso de Anorexia:

Fracionar as refeições de 3 em 3 h ou de 2 em 2 h e oferece-las em pequenas porções

Fazer de 4 a 6 refeições por dia

Utilizar as preparações de formas variadas e coloridas a fim de estimular o paladar

Utilizar ervas e especiarias para estimular o paladar através das características sensoriais

Fazer pequenas caminhadas para estimular o apetite

Propiciar um ambiente agradável para realização das refeições, livre de ruídos, mesa bem-posta, música calma

Aumentar o consumo de alimentos ricos em proteínas; carnes, leites e derivados, ovos e boas fontes calóricas como: pães e massas integrais e óleos vegetais.

Em caso de náuseas e vômitos:

Manter a cabeceira elevada ao fazer as refeições e 30 min após

Mastigar bem devagar

Evitar o consumo de alimentos gordurosos

Evitar alimentos que lhe causem algum desconforto

Evitar ingerir líquidos durante as refeições

Não presenciar a preparação dos alimentos

Dar preferência às preparações frias ou geladas como sucos, picolés, sorvetes, frapês

Fracionar a ingestão de líquidos, várias vezes ao dia e em pequenas quantidades

Consumir alimentos de rápida digestão como: torradas, bolachas de água e sal, biscoitos de polvilho, chás, caldos e sopas, purês entre outros.

Em caso de neutropenia:

Evitar o consumo de alimentos crus como

Frutas e verduras crus

Carnes cruas e/ou mal passadas, peixes crus e/ou malpassados, frutos do mar

Ovos crus ou com gema mole

Preferir alimentos cozidos ou industrializados

Se utilizar alimentos crus, deixar em imersão de hipoclorito por 15 a 20 minutos e lava-las em água corrente

Quando houver liberação de frutas cruas consumir preferencialmente as de casca grossa como melancia, abacate, laranja, melão e manga.

Em casos de anemia:

Dar preferência a proteína de origem animal como; Fígado e carnes

Vegetais verde escuros, como couve, brócolis

Conciliar a ingestão de fontes vegetais com a ingestão de alimentos ricos em vitamina C como as frutas cítricas, laranja, abacaxi, limão

Evitar ingerir na mesma refeição alimentos que diminuam a absorção do ferro: leite e derivados, chá preto, café, farelo de trigo, chocolate e alimentos.

Obstipação:

Manter a hidratação

Consumir alimentos com propriedades laxativas como preparações com farinhas integrais, farelos e grão integrais

Frutas laxativas como laranja, ameixa, figo, mexerica, manga, kiwi, uva e mamão

Frutas secas como: ameixa, uva-passa e damasco

Consumir diariamente leguminosas como feijão grão de bico, ervilha e lentilha

Dar preferência às verduras cruas como folhosos crus

Evitar o consumo de doces e bebidas açucaradas.

Em caso de mucosite ou estomatite:

Evitar o consumo alimentos ácidos, picantes, crocantes, duros, cortantes ou que possam machucar a mucosa

Evitar o consumo de alimentos com altas temperaturas extremas (muito quente ou muito fria)

Evitar o consumo de bebidas gaseificadas como refrigerantes e águas com gás e restringir o consumo de bebidas alcoólicas

Evitar o consumo de alimentos ácidas como: Pimentas, condimentos, frutas cítricas (limão, abacaxi, maracujá, kiwi, morango e tangerina)

Preferir alimentos de consistência macia, pastosa ou líquida, como sucos, cremes, mingaus, purês e frapês

Fracionar as refeições de 2 em 2 h

Se necessário, incluir complemento nutricional hipercalórico e hiperprotéico.

Orientações para gastrite:

Alimentos com alto teor de gordura

Frutas cítricas (laranja, abacaxi, limão, morango, tangerina, uva, damasco, pêssego, cereja e kiwi)

Temperos: Vinagre, pimenta, molho inglês, massa de tomate, molhos industrializados, ketchup, mostarda, caldos concentrados, molho tártaro

Condimentos: pimenta do reino, pimenta malagueta e cravo da índia

Ingerir líquidos durante as refeições

Embutidos: Linguiça, salsicha, mortadela, presunto, bacon

Enlatados e em conservas

Carnes gordas

Feijão e outras leguminosas

Fruas oleaginosas: nozes, avelã, amêndoas, castanha do caju e do Pará

Café, chá preto, mate e chocolate

Bebidas alcoólicas e refrigerantes

Doces concentrados

Goma de mascar.

Suplementos Artesanais

Durante o tratamento oncológico alguns pacientes podem perder peso e apresentar mais dificuldade para recuperá-lo devido à inapetência, alguns desconfortos gastrointestinais pertinentes ao tratamento.

Dessa forma, uma estratégia para ganhar ou manter seu peso é consumir alimentos e preparações hipercalóricas e hiperprotéicas, nutricionalmente completas e saborosas.

Aliado a estratégias de suplementação, também é muito importante fracionar sua alimentação em cinco a seis refeições ao dia (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia), o que leva à melhora do estado nutricional, manutenção ou recuperação do peso, diminuição de complicações relacionadas aos efeitos adversos dos tratamentos com consequente melhoria do desempenho e de sua tolerância.

Com esse intuito, foram elaboradas receitas nutritivas para incrementar o seu lanche.

f. RECEITAS

- VITAMINA DE FRUTAS VERMELHAS

Ingredientes:

Leite de cereais – 1 xícara

Morangos – 10 unidades

Azeite de nozes – 1 colher de sobremesa

Flocos de quinoa – 2 colheres de sopa

Ameixa – 1 unidade

9.9.1.2. Substituição: Leite de vaca – 1 xícara

Morangos – 10 unidades

Manteiga – 1 colher de sobremesa

Farinha de Aveia – 2 colheres de sopa (cozinhar a farinha de aveia no leite) Goiaba vermelha – 1 unidade

Modo de preparo: Cozinhe a quinoa/ farinha de aveia no leite.

Misture todos os ingredientes no liquidificador. Bater.

- *MILK-SHAKE* DE CHOCOLATE

9.9.2.1. Ingredientes:

Clara cozida – 1 unidade

Mingau de leite de soja – 1 xícara

Chocolate em pó – 3 colheres de sopa

Leite de soja – 1 xícara

Azeite de macadâmia – 1 colher de sobremesa

Substituição:

Sorvete de creme – 1 bola

Chocolate em pó – 3 colheres de sopa

Azeite de macadâmia – 1 colher de sobremesa

Modo de preparo: Bata todos os ingredientes no liquidificador, menos o azeite de macadâmia. Decore com o azeite.

- CREME DE PAPAIA

9.9.3.1. Ingredientes:

Mamão papaia – ½ unidade

Sorvete de creme – 1 bola

Granola – 1 colher de sopa

Substituição:

Mamão papaya – ½ unidade

Mingau de quinoa – 3 colheres de sopa

Manteiga amolecida – 1 colher de sobremesa.

Modo de preparo: Bata todos os ingredientes no liquidificador e sirva

Curau de leite de coco

Ingredientes:

Milho verde – 1 lata sem soro

Água – 1 xícara

Leite condensado – ½ lata

Mucilon de milho – 1 colher de sopa

Leite de coco – 1 xícara

Manteiga – 1 colher de sobremesa

Azeite de macadâmia – 1 colher de sobremesa

Modo de preparo: Bata no liquidificador o milho e a água e coe. Em uma panela coloque todos os ingredientes, menos o leite condensado. Quando a preparação estiver cremosa, acrescente o leite condensado e o azeite de macadâmia.

REFERENCIAS

ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN 2002; 26 (1 Suppl): 1SA- 138SA.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n° 63 de Julho de 2000. Regulamento Técnico para a Terapia Nutricional.

CHUMLEA, C. Growth and development. In: QUEEN,P. M.; LANG,C.E. Handbook of Peiatric Nutrition. Maryland: Aspen, 1993. Cap. 1, p. 3-25.

CUPPARI L. Nutrição clínica no adulto – Guia de medicina ambulatorial e hospitalar (UNIFESP/Escola Paulista de Medicina). 1 ed. São Paulo: Manole, 2005.

First National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I) http://www.cdc.gov/nchs/products/catalogs/subject/nhanes1.htm.

Hulst JM et al. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. Clin Nutr 2009;29(1):106-11.

K. Barendregt, P. B., Soeters S. P., Kondrup A. J., Sobota, L. Bases da Nutrição Clínica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rúbio, 2008.

Kravosec, K, 1991. The implications of the poor maternal nutricional status during pegnancy and future lactational performance. J. Trop. Paediatr. (Breastfeeding suppl.), pp. 3-5.

National Advisory Group on Standards and Practice Guidelines for Parenteral Nutrition. Safe practices for parenteral nutrition formulations. JPEN 1998; 22: 49-66.

OPAS. Organização Pan-Americana .XXXVI Reunión del Comitê Asesor de Ivestigaciones en Salud – Encuestra Multicêntrica – Salud Beinestar y Envejecimeiento (SABE) en América Latina e el Caribe – Informe preliminar. Disponível em: (mar. 2002).

Organização Mundial de Saúde – OMS. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: http://www.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4_sup pl_2_final.pdf

Organização Mundial de Saúde - OMS. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation, Geneva, 3-5 Jun 1997. Geneva: World Health Organization, 1998. (WHO/NUT/98.1.)

Organização Mundial de Saúde – OMS. Growth reference data for 5-19 years. 2007. Disponível em: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_ag e/en/index.html.

McClave SA et al JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2016 Feb;40(2):159-211.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Aprovador:
Ass. Emissor	Ass. Aprovador

Protocolo - POP.010 NUTRIÇÃO - MAPA NUTRICIONAL

1. OBJETIVO

1.1. Identificar as prescrições dietéticas dos pacientes, possibilitar a mensuração quantitativa das preparações diárias a serem distribuídas, assegurar a diferenciação entre os tipos de dietoterapia e seus respectivos usuários.

2. APLICAÇÃO

2.1. Setor de Nutrição e beira leito em todos os setores de internação.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Dietoterapia: Tratamento por meio de dieta.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. O FOR.180.CNT MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES, é preenchido por meio de consulta via prontuário físico e eletrônico, onde são coletadas as seguintes informações: nome completo, data de nascimento, prescrição dietética, número do leito e enfermaria onde se encontra o paciente.

4.2. Após a confecção do mapa o responsável irá durante visita nos leitos confirmar as informações anteriormente adquiridas, verificar se há alguma alteração ou fator que influencie na aceitação da dieta como: preferências regionais ou culturais, uso de aparelhos ortodônticos ou próteses, ausências de próteses entre outros. Se forem identificados fatores que diminuam a aceitação da dieta, cabe a nutricionista e equipe de nutrição acrescentar as informações ao mapa.

4.3. Quando forem identificados fatores que diminuam a aceitação da dieta, cabe ao nutricionista e equipe de nutrição acrescentar as informações necessárias ao FOR.180.CNT MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES, após preenchimento, é encaminhado à área de produção antecedente a cada refeição, para que sejam confeccionadas as dietas assim como descritas, levando em consideração a prescrição dietética, idade e as individualidades de cada usuário identificado durante visita em leito.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Mapa

5.2. Prancheta

5.3. Caneta

6. EPI

6.1. Máscara, que varia de acordo com as precauções de cada enfermaria.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Equipe de nutrição da unidade: na descrição detalhada das atividades.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Diariamente anteriormente as refeições.

9. REGISTRO

9.1. FOR.180.CNT MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. NC: Caso não haja como imprimir o FOR.180.CNT MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES.

10.1.1. Ação: O mapa nutricional deve ser preenchido manualmente com as principais informações; nome completo, data de nascimento e dieta prescrita.

10.2 NC: Em caso de homônimos

10.2.1 Ação: Acrescentar o nome completo da mãe.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. A confecção do mapa nutricional possibilita assegurar a distribuição correta da dietoterapia prescrita para cada usuário, assim como quantificar o número de refeições a serem confeccionadas e distribuídas.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Não se aplica.

13. ANEXO

13.1. Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass.emissor	Ass. aprovador

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL

PROTOCOLO - DI.005.DT REGIMENTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL.

g. OBJETIVO

A Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) tem por objetivo atuar na execução, inspeção e avaliação permanente em todas as etapas de boas práticas que devem ser observadas para a aplicação da Terapia Nutricional Enteral, nos distúrbios nutricionais (agudos e crônicos) associados à maior morbimortalidade, tempo de internação e ocorrência de complicações.

i. AÇÃO DA COMISSÃO

Resultará em indicadores para avaliar e gerenciar quanto à qualidade da terapia nutricional.

1. INTEGRANTES

1.1. A definição da composição dos grupos é:

1.1.1. 01 Representante da Nutrição;

1.1.2. 01 Representante da Farmácia;

1.1.3. 01 Representante Médico;

1.1.4. 01 Representante da Enfermagem;

1.1.5. 01 Representante do Serviço Social.

1.2. Destes integrantes será nomeado um Coordenador da comissão, que de acordo com a RDC 63 de 6 de julho de 2000, deverá ser médico e atuar em TN (terapia nutricional).

Os membros desta comissão poderão ser substituídos a qualquer tempo, mediante justificativa escrita. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

2. NOMEAÇÃO/ PERÍODO DE GESTÃO

A Comissão será nomeada pelo Diretor Técnico Médico em ata de nomeação e o período de gestão desta será de 2 anos.

3. COMPETÊNCIA

3.1. Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição;

3.2. Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN, a serem encaminhados ao serviço da EMTN.

3.3. Atender as solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que seja atingido os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos;

3.4. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de estudos dirigidos, devidamente registrados;

3.5. Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TNE visando a garantia de sua qualidade;

3.6. Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNE.

4. DESCRIÇÃO DA AÇÃO

A Comissão se reunirá mensalmente de acordo com cronograma anual ou de acordo com a necessidade da equipe e/ou demanda do hospital.

5. PERIODICIDADE DAS REUNIÕES

5.1. As reuniões serão realizadas em caráter ordinário mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros.

5.2. Em casos de excepcionalidade as reuniões poderão ser convocadas em caráter extraordinário por meio da solicitação ou por pedido de qualquer membro da comissão.

5.3. As reuniões serão realizadas com a presença da metade mais um dos membros da EMTN.

5.4. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

6. ATRIBUIÇÕES

6.1. São atribuições do farmacêutico

6.1.1. Avaliar a formulação das prescrições médicas e dietéticas quanto à compatibilidade físico-química droga-nutriente e nutriente-nutriente;

6.1.2. Adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, a NE industrializada, quando estas atribuições, por razões técnicas ou operacionais, não forem de responsabilidade do nutricionista;

6.1.3. Participar de estudos de farmacovigilância com base em análise de reações adversas e interações droga-nutrientes e nutrientes-nutrientes, a partir do perfil farmacoterapêutico registrado;

6.1.4. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores;

6.2. São atribuições do enfermeiro

6.2.1. Orientar o usuário, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TN;

6.2.2. Preparar o usuário, o material e o local para o acesso enteral; quando houver;

6.2.3. Prescrever os cuidados de enfermagem na TN, em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar;

6.2.4. Proceder ou assegurar a colocação da sonda oro/nasogástrica ou transpilórica; assegurar a manutenção da via de administração; receber a NE e assegurar a sua conservação até a completa administração; proceder à inspeção visual da NE antes de sua administração;

6.2.5. Avaliar e assegurar a administração da NE, observando os princípios de assepsia, de acordo com as BPANE da RDC/Anvisa n.º 63 de 6/7/2000 as informações contidas no rótulo, confrontando-as com a prescrição;

6.2.6. Assegurar a infusão do volume prescrito da NE, através do controle rigoroso do gotejamento, de preferência com o uso de bomba de infusão;

6.2.7. Detectar, registrar e comunicar à EMTN e/ou o médico responsável pelo paciente as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa;

6.2.8. Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente quanto aos sinais vitais, tolerância do volume proposto, diarreia e outros que se fizerem necessários;

6.2.9. Garantir a troca da sonda enteral, com base em procedimentos pré-estabelecidos;

6.2.10. Participar e promover atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores;

6.2.11. Elaborar e padronizar os procedimentos de enfermagem relacionados à TN, visando à segurança do paciente;

6.2.12. Participar do processo de seleção, padronização, licitação e aquisição de equipamentos e materiais utilizados na administração e controle da TN;

6.2.13. Assegurar que qualquer outra droga e/ou nutrientes prescritos sejam administrados no mesmo envase da NE, conforme procedimentos pré-estabelecidos;

6.2.14. Realizar a avaliação do estado nutricional do usuário, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional;

6.2.15. Fazer balanço hídrico do paciente em TN diariamente e informar a EMTN;

6.3. São atribuições do nutricionista

6.3.1. Realizar a avaliação do estado nutricional do usuário, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional;

6.3.2. Elaborar a prescrição dietética com bases nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica;

6.3.3. Acompanhar a evolução nutricional do usuário em terapia de NE, independente do dispositivo de infusão, até a alta nutricional estabelecida pela EMTN;

6.3.4. Adequar a prescrição em consenso com o médico, com base na evolução nutricional e tolerância digestiva apresentada pelo usuário;

6.3.5. Garantir o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do usuário;

6.3.6. Orientar o usuário, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da NE prescrita para o período após a alta hospitalar;

6.3.7. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores.

6.4. São atribuições do médico

6.4.1. Indicar e prescrever a TN;

6.4.2. Estabelecer a via de acesso da NE;

6.4.3. Assegurar o acesso ao trato gastrointestinal para a NE e estabelecer a melhor via;

6.4.4. Orientar os pacientes e familiares ou o responsável legal quanto aos riscos e benefícios dos procedimentos de cateterização venosa e/ou entérica;

6.4.5. Participar do desenvolvimento técnico e científico relacionado ao procedimento; garantir o registro da evolução e dos procedimentos médicos.

6.5. São atribuições do Assistente Social

6.5.1. Encaminhar providências, e prestar orientação social ao usuário/grupo familiar ou responsável.

6.5.2. Orientar usuário/ familiares e responsável em relação aos recursos disponíveis para requerimento da dieta nutricional estabelecida pela EMTN.

6.5.3. Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços junto a órgão da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

6.5.4. Registrar evolução em sistema e prontuário, com via impressa, assinada e carimbada.

8.7. São atribuições do Presidente

8.7.1. Convocar e presidir as reuniões;

8.7.2. Representar a Comissão junto a Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;

8.7.3. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros;

8.7.4. Fazer cumprir o Regimento.

8.8. São atribuições da secretária

8.8.1. Elaborar e divulgar cronograma de reuniões da comissão;

8.8.2. Lavrar as atas de reuniões;

8.8.3. Convocar os membros da comissão para reuniões conforme cronograma pré-estabelecido;

8.8.4. Organizar e manter o arquivo da comissão;

8.8.5. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço da secretaria.

INDICADORES

9.1. Frequência de remoção involuntária de sonda de dieta enteral:

Fórmula: Nº de sondas obstruídas em pacientes em TNE X 100.

Nº total de pacientes/dia em TNE

10. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	o ITENS REVISADOS

11. APROVAÇÃO

Nome emissor:	**Nome aprovador:**
Ass. Emissor:	**Ass. Aprovador:**

NORMAS DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL - NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DA ÁREA DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

UNIDADE DE SAÚDE	Manual de Normas e Rotinas **Nutrição e Dietética**	EO.1
		Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL		Revisão

NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DA ÁREA DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	No:	Data:

Horário de funcionamento da área/serviço

O serviço funciona das 07h às 19h e das 19h às 07h (regime de plantão).

Usuários da área/serviço

Pacientes, médicos, funcionários e acompanhantes

Normas

Os funcionários deverão se apresentar no horário determinado pela instituição, devidamente higienizados (tomar banho antes de iniciar as atividades) e uniformizados para o serviço: farda, touca e sapato fechado;

É obrigatório lavar as mãos com água e sabão antes de iniciar as atividades, coçar o nariz, limpar as bancadas e equipamentos e após o uso do banheiro;

É obrigatório o uso de luvas, toucas e máscaras descartáveis durante o preparo dos alimentos, tais como: saladas, lanches, manipulação de todos os alimentos e na distribuição das refeições;

É vedado aos funcionários de sexo masculino o uso de barba e/ou bigode, assim como unhas limpas e cabelos cortados;

Os funcionários do sexo feminino deverão manter unhas limpas, aparadas e sem uso de esmaltes, cabelos presos e em hipótese alguma usar adornos, tais como: anéis, pulseiras, brincos e/ou qualquer outro tipo de adorno;

É proibido fumar nas dependências do setor de Nutrição e Dietética; Não falar, tossir, gritar, cantar ou espirrar sobre os alimentos;

A higienização do uniforme é responsabilidade do funcionário, devendo trocar o mesmo sempre que necessário;

É obrigatório o uso de luvas durante a produção e manuseio dos alimentos;

É proibida a entrada de funcionários e/ou quaisquer outras pessoas, portando pacotes e/ou sacolas;

Na ausência do funcionário para a jornada de trabalho, se for caso de doença, comunicar a chefia imediata e apresentar atestado médico no retorno às atividades;

Toda troca de escala deverá ser comunicada à chefia imediata com antecedência; O nutricionista deverá visitar o paciente em seu leito logo após a admissão deste;

As visitas subsequentes ao paciente deverão ser programadas de acordo com o quadro clínico deste; Toda dieta de paciente só poderá ser liberadas após verificação no prontuário das condições do mesmo;

É proibida a entrada de qualquer tipo de alimento para o paciente, salvo casos em que o médico, a enfermagem e a nutricionista estejam previamente de acordo;

A refeição para paciente em observação no setor de emergência só será liberada após 6h de permanência do mesmo no setor, salvo nos casos de crianças, idosos, menores, diabéticos e outros, após avaliação da nutricionista;

O paciente será servido de seis refeições ao longo do dia: desjejum, colação, almoço, lanche, jantar e ceia; Somente terá direito às refeições (desjejum, almoço e jantar) o acompanhante que esteja acompanhando menores de 18 anos e/ou idosos acima de 60 anos;

Todos os funcionários do serviço de Nutrição e Dietética deverão manter sempre uma atitude cordial e urbana para com os pacientes e/ou seus acompanhantes;

Dirigindo-se ao paciente o nutricionista e/ou copeiro deverá sempre tratá-lo pelo nome, estimular a aceitação da dieta oferecida e colocar-se à disposição do mesmo;

As solicitações de troca de dietas e de componentes da mesma, somente serão atendidas se o paciente não estiver de dieta especial;

O copeiro deverá sempre informar à nutricionista intercorrências relacionadas à dieta do paciente (vômitos, diarreia, falta de apetite, rejeição a algum alimento, etc.);

Em hipótese alguma o copeiro deverá ser indelicado ou entrar em discussão com o paciente e/ou acompanhantes. Quaisquer problemas dessa natureza deverão ser comunicados à nutricionista imediatamente para que a mesma possa resolvê-los;

Os mapas de dieta dos pacientes deverão ser verificados diariamente, conferindo o nome, leito e dieta prescrita, para somente então, serem entregues na copa;

As dietas especiais deverão ter atenção redobrada para que não falte nenhum item da mesma;

O preparo das refeições dos pacientes deverá ser feito com atenção e cuidado, atentando para todas as observações, sobretudo, as preferências dos mesmos;

A área da copa deverá estar sempre limpa, higienizada e arrumada, evitando o acúmulo de quaisquer tipos de lixo e/ou restos de alimentos;

Os utensílios não descartáveis, utilizados pelos pacientes, não deverão ficar muito tempo expostos nas enfermarias, portanto deverão ter prioridade na hora do recolhimento;

As solicitações de pacientes e/ou acompanhantes feitas por telefone deverão ser anotadas e informado aos solicitantes da possibilidade de atendê-los o mais rápido possível, assim como comunicar as solicitações à nutricionista;

Registrar no livro de ocorrências toda e qualquer ocorrência durante a jornada de trabalho;

A entrega de alimentação aos pacientes que estão em isolamento deverá ser feita observando todos os cuidados, tais como:

O copeiro deverá estar usando touca, máscara e luvas;

A alimentação deverá ser servida em quentinhas descartáveis;

Os utensílios tais como talheres e copos deverão ser descartáveis.

O copeiro jamais deverá alimentar o paciente. Quando o paciente não estiver em condições de se alimentar sozinho e/ou o acompanhante não se encontrar no local, o copeiro deverá comunicar a enfermeira chefe da unidade de internação para que a mesma tome providências;

O copeiro jamais deverá acordar o paciente para que este se alimente;

Visando uma melhor aceitação da dieta por parte do paciente, os sucos deverão ser servidos ligeiramente gelados e as sopas e mingaus deverão ser servidos quentes;

Os alimentos mornos ou frios somente deverão ser servidos aos pacientes quando suas condições assim exigem tais como: pacientes que fizeram cirurgias de garganta, nariz, etc..

Os cardápios são elaborados pelo nutricionista e obedecerão aos seguintes critérios: Os cardápios serão elaborados semanalmente;

Ao término da última semana do mês, inicia-se a primeira semana do mês subseqüente com o cardápio da primeira semana do mês anterior;

Os cardápios serão elaborados para atender a todos, apresentando variedade, buscando evitar a monotonia; A entrega das mercadorias do serviço de nutrição e dietética serão entregues de acordo com cronograma feito pela instituição, sempre às sextas-feiras;

0s gêneros não entregues às sextas-feiras serão imediatamente cobrados no primeiro dia útil, para que seja feita a reposição dos mesmos;

A armazenagem dos gêneros recebidos deverá ser feita nos locais adequados para cada tipo de alimento e de acordo com as condições estruturais do local;

Os gêneros alimentícios serão liberados diariamente para a cozinha de acordo com o cardápio e número de comensais;

O funcionário responsável pela guarda dos gêneros alimentícios fará a liberação dos mesmos para a cozinha, sempre que possível, na presença da nutricionista

Manter os alimentos sempre cobertos;

Manter limpa a área de trabalho antes e depois da execução das tarefas;

Nunca descongelar alimentos em temperatura ambiente, sobretudo as carnes que, antes da cocção, deverão descongelar dentro do refrigerador;

Nunca misturar alimentos crus com os cozidos para evitar a contaminação cruzada;

É obrigatório higienizar com água e sabão, os equipamentos e utensílios quando estes são utilizados no preparo de alimentos diferentes;

Manter sempre limpos os panos de prato; Manter sempre fechado os recipientes de lixo;

É obrigatório o uso de luvas descartáveis no manuseio de alimentos prontos, desfiando frango, preparo de sanduíches, etc.;

A higienização da caixa de água deverá ser realizada a cada 6 meses, por empresa qualificada e que deverá apresentar certificado de garantia pelo serviço executado.

Responsável pela elaboração:
Responsável pela aprovação: Aprov ação Assinatura do representante Data:

ROTINAS DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA - TAREFA: MONTAR BANDEJAS DE REFEIÇÕES

		POP.1

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	Emissão	
TAREFA: MONTAR BANDEJAS DE REFEIÇÕES		Revisão	
		No:	Data:
Executante Copeira.			
Resultados esperados Garantir refeição servida conforme dieta indicada.			
Recursos Necessários Todos os utensílios e alimentos necessários à confecção das refeições.			
Atividades Remover todos os adornos; Colocar touca de proteção para o cabelo e máscara; Identificar o nome e leito do paciente na ficha de identificação da dieta para cada bandeja; Verificar a dieta de cada paciente; Porcionar o alimento na bandeja conforme manual da dieta; Distribuir talheres, sobremesa e copos de suco na bandeja; Colocar bandejas no carro de transporte.			
Cuidados Montar bandeja conforme dieta indicada.			
Ações em caso de não conformidade Se algum paciente solicitar alguma alimentação que não esteja no mapa de dieta, comunicar-se imediatamente com a nutricionista para que esta tome as devidas providências.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:	Aprovação		

	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA DO REFEITÓRIO

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	**OPERACIONAL**	POP.2	
			Emissão	
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA DO REFEITÓRIO			Revisão	
			No :	Data:

Executante

Copeira.

Resultados esperados

Assegurar que o refeitório mantenha-se limpo e higienizado antes e após as refeições servidas.

Recursos Necessários

Todos os materiais necessários para a execução da higienização.

Atividades

Limpar balcão térmico após a distribuição das refeições; Retirar cubas e limpá-las após a distribuição das refeições;

Lavar e enxugar todos os utensílios utilizados no refeitório durante o desjejum com água, sabão detergente e depois friccioná-los com álcool a 70%;

Limpar e arrumar as mesas do refeitório fazendo a reposição de material para o almoço (galheteiros, farinheira, paliteiro, etc.);

Limpar as bancadas da cozinha onde são confeccionadas as dietas, com água, sabão detergente e depois passar álcool a 70%;

Limpar as mesas do refeitório após a distribuição do almoço e recolher todo o material para guardar; Lavar a refresqueira;

Lavar todos os utensílios utilizados no almoço com água, sabão detergente e friccioná-los com álcool a 70%; Limpar as bancadas com água, sabão detergente e friccioná-las com álcool a 70%; Limpar os armários; Lavar as garrafas térmicas; Preparar toda a rampa, antes de distribuir o desjejum.		
Cuidados Lembrar-se sempre de passar álcool a 70% após as lavagens nos utensílios e bancadas de trabalho; Não se esquecer de lavar as garrafas térmicas; Lembra-se sempre de ligar o balcão térmico antes de servir as refeições; Desligar o balcão térmico após a distribuição das refeições.		
Ações em caso de não conformidade Se o balcão térmico e/ou a refresqueira apresentarem algum problema, informar a nutricionista para que a mesma tome providências; Se faltar algum material de reposição para as mesas do refeitório, informar a nutricionista para que a mesma providencie a substituição.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinaturado representante	Data:

TAREFA: PREPARAÇÃO DE SALADAS E LEGUMES

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	**OPERACIONAL**	POP.3	
			Emissão	
TAREFA: PREPARAÇÃO DE SALADAS E LEGUMES			Revisão	
			No:	Data:

Executante

Auxiliar de cozinha.

Resultados esperados

Agilizar o preparo das refeições.

Recursos Necessários

Todos os alimentos e utensílios necessários para o preparo das refeições.

Atividades

Lavar e cortar os temperos do dia e passar para o cozinheiro; Cortar os legumes do jantar do dia;

Descascar os legumes do almoço do dia seguinte; Preparar saladas cruas e cozidas para o almoço; Catar feijão e colocá-lo de molho;

Cuidados

Ter agilidade no preparo dos temperos para ajudar o cozinheiro; Não se esquecer de colocar o feijão de molho.

Ações em caso de não conformidade

Se faltar algum ingrediente para a confecção das saladas, informar a nutricionista para que a mesma providencie a entrega.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura representante	Data:

TAREFA: PREPARO DE REFEIÇÕES

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.4 Emissão
TAREFA: PREPARO DE REFEIÇÕES		Revisão No: Data:

Executante

Cozinheira.

Resultados esperados

Garantir a qualidade e quantidades adequadas das refeições para funcionários e pacientes da instituição.

Recursos Necessários

Alimentos, bancadas, panelas, mapa de dieta, cardápio e demais utensílios para o preparo de refeições.

Atividades

Verificar o cardápio do almoço ou jantar; Verificar o cardápio do dia para os pacientes; Conferir o número de dietas programadas;

Conferir o material liberado pelo estoque para a confecção das refeições; Conferir as carnes e informar a nutricionista;

Preparar as refeições;

Fazer o pré preparo das carnes para o dia seguinte.

Cuidados Ter atenção ao verificar o cardápio dos pacientes para não preparar a dieta errada; Ter atenção ao conferir as carnes para que não falte; Não esquecer-se de deixar as carnes do dia seguinte pré-preparada.
Ações em caso de não conformidade Se faltar qualquer ingrediente para a confecção das refeições do dia, informar a nutricionista para que a mesma providencie a reposição; Toda e qualquer intercorrência e/ou alteração no cardápio do dia, comunicar a nutricionista.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO MANUAL DOS UTENSÍLIOS

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	**OPERACIONAL**	POP.5	
			Emissão	
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO MANUAL DOS UTENSÍLIOS			Revisão	
			No:	Data:
Executante Auxiliar de cozinha.				
Resultados esperados Utensílios devidamente higienizados.				

Recursos Necessários Detergente líquido neutro, álcool a 70%, esponja, pano de limpeza descartável, luvas de borracha, avental impermeável e utensílios (pratos, talheres, bandejas, jarras, facas, peneiras, etc.)
Atividades Paramentar-se com os EPI'S necessários para a realização da tarefa; Retirar o excesso de sujeiras; Umedecer a esponja em solução detergente; Iniciar a lavagem utilizando água corrente, dispondo os utensílios já ensaboados de modo organizado; Enxaguar em água corrente até a remoção total do detergente e demais resíduos, fechando a torneira a cada interrupção da operação de enxágüe para iniciar um novo lote; Prosseguir sucessivamente, trabalhando em lotes para o uso racional da água; Fazer a desinfecção, utilizando álcool a 70% na forma líquida; Deixar secar naturalmente.
Cuidados Controlar o tempo necessário para a ação dos produtos; Assegurar corretamente a utilização dos EPI's.
Ações em caso de não conformidade Caso ocorra a falta de qualquer recurso necessário à realização da atividade, comunicar à nutricionista.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DOS FOGÕES

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	**OPERACIONAL**	POP.6	
			Emissão	
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DOS FOGÕES			Revisão	
			No:	Data:

Executante

Cozinheiros.

Resultados esperados

Fogões devidamente higienizados e sem incrustações.

Recursos Necessários

Desengordurante, esponja de aço, espátula, pano de limpeza descartável, avental impermeável, luvas de borracha, óculos de proteção, vaselina, pia com cuba profunda.

Atividades

Diária:

Paramentar-se com os EPI's necessários para a realização da tarefa; Raspar as incrustações;

Aplicar produto desengordurante puro, com a ajuda de uma esponja apropriada (fibraço), com permanência de 10 minutos;

Retirar as incrustações com fibraço;

Retirar totalmente o produto com pano descartável úmido; Lavar o pano em água corrente;

Repetir a operação até a total retirada do produto; Deixar secar naturalmente;

Aplicar vaselina com auxílio de pano descartável seco. Queimadores e grelhas (semanal):

Paramentar-se com os EPI's necessários para a realização da tarefa; Desmontar as peças móveis;

Imergir as peças em solução de água morna com produto desincrustante, com permanência mínima de 30 minutos;

Retirar incrustações com fibraço e espátula; Enxaguar;

Secar com pano seco; Colocar de volta no fogão.		
Cuidados Verificar o estado de conservação dos estrados; Verificar sempre se há presença de sujidade nos estrados; Assegurar o uso correto dos EPI's; Controlar o tempo necessário para a ação dos produtos.		
Ações em caso de não conformidade Caso haja estrados quebrados providenciar a substituição dos mesmos; Na ausência de algum recurso necessário a realização da tarefa, comunicar à nutricionista; Caso haja presença de sujeiras nos estrados após a higienização, repetir a operação.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: RECEBIMENTO DE MERCADORIAS

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	**OPERACIONAL**	POP.7 Emissão
TAREFA: RECEBIMENTO DE MERCADORIAS			Revisão No: Data:

Executante

Nutricionista e auxiliares de cozinha.

Resultados esperados

Mercadorias adquiridas dentro dos padrões higiênico-sanitários, recebidas em conformidade com os preços cotados pelo setor de compras.

Recursos Necessários

Balança, contentores, caneta ou lápis, prancheta e luvas.

Atividades

Verificar se o veículo de entrega está em condições adequadas de higiene e conservação; Verificar se os entregadores estão adequadamente uniformizados;

Retirar a mercadoria da embalagem original, como caixas de papelão ou madeira, para ser acondicionada em contentores de polietileno;

Verificar as características sensoriais do produto (cor, odor, textura); Verificar data de validade, embalagem limpa e íntegra;

Conferir peso e/ou quantidade de acordo com a nota fiscal.

Cuidados

Caso haja mais de um fornecedor aguardando, a ordem de recebimento deve dar a seguinte preferência: Alimentos perecíveis resfriados e refrigerados;

Alimentos perecíveis congelados;

Alimentos perecíveis em temperatura ambiente; Alimentos não perecíveis;

Ficar atento ao receber os gêneros alimentícios, sobretudo, quanto à qualidade dos mesmos; Ficar atento quanto ao prazo de validade dos gêneros alimentícios que estão sendo recebidos; Atenção quanto ao acondicionamento dos gêneros alimentícios (recipiente e local correto).

<table>
<tr><td colspan="3">Ações em caso de não conformidade

Caso ocorra atraso na entrega, desvio da qualidade, inadequação no transporte e manuseio do material por parte do fornecedor, providenciar reclamação, por escrito ou por telefone, junto ao fornecedor.

Devolver os produtos enlatados que estejam amassados, com vazamento e/ou apresentando ferrugem no seu exterior;

Devolver todos os produtos que não apresentem cor e textura adequadas, assim como a integridade da embalagem inadequada;

Devolver todos os produtos que estejam com peso e/ou prazo de validade fora das especificações solicitadas.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Responsável pela elaboração:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Responsável pela aprovação:</td><td colspan="2">Aprovação</td></tr>
<tr><td>Assinatura do representante</td><td>Data:</td></tr>
</table>

TAREFA: ARMAZENAMENTO DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS A SECO

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	**OPERACIONAL**	POP.8	
			Emissão	
TAREFA: ARMAZENAMENTO DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS A SECO			Revisão	
			No:	Data:

Executante

Almoxarife e auxiliar de almoxarife.

Resultados esperados

Gêneros alimentícios armazenados obedecendo às normas da legislação quanto ao controle de prazo de validade, controle de temperatura e armazenamento isolados de produtos de outra natureza.

Recursos Necessários

Local fresco, ventilado e iluminado, estrados e prateleiras.

Atividades

Receber a mercadoria;

Retirar os produtos das caixas;

Organizá-los nas prateleiras obedecendo ao método PEPS (primeiro que entra, primeiro que sai);

Organizar os alimentos industrializados afastados dos grãos e cereais para evitar a infestação por insetos a estes associados.

Cuidados

Os alimentos não devem ser armazenados juntos a produtos químicos; O material descartável

deve ser mantido separado dos demais produtos;

Os alimentos devem ser colocados em estrados e jamais em contato direto com o piso;

Os estrados devem ter altura mínima de 25 cm do chão com afastamento de 50 cm da parede.

Ações em caso de não conformidade Caso seja recebida alguma lata amassada ou sacarias furadas, encaminhá-las para troca; Caso os estrados e/ou prateleiras estejam danificados, comunicar à nutricionista para que esta tome as providências.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: ARMAZENAGEM DE ALIMENTOS PERECÍVEIS

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.9	
		Emissão	
TAREFA: ARMAZENAGEM DE ALIMENTOS PERECÍVEIS		Revisão	
		No:	Data:
Executante Auxiliar de cozinha.			
Resultados esperados Garantir que os gêneros alimentícios estejam acondicionados em local e de forma correta.			
Recursos Necessários Freezer, geladeira e planilha de registro e temperatura.			

Atividades Identificar e embalar as carnes corretamente; Armazenar as carnes nos freezers; Armazenar as polpas de frutas nos congeladores das geladeiras localizadas na cozinha e no estoque; Armazenar os hortifrutis nas geladeiras, colocando a maior parte em caixas de polietileno no estoque, em temperatura ambiente; Armazenar os frios (queijo, presunto e hambúrguer) no congelador da geladeira do estoque;
Cuidados Controlar diariamente as temperaturas das geladeiras e freezers e registrá-las em planilha apropriada.
Ações em caso de não conformidade Não guardar os alimentos em caixas de papelão.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: LAVAGEM DE ALIMENTOS FOLHOSOS

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.10	
		Emissão	
TAREFA: LAVAGEM DE ALIMENTOS FOLHOSOS		Revisão	
		No:	Data:

Executante Auxiliar de cozinha.

Resultados esperados Assegurar que todos os alimentos folhosos sejam devidamente higienizados antes do seu preparo.
Recursos Necessários Alimentos folhosos, água, vinagre e/ou hipoclorito, colher e depósito plástico.
Atividades Lavar os folhosos em água corrente; Colocar os folhosos de molho dentro de um recipiente plástico, numa mistura sanitizante (1 colher de sopa de vinagre para um litro de água e/ou 3 gotas de hipoclorito para um litro de água); Retirar os folhosos da mistura sanitizante, após 15 minutos.
Cuidados Nunca iniciar o preparo de pratos com alimentos folhosos, sem antes lavá-los e deixá-los de molho em mistura sanificante.
Ações em caso de não conformidade Se não tiver vinagre e/ou hipoclorito, comunicar a nutricionista para que as providências sejam tomadas.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do Representante	Data:

TAREFA: LAVAGEM E ACONDICIONAMENTO DE ALIMENTOS ENLATADOS

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.11 Emissão

TAREFA: LAVAGEM E ACONDICIONAMENTO DE ALIMENTOS ENLATADOS	Revisão	
	No:	Data:

Executante

Auxiliar de cozinha.

Resultados esperados

Garantir que os alimentos enlatados sejam lavados e acondicionados em local e de forma correta.

Recursos Necessários

Enlatados, água, pia, recipientes plásticos e geladeira.

Atividades

Abrir os alimentos enlatados;

Retirar os alimentos da embalagem original; Lavar os alimentos em água corrente;

Armazenar os alimentos em recipientes plásticos com tampa; Guardar os recipientes na geladeira.

Cuidados

Não utilizar alimentos enlatados sem antes lavá-los;

Não se esquecer de guardar sob refrigeração os alimentos enlatados, após a lavagem dos mesmos.

Ações em caso de não conformidade

Se perceber que alguma lata está danificada e/ou amassada, não fazer uso destes alimentos e informar imediatamente a nutricionista.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do	Data:

	representante	

TAREFA: CONFECÇÃO DO ALMOÇO E/OU JANTAR

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.12 Emissão
TAREFA: CONFECÇÃO DO ALMOÇO E/OU JANTAR		Revisão No: Data:

Executante

Copeira.

Resultados esperados

Garantir a distribuição das refeições para funcionários e pacientes da instituição.

Recursos Necessários

Balcão térmico e cubas.

Atividades

Ligar balcão térmico;

Receber da cozinheira os alimentos preparados para a distribuição (almoço/jantar); Colocar dentro das cubas os alimentos recebidos da cozinheira;

Manter as cubas em banho-maria, aquecidas em temperatura adequada até o momento da distribuição das refeições.

Cuidados

Não se esqueça de ligar balcão térmico com antecedência.

Manter aquecidas as cubas com os alimentos que serão distribuídos (almoço/jantar).

Ações em caso de não conformidade Se o balcão térmico apresentar algum problema, comunicar à nutricionista imediatamente para que as providências sejam tomadas.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DO BALCÃO, CUBAS, EQUIPAMENTOS E UTENSÍLIOS

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	**OPERACIONAL**	POP.13 Emissão	
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DO BALCÃO, CUBAS, EQUIPAMENTOS E UTENSÍLIOS			Revisão No:	Data:
Executante Copeira.				
Resultados esperados Garantir a limpeza e higienização do balcão, cubas, equipamentos e utensílios.				
Recursos Necessários Água, sabão detergente, pano limpo, cubas, balcão, equipamentos e utensílios do refeitório.				

Atividades Desligar o balcão térmico; Retirar as cubas; Trocar a água do banho-maria do balcão; Limpar o balcão térmico; Lavar com água e sabão detergente as cubas, equipamentos (observando as especificações do fabricante) e utensílios utilizados durante as refeições; Enxugar balcão, cubas, equipamentos e utensílios.
Cuidados Não se esquecer de desligar o balcão térmico antes de iniciar a higienização; Não se esquecer de trocar a água do banho-maria do balcão.
Ações em caso de não conformidade Comunicar imediatamente à nutricionista toda e qualquer alteração com o balcão térmico e/ou equipamentos para que a mesma providencie o conserto destes.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DE PANELAS E UTENSÍLIOS

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	**OPERACIONAL**	POP.14 Emissão
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DE PANELAS E UTENSÍLIOS			Revisão No: Data:

Executante

Copeira e/ou auxiliar de cozinha.

Resultados esperados

Assegurar a limpeza, higienização e conservação dos equipamentos da cozinha e refeitório.

Recursos Necessários

Água, sabão detergente, pano limpo e equipamentos.

Atividades

Lavar as panelas com água e sabão detergente; Enxugar as panelas com pano de prato limpo;

Guardar as panelas limpas, de boca para baixo, em prateleiras próprias;

Lavar todos os utensílios (talheres, louças, copos, etc.) com água corrente e sabão detergente;

Enxugar todos os utensílios com pano de prato limpo;

Guardar os utensílios limpos em local apropriado.

Cuidados

Não deixar de lavar nenhuma panela e/ou utensílios após o preparo e distribuição das refeições.

Ações em caso de não conformidade

Comunicar ao nutricionista toda e qualquer alteração ocorrida durante a execução das tarefas.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO (DIÁRIA E QUINZENAL) DA GELADEIRA

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO PADRÃO** **OPERACIONAL**	POP.15	
	Nutrição e Dietética	Emissão	
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO (DIÁRIA E QUINZENAL) DA GELADEIRA		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Copeira e/ou auxiliar de cozinha.

Resultados esperados

Assegurar a limpeza, higienização e conservação da geladeira, evitando risco de contaminação dos alimentos guardados dentro delas.

Recursos Necessários

Água, sabão neutro, pano limpo, pano úmido, álcool a 70% e hipoclorito a 0,02%.

Atividades

Realizar a limpeza diária da parte interna da geladeira com pano limpo e úmido; Remover a sujidade das prateleiras da geladeira com pano limpo e úmido; Limpar a parte externa da geladeira com pano limpo, embebido em álcool a 70%;

Realizar limpeza quinzenal da geladeira com água, sabão neutro e pano limpo, embebido em hipoclorito a 0,02%, na parte interna e externa da geladeira.

Cuidados

Não deixar de realizar a limpeza diária da geladeira; Não deixar de realizar a limpeza quinzenal da geladeira.

<table>
<tr><td colspan="3">Ações em caso de não conformidade
Se faltar algum dos materiais necessários para a realização da limpeza da geladeira, informar a nutricionista para que a mesma providencie o material necessário;
Se a geladeira apresentar algum problema, informar a nutricionista para que a mesma solicite o conserto; Comunicar ao nutricionista toda e qualquer alteração ocorrida durante a execução das tarefas.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Responsável pela elaboração:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Responsável pela aprovação:</td><td colspan="2">Aprovação</td></tr>
<tr><td>Assinatura do representante</td><td>Data:</td></tr>
</table>

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DO FREEZER

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.16 Emissão
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DO FREEZER		Revisão No : Data:

Executante

Copeiras.

Resultados esperados

Freezer devidamente higienizado, sem acúmulo de gelo para que haja melhor conservação dos alimentos.

Recursos Necessários

Detergente líquido neutro, espátula, esponja, luvas de borracha, pano de limpeza descartável, avental impermeável, hipoclorito, pulverizador.

Atividades

Paramentar-se com os EPI's necessários para a realização da tarefa;

Certificar-se da disponibilidade dos recursos necessários para a realização das tarefas; Remover os produtos para outro freezer ou câmara;

Desligar o freezer;

Raspar o gelo acumulado nas paredes do freezer; Proceder o degelo do equipamento;

Lavar as paredes internas com detergente neutro com o auxílio de uma esponja; Enxaguar;

Borrifar com solução de hipoclorito, com permanência mínima de 10 minutos; Enxaguar com água corrente;

Remover o excesso de água com pano descartável; Deixar secar naturalmente;

Reorganizar os produtos.

Cuidados

Ao raspar o gelo acumulado nas paredes do freezer, cuidado para que não haja perfurações das paredes do mesmo;

Deixar que a solução desinfetante possa agir no tempo correto para garantir a eficácia.

<table>
<tr><td colspan="3">Ações em caso de não conformidade
Caso ocorra perfuração do freezer, comunicar a nutricionista para que esta tome as providências necessárias;
Durante a reorganização dos produtos, caso haja extravasamento de algum gênero alimentício, refazer a execução da tarefa;
Na ausência de algum dos recursos necessários para a realização da tarefa, informar a nutricionista.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Responsável pela elaboração:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Responsável pela aprovação:</td><td colspan="2">Aprovação</td></tr>
<tr><td>Assinatura do representante</td><td>Data:</td></tr>
</table>

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DAS CAIXAS DE POLIETILENO

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	**OPERACIONAL**	POP.17	
			Emissão	
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DAS CAIXAS DE POLIETILENO			Revisão	
			No:	Data:

Executante

Auxiliar de cozinha.

Resultados esperados

Caixas de polietileno devidamente higienizadas.

Recursos Necessários

Detergente líquido clorado, esponja, luvas de borracha e avental impermeável.

Atividades

Paramentar-se com os EPI's necessários para a realização da tarefa; Retirar os resíduos com água corrente quente;

Aplicar o detergente líquido clorado; Deixar o produto agir por 15 minutos;

Esfregar o detergente líquido clorado com auxílio de uma esponja; Enxaguar com água corrente quente;

Deixar secar naturalmente.

Cuidados

Verificar a disponibilidade dos recursos necessários para a realização da tarefa antes de iniciar a operação; Assegurar do uso correto dos EPI's;

Deixar o produto agir o tempo necessário para ação bactericida.

Ações em caso de não conformidade

Caso ocorra a falta de algum dos recursos necessários à realização da tarefa, comunicar a nutricionista.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DAS BANCADAS

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.18	
		Emissão	
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DAS BANCADAS		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Copeira e/ou auxiliar de cozinha.

Resultados esperados

Assegurar a limpeza, higienização das bancadas, evitando risco de contaminação dos alimentos durante o preparo das refeições.

Recursos Necessários

Água, sabão neutro, pano limpo e álcool a 70%.

Atividades

Limpar as bancadas diariamente com água e sabão neutro, após o término do serviço; Passar nas bancadas diariamente pano limpo embebido em álcool a 70%.

Cuidados Não se esquecer nunca de lavar e desinfetar as bancadas, para evitar o risco de contaminação dos alimentos, bem como o acúmulo de sujidades.
Ações em caso de não conformidade Se faltar algum dos materiais necessários para a realização da higienização das bancadas, informar a nutricionista para que a mesma providencie o material necessário; Se as bancadas apresentarem alguma avaria, informar a nutricionista para que a mesma solicite a presença do serviço de manutenção; Comunicar ao nutricionista toda e qualquer alteração ocorrida durante a execução das tarefas.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DO PISO

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	**OPERACIONAL**	POP.19	
			Emissão	
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DO PISO			Revisão	
			No:	Data:

Executante Auxiliar de cozinha.
Resultados esperados Assegurar a higienização e desinfecção correta do piso.
Recursos Necessários Água, sabão, escova, balde, água sanitária e panos de chão.

Atividades Limpar diariamente o piso, duas vezes ao dia, com água, sabão e escova própria para esfregar o chão; Desinfetar o piso com água sanitária, após a lavagem do mesmo; Enxugar o piso com pano de chão limpo.
Cuidados Ter o cuidado de manter separados os baldes, escovas e panos destinados à limpeza e higienização do piso, para que os mesmos não sejam utilizados indevidamente em outros tipos de limpeza; Não esquecer de higienizar o piso após o término do serviço.
Ações em caso de não conformidade Se faltar algum dos materiais necessários para a realização da higienização do piso, informar a nutricionista para que a mesma providencie o material necessário; Se o piso apresentar alguma avaria, informar a nutricionista para que a mesma solicite a presença do serviço de manutenção; Comunicar ao nutricionista toda e qualquer alteração ocorrida durante a execução das tarefas.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

PSICOLOGIA

h. PROTOCOLO - POP.PSI.001 ACOLHIMENTO EM LEITO

1. OBJETIVO

O Acolhimento em Leito visa o acesso ao paciente, através da escuta qualificada, sendo essa uma das ferramentas fundamentais para o trabalho do psicólogo dentro da unidade hospitalar.

2. APLICAÇÃO

Participarão do procedimento em questão, profissionais da Psicologia Hospitalar devidamente contratados pela unidade.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Escuta qualificada: que considera os aspectos do contexto do sujeito permite o desenvolvimento de uma postura clínica ampliada, que permite e invoca o atravessamento de diferentes saberes, deslocando o protagonismo para todos os envolvidos numa mesma intervenção. Para que se possa ter sucesso nessa escuta, no entanto, é mister a manutenção de uma postura acolhedora e sensível.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

O Acolhimento em Leito deverá ser realizado diariamente, pelo profissional da Psicologia, por estar este habilitado para realização de tal atividade. O procedimento se dará sem a solicitação prévia, compondo um roteiro de atividades rotineiras deste profissional. O mesmo acontecerá por meio do acesso ao usuário interno, utilizando-se da escuta qualificada, diálogo e apoio conforme demanda identificada.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Ficha de dados e relatório;

5.2. Prancheta;

5.3. Caneta.

6. EPI

6.1. Calçado fechado;

6.2. EPIs de acordo com a especificidade do quadro clínico;

7. RESPONSABILIDADE

Profissional da Psicologia.

8. QUANDO EXECUTAR

Diariamente.

9. REGISTROS

Para registro da atividade, utiliza-se ficha para anotação de dados do usuário, bem como relatório para descrição do atendimento.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Recorrer ao Código de Ética do Psicólogo, para realização dos procedimentos dentro das normas estabelecidas.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A escuta qualificada deverá ser executada conforme prescreve as normativas do Código de ética do Psicólogo, mantendo-se este num posicionamento de sigilo e devidos encaminhamentos perante o conteúdo abordado.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 243-255, 2012.Recebido do Grupo de Estudo Multidisciplinar da Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência (ABRAMUR- GEM). São Paulo, SP.

13. ANEXO

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:

Ass. emissor:	**Ass. Aprovador:**

i. PROTOCOLO - POP.PSI.002 ACOLHIMENTO NO RECEBIMENTO DE DIAGNÓSTICO

1. OBJETIVO

O procedimento proposto objetiva o acolhimento do usuário e familiares no recebimento de diagnósticos. Oliveira, Voltarelli, Santos & Mastropietro (2005) ressaltam que a família merece um cuidado especial desde o instante da comunicação do diagnóstico, uma vez que esse momento tem um enorme impacto sobre os familiares, que veem seu mundo desabar após a descoberta de que uma doença potencialmente fatal atingiu um dos seus membros. Isso faz com que, em muitas circunstâncias, suas necessidades psicológicas excedam as do paciente. Dependendo da intensidade das reações emocionais desencadeadas, a ansiedade familiar torna-se um dos aspectos de mais difícil manejo.

2. APLICAÇÃO

Participarão do procedimento em questão, profissionais da Psicologia Hospitalar devidamente contratados pela unidade.

3. DEFINIÇÕES

3.1. O Acolhimento visa à escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças, enfim é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo.

3.2. O diálogo é uma conversação entre duas ou mais pessoas na qual existe envolvimento, escuta e percepção recíproca, para que a interação ocorra de forma genuína, estabelecendo se, por conseguinte, uma relação. Ao acolher, permitimos o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família/paciente (usuários) e trabalhadores da saúde.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

O procedimento de Acolhimento em caso de diagnóstico grave, envolvendo usuário e família deverá ser realizado por profissional da Psicologia, por estar habilitado a realizar tal atividade, dentro da unidade hospitalar. Este acontecerá quando em circunstância de diagnóstico grave houver a notificação do paciente e família. Neste momento haverá o acolhimento do usuário e demais familiares com escuta, diálogo e apoio conforme necessidade exposta.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Local adequado para o atendimento de acolhimento;

5.2. Ficha de dados e relatório;

6. EPI

Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADE

Profissional da Psicologia.

8. QUANDO EXECUTAR

Em casos de notificação de Diagnóstico Grave.

9. REGISTROS

Para registro da atividade, utiliza-se ficha para anotação de dados do usuário, bem como relatório para descrição do atendimento.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Recorrer ao Código de Ética do Psicólogo, para realização dos procedimentos dentro das normas estabelecidas.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Para esse procedimento o acolhimento é realizado quando solicitado pelo técnico responsável pela informação, bem como de acordo com as possibilidades e aberturas fornecidas pelo usuário e familiares receptores do diagnóstico. É necessário que o profissional da psicologia se mantenha numa posição ética de sigilo com todo conteúdo trabalhado.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital - Luciana Antonieta Medeiros; Maria Alice Lustosa - Saúde da Santa Casa da Misericórdia do RJ.

12.2. Recebido do Grupo de Estudo Multidisciplinar da Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência (ABRAMUR- GEM). São Paulo, SP.

13. ANEXO

Não se anexa.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass. emissor:	Ass. Aprovador:

j. PROTOCOLO - POP.PSI.003 ACOLHIMENTO FAMILIAR EM ÓBITO

1. OBJETIVO

O procedimento proposto objetiva o acolhimento familiar na apresentação de dores profundas diante de perdas. Brown (1995) reforça a tese que a única certeza da vida é a morte. E considerando as profundas conexões históricas entre os membros de um sistema familiar, não surpreende que o ajustamento à morte seja mais difícil que o ajustamento às outras transições da vida.

2. APLICAÇÃO

Participarão do procedimento em questão, profissionais da Psicologia Hospitalar devidamente contratados pela unidade.

3. DEFINIÇÕES

3.1. O Acolhimento visa à escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças, enfim é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo.

3.2. Diálogo é uma conversação entre duas ou mais pessoas na qual existe envolvimento, escuta e percepção recíproca, para que a interação ocorra de forma genuína, estabelecendo se, por conseguinte, uma relação. Ao acolher, permitimos o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família/paciente (usuários) e trabalhadores da saúde.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

O procedimento de Acolhimento Familiar em caso de óbito, deverá ser realizado pelo profissional da Psicologia, dentro da unidade hospitalar. O mesmo acontecerá quando em circunstância de óbito a família estiver presente para receber o acolhimento. Este se dará com o acesso a família, escuta, diálogo e apoio conforme necessidade exposta.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Local adequado para o atendimento de acolhimento;

5.2. Ficha de dados e relatório;

6. EPI

Sem necessidade de EPI específico.

7. RESPONSABILIDADE

Profissional da Psicologia.

8. QUANDO EXECUTAR

Em casos de óbito na unidade hospitalar.

9. REGISTROS

Para registro da atividade, utiliza-se ficha para anotação de dados do usuário, bem como relatório para descrição do atendimento.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Recorrer ao Código de Ética do Psicólogo, para realização dos procedimentos dentro das normas estabelecidas.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O acolhimento é realizado de acordo com as possibilidades e aberturas fornecidas pela família do usuário em óbito. É necessário que o profissional da psicologia se mantenha numa posição ética de sigilo com todo conteúdo trabalhado.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital - Luciana Antonieta Medeiros; Maria Alice Lustosa - Saúde da Santa Casa da Misericórdia do RJ

12.2. Recebido do Grupo de Estudo Multidisciplinar da Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência (ABRAMUR- GEM). São Paulo, SP.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass. emissor:	Ass. Aprovador:

k. PROTOCOLO - POP.PSI.004 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1. OBJETIVO

Dentro de uma política de Humanização o Atendimento ao Colaborador, tem por objetivo o acolhimento desse profissional, que ao ser escutado recebe o cuidado que por vezes dispensa aos usuários.

2. APLICAÇÃO

Participarão do procedimento em questão, profissionais da Psicologia Hospitalar devidamente contratados pela unidade.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Escuta qualificada que considera os aspectos do contexto do sujeito permite o desenvolvimento de uma postura clínica ampliada, que permite e invoca o atravessamento de diferentes saberes, deslocando o protagonismo para todos os envolvidos numa mesma intervenção. Para que se possa ter sucesso nessa escuta, no entanto, é mister a manutenção de uma postura acolhedora e sensível.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

O Atendimento Ambulatorial do usuário é possível quando, encaminhado em fluxo interno, ou seja, no encaminhamento realizado por técnicos da medicina ou do atendimento multidisciplinar para avaliação psicológica. O usuário realiza agendamento na recepção e dentro da data e horários determinados recebe o atendimento. O procedimento se dá na utilização da escuta qualificada.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Consultório para atendimento;

5.2. Ficha de dados e relatório;

5.3. Prancheta;

5.4. Caneta;

6. EPI

6.1. Calçado fechado;

6.2. EPIs de acordo com a especificidade do quadro clínico;

7. RESPONSABILIDADE

Profissional da Psicologia.

8. QUANDO EXECUTAR

De acordo com agendamento realizado;

9. REGISTROS

Para registro da atividade, utiliza-se o prontuário do paciente.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Recorrer ao Código de Ética do Psicólogo, para realização dos procedimentos dentro das normas estabelecidas.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A escuta qualificada deverá ser executada conforme prescreve as normativas do Código de ética do Psicólogo, mantendo-se este num posicionamento de sigilo e devidos encaminhamentos perante o conteúdo abordado.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 243-255, 2012.Recebido do Grupo de Estudo Multidisciplinar da Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência (ABRAMUR- GEM). São Paulo, SP.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass. emissor:	Ass. Aprovador:

SERVIÇO SOCIAL

I. PROTOCOLO - POP.SS.001 ENCAMINHAMENTO DE DEMANDAS

1. OBJETIVO

1.1. Contribuir para acesso aos benefícios, serviços, programas, projetos e outros interesses concernentes ao usuário da Unidade, promovendo a integralidade das ações dos serviços de saúde, corroborando para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

2. APLICAÇÃO

2.1. Pronto Atendimento

2.2. Internação

3. DEFINIÇÕES

3.1. Competências do Assistente Social: encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Por meio de contato com a rede de assistência externa (Secretarias de Assistências Sociais, Secretarias de Saúde, etc) para articulação da demanda pleiteada. Verificar a documentação necessária do paciente/acompanhante para o acesso aos benefícios pleiteados. A documentação varia de acordo com o tipo de benefício a ser recebido e do órgão que concederá tal direito. Para cada espécie, deve-se orientar o paciente quanto aos documentos a serem providenciados para encaminhamento do processo.

4.2. Os principais benefícios encaminhados para os equipamentos sociais externos são: Benefícios Previdenciários: Auxílio-Doença, Aposentadoria por Invalidez, Pensão por Morte, Benefício de Prestação Continuada (BPC). As respectivas documentações, formulários e orientações estão disponíveis no site da Previdência Social (http://www.mpas.gov.br), Benefícios Eventuais o acesso a esses benefícios varia de acordo com cada município, cabendo ao Assistente Social da Unidade, fazer a mediação e orientação do usuário, em relação a documentação e procedimentos a serem seguidos.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Telefone

5.2. Encaminhamentos

5.3. Ofício

5.4. Ficha social

5.5. Caneta.

6. EPI

6.1. Calçado fechado;

6.2. EPIs de acordo com a especificidade do quadro clínico.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Assistente Social

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Quando identificado a necessidade de encaminhamento, ou seja, sempre que ocorrer o surgimento da demanda social pelo serviço.

9. REGISTROS

9.1. Anotação de dados do usuário;

9.2. Relatório social para descrição do atendimento;

9.3. Formulários de encaminhamento em anexo.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Recorrer à Lei 8662/1993 – Lei de Regulamentação da Profissão que dispõe sobre a Profissão de Assistente social e das outras providências, para realização dos procedimentos dentro das normas preconizadas.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. O Encaminhamento de demandas de pacientes para equipamentos sociais externos é realizado pelo Serviço Social da Unidade de Saúde de forma integrada e orientada para o atendimento de necessidade diagnosticada ou a pedido do próprio usuário.

11.2. A concessão de benefícios e direitos sociais, realizada através da rede assistencial externa a Unidade de Saúde possui requisitos e condições pré-determinadas de acesso que dependem de atendimentos específicos a legislações afins para garantia do direito pleiteado.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: TRABALHO E PROJETO PROFISSIONAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS, Brasília – 2010.

12.2. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

12.3. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:

Ass. emissor:	Ass. Aprovador:

m. PROTOCOLO - POP.SS.002 ACOLHIMENTO DOS INTERNOS AOS LEITOS

1. OBJETIVO

1.1. Identificar as demandas apresentadas pelos usuários e propiciar ações que os envolvam na promoção, proteção e recuperação da saúde.

2. APLICAÇÃO

2.1. Pronto atendimento

2.2. Internação

3. DEFINIÇÕES

3.1. Acolhimento é parte integrante do processo interventivo dos (as) Assistentes Sociais. O acolhimento congrega três elementos que agem em concomitância: a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário. O principal objetivo do acolhimento é o acesso a direitos das mais diversas naturezas, bem como a criação de vínculo e a compreensão de elementos para fundamentar uma futura intervenção.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Para iniciar o acolhimento dos usuários, o Serviço Social elaborou o instrumento de trabalho denominado de Ficha Social. Os dados contidos na ficha social contribuem para uma análise do perfil socioeconômico do usuário, além de identificar as principais causas no processo de saúde-doença.

4.2. A periodicidade do acolhimento dos internos por meia da (o) assistente social, ocorrem em um período do dia, ficando a critério do profissional, respeitando os horários de menos fluxos de pessoas ao leito, visando acolher e escutar minuciosamente o usuário.

4.3. A ficha social é utilizada para todos os internos, bem como para os usuários que estão em observação. Após o preenchimento da ficha e se observado alguma situação de

vulnerabilidade social com o usuário e ou seus familiares é relatado para os órgãos municipais competentes à cada ocorrência identificada dentro da unidade.

4.4. Após todos os internos serem acolhidos pelo profissional do setor de Serviço Social, caberá a este, repassar o atendimento para o prontuário do usuário. As informações são descritas no prontuário no campo de evolução de atendimento multidisciplinar e em seguida o profissional deverá assinar e carimbar. O preenchimento do prontuário está sendo realizado no posto de enfermagem, localizado entre as enfermarias.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Ficha Social;

5.2. Prancheta;

5.3. Canetas

5.4. Jaleco identificando a profissão e o nome do profissional que executa a atividade.

6. EPI

6.1. Calçado fechado;

6.2. Utilização de equipamentos de proteção, quando solicitado pela equipe do CCIH (Centro de Controle de Infeção Hospitalar), ao entrar em contato com usuários com quadro clínico específicos de risco de contaminação.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Serviço social.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. O acolhimento é realizado durante o período de internação do usuário e sua periodicidade ficará a critério do profissional, respeitando os horários de menos fluxos de pessoas ao leito, visando acolher e escutar minuciosamente o usuário.

9. REGISTROS

9.1. Os registros utilizados para realização da atividade é FOR.SS.001 ATENDIMENTO SOCIAL NOS LEITOS, seu armazenamento é feito pelas (os) profissionais do Serviço Social e deverão ser guardadas em local seguro. Caberá ao profissional manter o sigilo nas informações repassadas pelos usuários, salvo quando estas devem ser direcionadas para órgãos competentes que atendem a situação de vulnerabilidade social. A consulta por terceiros ao documento deverá ser comunicada com antecedência para que haja um prévio estudo do motivo da solicitação. Os dados contidos na ficha são de responsabilidade do setor Serviço Social.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Com relação a alta social que deverá acontecer concomitantemente com a alta médica e em situações em que o usuário já tiver recebido a alta médica sem condições de alta social, caberá ao profissional de Serviço Social notificar à equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário/familiar com a equipe.

11.2. O Acolhimento dos Internos aos Leitos dar-se-á por meio da visita do profissional da (o) assistente social, tendo como instrumento de trabalho a ficha social, onde são coletados os dados pessoais dos usuários, compreendendo as informações de cunho socioeconômico e cultural.

11.3. Os dados coletados servirão de subsídios para planejamento e elaboração de projetos, que visem a melhoria no atendimento do usuário, bem como em propor ações que almejam a promoção, proteção e recuperação da saúde.

11.4. A ficha social tem como objetivo identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas à construção de estratégias de intervenção, propiciando orientações aos usuários quanto a garantir seus direitos de cidadãos.

11.5. No acompanhamento do usuário nas enfermarias e emergências realizadas por um profissional da área de Serviço Social, caberá a este profissional informar o usuário e ou seu acompanhante sobre as normas e rotinas da Unidade de Saúde.

11.6. A ficha social deverá ser aplicada por um profissional da área do Serviço Social e os dados deverão ser mantidos em arquivos para eventuais consultas.

12. REFERÊNCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, aprovado em 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS (Conselho Federal de Serviço Social), nº290/94, 293/94, 333/96 e 594/11.

12.2. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

12.3. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: TRABALHO E PROJETO PROFISSIONAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS, Brasília – 2010;

12.4. Revista *Serviço Social e Saúde*, UNICAMP Campinas, V,IX, nº10, Dez.2010 - Acolhimento e Serviço Social: Contribuição para a Discussão das Ações Profissionais no Campo da Saúde;

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

n. PROTOCOLO - POP.SS.003 ASSISTENCIA · FAMÍLIA APÓS ÓBITO DO PACIENTE

1. OBJETIVO

1.1. Acolher familiares/responsáveis do paciente que foi a óbito, proporcionando atendimento humanizado com qualidade, orientando-os quanto aos direitos pertinentes, bem como realizar contatos com a rede de serviços para viabilização do funeral.

2. APLICAÇÃO

2.1. Pronto atendimento

2.2. Internação

3. DEFINIÇÕES

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. A comunicação do óbito não é atribuição do Assistente Social, ficando este responsável apenas pela assistência e orientação dos familiares ou responsáveis diante da situação ocorrida, visando facilitar o acesso à rede de serviços assistenciais pertinentes ao caso em questão. A assistência do Serviço Social é prestada para todos os acompanhantes ou familiares independentes de estes estarem sendo acompanhados ou não pelo Serviço Social durante o processo de internação do paciente falecido na Unidade.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Telefone,

5.2. Ficha social,

5.3. Caneta,

5.4. Prancheta,

5.5. Carimbo do profissional de serviço social,

5.6. Sala privativa, mesa e cadeiras.

6. EPI

6.1. Calçado fechado;

6.2. EPIs de acordo com a especificidade do quadro clínico;

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Assistente social

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. A intervenção do Serviço Social somente ocorre a partir da comunicação do óbito ao setor.

9. REGISTROS

9.1. Ficha de Atendimento Social (FOR.SS.001) para anotação de dados do usuário,

9.2. Relatório social para descrição do atendimento e evolução no prontuário do usuário.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Em situações de óbito cabe ao profissional de Serviço Social, de acordo com o seu conhecimento, sua autonomia técnica e instrumental de trabalho, identificar os casos em que deve prestar aos familiares, amigos e responsáveis o necessário apoio para o enfrentamento da situação. A abordagem também será realizada quando solicitado, pela equipe de saúde, familiares ou responsável pelo paciente que veio a óbito. Os familiares ou responsáveis serão acolhidos pelo Serviço Social por meio da Assistente Social, facilitando a realização do contato telefônico com os demais familiares para comunicação do fato ocorrido, quando necessário será articulado com a rede

de recursos sociais e comunitários (Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social, funerárias, cartórios, dentre outros).

11.2. Orientar familiares, amigos e responsáveis sobre benefícios e direitos referentes à situação de óbito previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licenças) e a seguros sociais (DPVAT), entre outras garantias de direitos. Ou seja, atuar paramentado por sua Lei de Regulamentação, que lhe atribui como competência profissional "encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população". (modelo de declaração para requerimento de certidão de óbito de forma gratuita em anexo).

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Vasconcelos, Ana Maria. **A Prática do Serviço Social** – cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

12.2. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: TRABALHO E PROJETO PROFISSIONAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS, Brasília – 2010.

12.3. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

12.4. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	**Nome aprovador:**
Ass. emissor:	**Ass. Aprovador:**

PROTOCOLO - POP.SS.004 ACOLHIMENTO AMBULATORIAL

1. OBJETIVO

1.1. Prestar atendimento aos usuários da Unidade nas demandas espontâneas em situações de vulnerabilidade social, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida destes, no resgate da autonomia e afirmação dos direitos sociais.

2. APLICAÇÃO

2.1. Ambulatório

2.2. Internação

2.3. U.T.I.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Saúde: é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. É o resultado das condições de trabalho, habitação, educação, renda, meio ambiente e serviços de saúde.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Acolher os usuários, familiares ou responsáveis através de escuta qualificada. Quando necessário encaminhar aos serviços assistenciais de acordo com as demandas apresentadas. Realizar contatos com profissionais internos e/ou externos para viabilizar o atendimento necessário à demanda observada. Emitir documentos pertinentes e necessários ao suprimento da demanda em questão, sempre que for indispensável a sua emissão, para comprovação de situações.

4.2. Articular por meio de contato telefônico com familiares e responsáveis pelos usuários assistidos e encaminhar as questões que porventura forem suscitadas.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Telefone

5.2. Ficha social,

5.3. Caneta,

5.4. Prancheta,

5.5. Carimbo do profissional de serviço social,

5.6. Sala privativa, mesa e cadeiras.

6. EPI

6.1. Calçado fechado;

6.2. EPIs de acordo com a especificidade do quadro clínico;

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Assistente social

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. De acordo com a demanda apresentada no âmbito do ambulatório da Unidade de Saúde.

9. REGISTROS

9.1. Anotação de dados do usuário, bem como relatório social para descrição do atendimento e encaminhamentos.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Recorrer a Lei 8662/1993 – Lei de Regulamentação da Profissão que dispõe sobre a Profissão de Assistente social e dá outras providências, para realização dos procedimentos dentro das normas preconizadas.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Os procedimentos em questão visam dar resolutividade às demandas apresentadas pelos usuários da Unidade de Saúde. Os benefícios e serviços devem ser amplamente divulgados e promovidos. Todos têm acesso aos direitos, sem discriminação.

11.2. O atendimento do serviço social no ambulatório da Unidade visa atender a demanda espontânea ou encaminhada por outros profissionais. Orientando e encaminhando os pacientes aos recursos apropriados, prestando auxílio e assistência com o objetivo de viabilizar o tratamento do usuário, considerando o direito do usuário ao acesso a bens e serviços.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: TRABALHO E PROJETO PROFISSIONAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS, Brasília – 2010.

12.2. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

12.3. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.

12.4. http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/ Organização Mundial da Saúde.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass. emissor:	Ass. Aprovador:

TERAPIA OCUPACIONAL

o. PROTOCOLO - POP.044.TO ASSISTÊNCIA DE TERAPIA OCUPACIONAL AO PACIENTE INTERNADO

OBJETIVO

Padronizar a abordagem da Terapia Ocupacional aos pacientes internados, objetivando a recuperação dos papéis ocupacionais dos indivíduos e a melhora da qualidade de vida.

Realizar atendimento conforme prescrição/indicação, após verificar no prontuário do paciente a prescrição médica com a solicitação de atendimento.

APLICAÇÃO:

Enfermarias, UIT´s (adulto e pediátrica) e Ambulatório.

DEFINIÇÕES:

Realizar orientações, treinos e adaptações visando manutenção, melhora da função, autonomia e independência na realização das atividades de vida diária (AVD) – alimentação, higiene pessoal, banho e vestuário;

Prevenir a deterioração e estimular as habilidades percepto-cognitivas e sensório-motoras;

Orientar e promover o posicionamento adequado no leito e otimizar as trocas posturais;

Prevenir e minimizar as complicações associadas às restrições e ao imobilismo no leito (fraqueza muscular, redução de amplitude articular, contraturas, desenvolvimento de transtornos circulatórios – trombose, edema de extremidades – e desenvolvimento de úlceras por pressão);

Usar técnicas e recursos próprios da Terapia Ocupacional para manter amplitude e posicionamento dos segmentos articulares;

Prevenir contraturas, retrações e deformidades físicas com intervenções precoces e atividades funcionais;

Solicitar e/ou confeccionar órteses e/ou adaptações;

Estabelecer rotina de uso das órteses, avaliar posicionamento, presença de pontos de pressão, funcionalidade, necessidade de ajustes e correções e higienização das mesmas.

Estimular a mobilidade ativa e funcional;

Monitorizar, realizar orientações e treinos quanto às transferências e deambulação;

Conduzir o processo de intervenção/reabilitação dentro do plano terapêutico, traçado para cada paciente;

Promover a humanização no ambiente hospitalar;

Promover atividades que visam autonomia e a qualidade de vida do paciente, durante o período de internação;

Contribuir com a proteção, prevenção e recuperação da saúde;

Auxiliar paciente no entendimento da condição do mesmo, das mudanças do quadro funcional e no manejo dos aspectos negativos da internação (despersonalização, o ócio improdutivo, a insegurança quanto ao prognóstico, o desconhecimento da situação atual, a sensação de impotência e da diminuição importante da autonomia, decorrente da perda capacidade produtiva e da dependência).

Ofertar psicoeducação ao paciente e/ou familiar.

Realizar orientações e treino do paciente e familiares sobre os cuidados e atividades que devem ser desenvolvidas, como independências nas AVD´s (atividades de vida diária) e AIVD´S (atividades instrumentais da vida diária), e o uso dos dispositivos de tecnologia assistiva.

Participar do protocolo de cuidados paliativos ao paciente grave e extremamente grave, favorecer a qualidade de vida e a humanização do ambiente, reduzindo a intensidade dos fatores de estresse.

No momento da alta, fornecer relatório de internação, quando necessário, para orientar a contra referência.

Fornecer informações que possam auxiliar o paciente e/ou familiares no retorno ao ambiente social e execução dos papéis ocupacionais.

Evoluir, carimbar e assinar diariamente o atendimento prestado em prontuário, conforme normas institucionais.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES:

Apresentar-se formalmente e informar sua área de atuação;

Ser cordial e respeitoso com o paciente e o familiar/cuidador (quando presente) e explicar todos os procedimentos que forem realizados;

Conhecer a história da doença atual (HDA) anteriormente ao primeiro contato com paciente, história da doença pregressa (HDP), familiar (HF), social e medicamentosa;

Levantar os papéis ocupacionais do paciente e membros que compõe o núcleo familiar mais próximo;

Realizar acolhida aos pacientes internados esclarecendo os objetivos da intervenção;

Realizar avaliação funcional, aplicar avaliações específicas quando necessário;

Elaborar plano terapêutico.

Para confecção de órteses objetivos quanto ao uso

Promover o equilíbrio biomecânico, por meio da aplicação de forças de contenção externa ao segmento comprometido, possibilitando a prevenção de contraturas incapacitantes, alongamento gradativo, promovendo a função do membro e o consequente retorno do indivíduo às suas atividades laborais e cotidianas quanto possível, em um menor espaço de tempo.

Realizar avaliação minuciosa e detalhada do segmento corporal comprometida, analisar a funcionalidade em diversas atividades, aplicar forças corretivas e provas musculares e determinar a condição funcional do segmento;

Para confeccionar órteses, adaptações e outros materiais o profissional deverá utilizar material compatível ao esforço humano, resistência adequada aos movimentos aos quais é submetido e o material não poderá oferecer nenhum tipo de rejeição a pele;

Modelar a órtese com uso de medidas antropométricas dos contornos do membro e marcações anatômicas sobre as proeminências ósseas e alinhamentos articulares, observar ainda, condições de pele e diâmetro ósseo;

Recortar o molde desenhado e testá-lo no paciente e fazer possíveis alterações (em casos específicos o Terapeuta pode utilizar o próprio corpo ou de outra pessoa hígida como referência para

a modelagem, atentando aos cuidados com a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde);

Para Confecção de Aparelhos de Gesso:

Separar e higienizar os materiais necessários para confecção (gesso, bacia, malha tubular, algodão ortopédico, tesoura de gesso, traçado, perfex, etc.);

Cobrir segmento corporal com malha tubular, molhar a tala gessada em água fria, retirar o excesso de água, moldar sobre segmento do paciente e aguardar até o gesso ficar firme;

Retirar do paciente, fazer os ajustes necessários e armazenar em local seguro para secagem;

Aguardar por tempo mínimo de 12 horas para a secagem adequada;

Fazer o acabamento utilizando algodão ortopédico e malha tubular, após a secagem;

Colocar a órtese no paciente, deixar um período de aproximadamente de 2 horas para verificar se houver ponto de pressão;

Fazer os ajustes necessários, treinar e orientar o paciente e acompanhante quanto ao uso da órtese, a forma e tempo de uso.

Órteses de Punho e Mão

Confeccionar a órtese de repouso de acordo com os ângulos de flexão das metacarpofalangeanas e o ângulo neutro ou extensão das interfalangeanas. Nestas posições, os ligamentos colaterais encontram-se alongados, o que ajuda a evitar contraturas em extensão das metacarpofalangeanas e flexão das interfalangeanas, posição esta disfuncional e de difícil reversão, caso a mão enrijeça nesta posição.

Respeitar à conformação dos arcos palmares, na confecção de qualquer tipo de órteses. (Uma órtese que não obedeça a anatomia da mão, plana ou que até inverta a estrutura funcional dos arcos, pode levar a problemas que vão desde pressão, dor, desconforto, lesões por contato, encurtamento dos músculos intrínsecos da mão em posições disfuncionais).

Confeccionar a órtese, atentando-se as áreas de apoio, verificando se estão grandes o suficiente, para distribuir a pressão que possam lesionar a pele;

Supervisionar o uso gradativo da órtese para identificar pontos de pressão, garroteamento e posicionamento inadequado;

Orientar quanto ao tempo de utilização da órtese.

Órtese Suropodálica:

Confeccionar a órtese de posicionamento de MMII, Posicionar o membro alinhando o tornozelo de acordo com o ângulo de dorsiflexão pré-definido na prescrição (geralmente 90º). Manter o posicionamento até que o molde esteja completamente seco. Durante o processo, verificar se a área de apoio, estão grandes o suficiente, para distribuir a pressão que possam lesionar a pele;

Supervisionar o uso gradativo da órtese para identificar pontos de pressão, garroteamento e posicionamento inadequado;

Obs.: As características anatômicas e a disposição dos ossos devem ser consideradas no processo de moldagem das órteses. O tecido subcutâneo adjacente às proeminências ósseas é mínimo nestas regiões e o contato constante do mesmo com malha, gesso ou outro material do próprio aparelho, podem provocar lesões decorrentes de isquemia seguida de necrose.

Garantir que o paciente e/ou cuidadores compreendeu as orientações repassadas, quanto ao uso da órtese;

Orientar quanto ao tempo de utilização da órtese.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS:

Gesso;

Bacia;

Malha tubular;

Algodão ortopédico;

Tesoura de gesso;

Traçado;

Perfex,

EPI:

Luvas;

Touca;

Capote;

Máscara;

Óculos de proteção

RESPONSABILIDADE:

Terapeuta Ocupacional

QUANDO EXECUTAR:

Em todos os pacientes que possam desenvolver contraturas, retrações e deformidades físicas.

REGISTROS:

FOR.004.SAME Ficha de Evolução Multiprofissional

FOR.009.SAME Prescrição Médica

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES:

Não se aplica

CONSIDERAÇÕES GERAIS:

Não se aplica

REFERÊNCIAS:

LOIOLA, F. D. SILVA, E. R. Otimização de órtese de Membros Inferiores para Utilização no Acometimento de Pé caído. Rio Verde: Goiás, 2017.

TOYOFUKU, M. H. TOYODA. C.Y. Órteses: estudos dos materiais utilizados em sua confecção por terapeutas ocupacionais paulistas. Projeto de pesquisa, UFSCar. São Carlos, 2000.

TROMBLY, C.A. *Terapia Ocupacional para disfunções físicas.* Trad. Therezinha Oppido. São Paulo: Santos, 1989.

ANEXO:

Não se aplica

HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

APROVAÇÃO:

Nome do emissor:	Nome do aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do aprovador:

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) - NUTRIÇÃO

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 01 Atendimento Nutricional	
	EXECUTANTE:Nutricionista	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/09/22

Objetivo:
• Sistematizar e otimizar o trabalho do profissional Nutricionista e o cuidado ambulatorial nutricional ao paciente do hospital

Recursos necessários:
• Formulário de triagem e avaliação; • Balança; • Estadiômetro; • Fita métrica inextensível; • Adipômetro; • Bioimpedância.
Etapas do Processo:
1-Verificar os agendamentos; 2-Realizar anamnese;

2.1- A avaliação do consumo alimentar é um procedimento que deve fazer parte da anamnese e avaliação nutricional. Com o objetivo de obter maior conhecimento sobre as características dos hábitos e das condições alimentares do paciente.

3-Realizar avaliação antropométrica;

3.1-Antropometria é a medida do tamanho corporal e de suas proporções. É um dos indicadores diretos do estado nutricional e inclui medidas de peso, altura, pregas cutâneas e circunferências de membros.

4-Quando necessário realizar avaliação por bioimpedância;

4.1-A avaliação da composição corporal é indicada para monitorar alterações nos compartimentos corporais, podendo auxiliar na identificação de como as patologias afetam o metabolismo energético e as reservas. A bioimpedância resulta em determinação acurada da composição corporal de adultos saudáveis e sem distúrbios no estado de hidratação, e o ângulo de fase e a análise dos vetores são tidos como instrumentos de diagnóstico nutricional e de prognóstico clínico. A estimativa da composição corporal através da utilização da bioimpedância tem sido validada em diversas situações clínicas, como desnutrição, traumas, câncer, pré e pós-operatório, doenças hepáticas e insuficiência renal em crianças, idosos e atletas.

5-Fazer a solicitação e análise dos exames bioquímicos;

5.1-Conforme Resolução nº 306 do CFN, de 24 de março de 2003, "compete ao nutricionista a solicitação de exames laboratoriais necessários à avaliação, prescrição e evolução nutricional do paciente, devendo ter responsabilidade técnica sobre posteriores questionamentos que podem surgir"

5.2-A avaliação bioquímica faz parte dos métodos objetivos na avaliação nutricional por fornecer medidas objetivas e precoces de deficiências nutricionais antes da identificação de sinais e sintomas clínicos e auxilia no monitoramento do indivíduo em tratamento.

6-Realizar avaliação de a ingestão alimentar (Recordatório de 24 horas);

7-Realizar diagnóstico nutricional;

7.1- De acordo com a Resolução nº 417 do CFN, de 18 de março de 2008, "o diagnóstico nutricional é a identificação do estado nutricional do indivíduo, elaborado a partir de dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos".

8-Calcular necessidades nutricionais;

8.1-A calorimetria indireta é considerada o padrão ouro para a estimativa das necessidades energéticas por apresentar entre suas características: segurança, praticidade, não invasividade e possibilidade de ser realizada à beira leito. Na impossibilidade de utilização da mesma, recomenda-se o cálculo da estimativa através de quilocalorias por quilo de peso.

9-Registrar avaliação no prontuário do paciente

9.1- O prontuário é uma ferramenta de comunicação interprofissional importante, onde a padronização dos registros é parte essencial da sistematização do cuidado ao paciente por facilitar a comunicação multidisciplinar, além de ser obrigatório para respaldo legal do trabalho profissional e direito do paciente

10-Fazer acompanhamento e evolução do paciente, de acordo com a necessidade;

10.1-O acompanhamento de nutrição, ou seja, as reavaliações têm como objetivo avaliar as intervenções e a necessidade de definir novos diagnósticos de nutrição, objetivos e ações, comparando o estado nutricional atual do paciente com o anterior e analisando as metas propostas anteriormente.

11-Realizar orientação nutricional;

11.1-Orientação é o processo pelo qual os pacientes são auxiliados a **selecionar e implementar comportamentos desejáveis de nutrição e estilo de vida**. Seguindo os mesmos exemplos, com o paciente com sobrepeso, a orientação nutricional seria explicar porque ele deve adquirir hábitos alimentares mais saudáveis, optando por alimentos menos calóricos.

12-Fazer plano alimentar ser necessário;

12.1-Na etapa do planejamento terapêutico, o nutricionista deve delinear intervenções com o objetivo de solucionar os problemas encontrados durante a avaliação do estado nutricional, descritos como diagnósticos nutricionais. Para cada diagnóstico de nutrição, deverá haver ações específicas com intuito de solucioná-lo.

13-Realizar encaminhamento para outras especialidades se necessário.

13.1-Através do encaminhamento é feito todo o descritivo de quais exames devem ser feitos, além da confirmação da possível comorbidade que o médico busca diagnosticar.

Responsável pela elaboração: Hanna		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

1.10.1.4 FARMÁCIA

PROTOCOLO - POP.FAR.002 ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS.

1. OBJETIVO

Armazenar medicamentos e materiais hospitalares de forma adequada.

2. APLICAÇÃO

Setor de Farmácia e Almoxarifado.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Farmácia hospitalar – É a unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente.

3.2. Almoxarifado–Local destinado à guarda, conservação, manutenção e reposição de materiais adquiridos.

3.3. Armazenamento– Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem e guarda, conservação, segurança e controle de estoque.

3.4. Bin – Caixa gaveteiro plástico

3.5. Medicamento de Controle Especial - Medicamento incluso na Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e suas atualizações

3.6. Medicamento Antimicrobiano - Medicamento que previne a proliferação de agentes infecciosos ou microorganismos ou que mata agentes infecciosos para prevenir a disseminação da infecção.

3.7. Medicamento termolábel – Medicamento particularmente sensível à ação da temperatura e que por isso geralmente requer armazenamento sob refrigeração (entre 2ºC e 8ºC)

3.8. Princípio ativo – é a substância que existe na composição do medicamento, responsável por seu efeito terapêutico.

3.9. Número do lote – qualquer combinação de números ou letras através da qual rastrear a história completa da fabricação desse lote e de distribuição no mercado.

3.10. T.I. – Tecnologia e Informação

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Solicitar transferência dos produtos no controle de estoque entre Setores:

4.2. Etiquetagem:

4.2.1. Os medicamentos são etiquetados com as etiquetas de rastreabilidade oriundas do controle de estoque

4.2.2. Registrar no FOR.FAR.006.

4.2.3. As cores das etiquetas devem ser de acordo com alguns grupos de medicamentos:

4.2.3.1. Medicamentos de Alto Risco: Vermelho

4.2.3.2. Medicamentos de controle especial: Vermelho

4.2.3.3. Medicamentos antimicrobianos: Amarelo

4.2.3.4. Outros: Branca

4.2.4. Ao etiquetar ampola e frasco-ampola, priorizar a visibilidade na ordem:

4.2.4.1. Nome do princípio ativo

4.2.4.2. Lote e validade

4.2.5. Sempre etiquetar um lote de medicamento por vez, para evitar erros de etiquetagem

4.3. Os produtos são estocados nas prateleiras e armários, onde não recebe a luz direta do sol. Os produtos não devem ser colocados diretamente sobre o chão.

4.4. Os medicamentos sujeitos a controle especial são estocados no "Armário 1";

4.5. Os medicamentos Antimicrobianos são estocados no "Armário 2";

4.6. Os produtos termolábeis:

4.6.1. Devem ser estocados no refrigerador, com controle de temperatura;

4.6.2. As retiradas devem ser programadas visando diminuir as variações internas de temperatura;

4.6.3. Manter os refrigeradores sempre limpos e arrumados, a utilização é somente para medicamentos e kits de reagentes laboratoriais, sendo proibido acondicionar alimentos e bebidas;

4.6.4. Devem ser etiquetados com etiquetas de cor azul.

4.7. Ordenar os medicamentos em Ordem Alfabética do nome do princípio ativo dentro do subgrupo (1 – Frascos e Ampolas, 2 – Bisnagas, 3 – comprimidos, 4 – Frasco (gotas), 5 – Frasco (soluções e suspensões))

4.8. Não misturar medicamentos de lotes diferentes em um mesmo bin;

4.9. Os medicamentos com datas de validade mais próximas deverão ficar à frente, para que sejam distribuídos primeiramente; terão a etiqueta Roxa no bin como sinalização.

4.10. Não misturar com produtos de outra natureza (por exemplo, material de limpeza);

4.11. Devem conter nas prateleiras etiqueta informando o Nº de cadastro no software de gestão, nome do produto e unidade de medida. As formatações dos nomes de medicamentos devem estar de acordo com o FOR.FAR.013 LOCALIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS. Outros materiais a etiqueta devem conter o nome.

4.12. O bin deve conter etiqueta informando o nome do medicamento e concentração. As formatações dos nomes devem estar de acordo com o FOR.FAR.013 LOCALIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS.

4.13. Produtos vencidos:

4.13.1. Medicamentos de controle especial:

4.13.1.1. Baixar os produtos do estoque no controle de estoque

4.13.1.2. Os medicamentos de controle especial com validade expirada ficarão dentro do ARMÁRIO 01, dentro de uma caixa com o rótulo "MEDICAMENTOS VENCIDOS". Isso é para evitar a mistura entre medicamentos vencidos e os demais, evitando erros de dispensação

4.13.1.3. Descartar conforme procedimento da Vigilância Sanitária

4.13.2. Demais produtos:

4.13.2.1. Baixar os produtos do estoque no controle de estoque, segregar em um local identificado até que sejam encaminhados para o seu destino final de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Etiquetas

6. EPI

Não se aplica

7. RESPONSABILIDADE

Farmacêutico e Auxiliares de Farmácia

8. QUANDO EXECUTAR

Diariamente

9. REGISTROS

Não se aplica

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. **NC:** Medicamento armazenado em local impróprio

10.2. **AÇÃO:** Colocar o medicamento no local adequado

10.3. **NC:** Impressão defeituosa de etiquetas

10.4. **AÇÃO:** Imprimir novamente a etiqueta, se o defeito persistir ligar para T.I para verificar a impressora de etiquetas.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estoques são inventariados semestralmente e qualquer discrepância devidamente esclarecida.

Deve-se respeitar o empilhamento máximo de cada produto descrito na embalagem do fabricante

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Gestão de Compras Hospitalar, Número 15 – Março/Abril/Maio 2012

12.2. Manual de Estruturação de Almoxarifado de Medicamentos e Produtos para a Saúde, e de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição, Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest, Área Temática da Assistência Farmacêutica, 2003.

12.3. BRASIL, Ministério da Saúde. PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos

12.4. Boas práticas de estocagem de medicamentos, Central de Medicamentos, Ministério da Saúde, Brasília, 1990.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

15. **APROVAÇÃO**

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

PROTOCOLO - POP.FAR.003 CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE DO AMBIENTE.

1. OBJETIVO

Fazer o controle da temperatura e umidade do ambiente do Setor de Farmácia.

2. APLICAÇÃO

Setor de Farmácia.

3. DEFINIÇÕES

Termômetro - instrumento que mede temperatura.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. O registro da temperatura e umidade do ambiente do Setor de Farmácia deve ser realizado às 8:00, 12:00 e 17:00 horas;

4.2. Conferir no visor do termômetro digital se está "IN", registrar a temperatura e umidade no Formulário FOR.FAR.002 e rubricar;

4.3. A temperatura deve estar entre 15 e 30 °C;

4.4. A umidade do ar deve estar entre 40 e 70%.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Termômetro digital;

5.2. Caneta;

5.3. Formulário FOR.FAR.002.

6. EPI

Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Farmacêutico: descrição detalhada das atividades.

7.2. Auxiliares de Farmácia: descrição detalhada das atividades.

8. QUANDO EXECUTAR

Deve ser executado diariamente.

9. REGISTROS

9.1. FOR.FAR.002 CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE DO AMBIENTE.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: A temperatura estiver fora do intervalo de 15 e 30 °C.

AÇÃO: Verificar o funcionamento do ar condicionado, se estiver com defeito notificar o Setor de Manutenção.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Manual Termo – Higrômetro Incoterm.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

PROTOCOLO - POP.FAR.005 CONTROLE DE TEMPERATURA DA GELADEIRA.

1. OBJETIVO

Fazer o controle da temperatura da geladeira do Setor de Farmácia.

2. APLICAÇÃO

Setor de Farmácia e posto de enfermagem

3. DEFINIÇÕES

3.1. Termômetro: instrumento que mede temperatura.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. O registro da temperatura da geladeira do Setor de Farmácia e Posto de Enfermagem deve ser realizado às 8:00 e 17:00 horas.

4.2. Registrar a temperatura atual no FOR.FAR.001 CONTROLE DE TEMPERATURA DA GELADEIRA, apertar o botão "Δ – MIN/MAX", logo em seguida registrar a temperatura mínima e temperatura máxima, e rubricar.

4.3. Após os registros, apertar o botão "Δ – MIN/MAX" por 5 segundos, para que o termômetro possa registrar novas temperaturas mínimas e máximas.

4.4. A temperatura deve estar entre 2 e 8 °C.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Termômetro digital;

5.2. Caneta;

6. EPI

Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Farmacêutico

7.2. Auxiliares de Farmácia

8. QUANDO EXECUTAR

Deve ser executado diariamente.

9. REGISTROS

9.1. FOR.FAR.001 CONTROLE DE TEMPERATURA DA GELADEIRA.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: temperatura fora do intervalo definido

AÇÃO: verificar o funcionamento do refrigerador, se estiver com defeito, notifica o Setor de Manutenção (Tel: 985915345).

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1 Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Manual Indrel Refremid.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:

Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

PROTOCOLO - POP.FAR.001 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS HOSPITALARES

1. OBJETIVO

1.1. Dispensar medicamentos e insumos hospitalares de acordo com a necessidade dos clientes.

1.2. Assegurar que os medicamentos estejam disponíveis para administração ao cliente no tempo adequado, na dose correta, assegurando a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas, contribuindo para o uso seguro dos mesmos.

2. APLICAÇÃO

Farmácia, Enfermaria, Sala de Medicação, Sala de Gesso, Sala de Vacina, Sala de Curativo, Sala de Emergência, Centro Cirúrgico.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **Bin**: Caixa gaveteiro plástico

3.2. **SCIRAS**: Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Saúde

3.3. **Dispensação**: Procedimento farmacêutico de fornecimento ao cliente de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos, produtos para saúde e correlatos.

3.4. **Farmácia hospitalar**: É a unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao cliente.

3.5. **SN:** se necessário

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. O Setor de Farmácia recebe a requisição de prescrição médica, requisição, solicitação de transferência entre locais de estoque, realizada pelo setor solicitante.

4.2. O colaborador (a) da Farmácia pega a medicação ou insumo hospitalar de acordo com a requisição, levando em consideração a quantidade dos produtos em estoque, colocá-lo em um saco plástico etiquetado com o nome do setor solicitante. Então deve-se dispensá-lo no controle de estoque

4.3. Entregar os produtos requisitados ao colaborador (a) do setor solicitante e pedir para que o mesmo (a) confira os produtos entregues, assine e carimbe a requisição impressa, atestando que a entrega está de acordo com o dispensado.

4.4. PRESCRIÇÃO: O colaborador (a) do Setor de Farmácia verifica se os elementos de identificação da instituição (nome do hospital), do cliente (nome completo, data de nascimento), do prescritor (nome e o número do CRM) e a data estão disponíveis. No horário em que o (a) farmacêutico (a) estiver presente no Hospital, a prescrição médica será colocada na pasta "PRESCRIÇÕES A SEREM TRIADAS" para que o farmacêutico (a) possa avaliá-la tecnicamente (dose, forma farmacêutica, concentração, via de administração, posologia, interações medicamentosas). Após a avaliação, o (a) farmacêutico (a) colocará na pasta "PRESCRIÇÕES TRIADAS"

4.4.1. O (a) auxiliar de farmácia ou o próprio (a) farmacêutico (a) dispensa os medicamentos e materiais no controle de estoque

4.4.2. Colocar os medicamentos dispensados em um saco plástico, separados por horário e etiquetado com o nome completo e data de nascimento do cliente de acordo com os Kits:

4.4.2.1. KIT 00: primeiro horário até 18:59 horas;

4.4.2.2. KIT 01: 19:00 horas até 06:59 horas;

4.4.2.3. KIT 02: 07:00 horas até 13:59 horas;

4.4.3. Conferir antes da dispensação se os medicamentos estão de acordo com a prescrição médica.

4.4.4. A dispensação dos KITs ocorrerá:

4.4.4.1. KIT 00: no momento do término da confecção, se internação, e antes das 14 horas para clientes internos;

4.4.4.2. KIT 01: até as 19:30 horas.

4.4.4.3. KIT 02: até às 07:30 horas.

4.4.5. O colaborador do plantão noturno confere o KIT 01 e o colaborador do plantão diurno confere o KIT 02 antes de levá-lo para a Enfermaria.

4.4.6. Levar os produtos até a Enfermaria, conferir os produtos juntamente com equipe de enfermagem e solicitar ao colaborador (a) da equipe de enfermagem responsável pela conferência, a assinatura, carimbo e horário de recebimento na prescrição correspondente aos produtos entregues..

4.5. Colocar as prescrições na pasta "PRESCRIÇÕES COM MEDICAMENTOS DISPENSADOS".

4.5.1. Os **medicamentos SN** não são dispensados juntamente com os outros medicamentos da prescrição. Quando solicitado pegar medicamento e dispensar no controle de estoque e grampear junto com a prescrição médica de origem.

4.6. Se por algum motivo, não for efetuada a dispensação dos medicamentos da prescrição de acordo com o item **4.5.1**. Os mesmos serão excluídos da requisição para não gerar pendências no sistema.

4.7. Após a avaliação técnica da prescrição (item 4.1) pelo (a) farmacêutico (a), registra em prontuário eletrônico e impresso a forma de avaliação da prescrição, e se houver, registrar erro de prescrição, intervenção farmacêutica e aceitabilidade da intervenção.

4.8. O (a) farmacêutico (a) alimenta a planilha de quantidade de prescrições triadas por plantão.

4.9. Se houver erro, o (a) farmacêutico (a) alimenta planilha de erros de prescrição, intervenção farmacêutica.

4.10. No plantão diurno o (a) farmacêutico (a) alimenta a planilha de chegada das prescrições médicas (clínica médica e pediatria) de acordo com o horário padronizado. (Descrito nas considerações gerais)

4.11. No plantão diurno o (a) farmacêutico (a) alimenta a planilha de quantidade de pacientes (clínica médica e pediatria) com kits de medicamentos dispensados de acordo com o horário padronizado.

4.12. No plantão diurno o (a) farmacêutico (a) atualiza o FOR FAR 026 ALERTA DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS diariamente.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Saco plástico;

5.2. Seladora;

5.3. Etiquetas adesivas com dados do paciente;

5.4. Computador conectado à rede do hospital;

5.5. Caneta.

6. EPI

Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADE

Farmacêuticos e Auxiliares de Farmácia.

8. QUANDO EXECUTAR

Todo o período de funcionamento da Farmácia.

9. REGISTROS

9.1. Prescrição médica;

9.2. Requisições

9.3. Caderno de Ocorrências da Farmácia.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: O sistema não funciona.

AÇÃO: Anotar em um papel e repassar para o sistema assim que voltar a funcionar corretamente.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Em acordo realizado entre Setor de Farmácia e Diretoria Técnica, as prescrições referentes aos clientes internados devem ser entregues na Farmácia até as 12:00 horas para que a medicação e insumos prescritos sejam entregues à Enfermaria até as 14:00 horas.

11.2. Se houver dois ou mais clientes internados com o mesmo Nome e Data de nascimento, adicionar na etiqueta o número de sua ficha/prontuário.

11.3. A análise técnica das prescrições realizadas pelo farmacêutico prioriza:

11.3.1. Clientes internados recentemente, no qual nenhuma prescrição foi triada anteriormente.

11.3.2. Clientes com idade acima de 65 anos e abaixo de 12 anos.

11.4. Qualquer dúvida em relação a prescrição deve ser sanada diretamente com o prescritor.

11.5. Não deverá ser separado simultaneamente, medicamentos de prescrições diferentes

11.6. Os medicamentos de alto risco devem seguir o DI.FAR. 001 MANUAL TÉCNICO DE MEDICAMENTO DE ALTO RISCO.

11.7. No caso da indisponibilidade do carimbo de qualquer profissional, o número de registro no respectivo conselho de classe o substitui.

12. REFERÊNCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Resolução Nº 568, de 6 de dezembro de 2012, que regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada.

12.2. BRASIL, Ministério da Saúde. PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadocliente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	ii. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1º aprovador:	Nome 2º aprovador:
Ass.emissor	Ass.1º Aprovador:	Ass.2º Aprovador:

PROTOCOLO - POP.FAR.007 ROTINA DE ATIVIDADES RELACIONADAS A FARMÁCIA CLÍNICA.

1. OBJETIVO

Estabelecer uma rotina de atividades relacionadas à Farmácia Clínica.

2. APLICAÇÃO

Internação

3. DEFINIÇÕES

3.1. Acompanhamento Farmacoterapêutico: é o cuidado farmacêutico, em conjunto com outros profissionais de saúde e o usuário, que visa garantir que o usuário obtenha os melhores resultados possíveis do tratamento por meio de seus medicamentos e atinja os objetivos terapêuticos desejados.

3.2. Farmácia Clínica: trata-se de um conhecimento, uma disciplina ou ainda uma área do currículo de Farmácia que prepara o farmacêutico para a atenção ao usuário, com ênfase no tratamento medicamentoso. Busca o desenvolvimento de atitudes voltadas à orientação ao usuário.

3.3. Reconciliação medicamentosa: é o processo de obtenção de uma lista completa e precisa das medicações de uso habitual do usuário e posterior comparação com a prescrição oriunda da internação hospitalar.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1 Aos pacientes que trouxerem medicamentos para uso durante a internação:

4.1.1. Realizar entrevista com o usuário selecionado verificando:

4.1.1.2 A presença de alergias;

4.1.1.3 Existência de Patologias anteriores;

4.1.1.4 Restrição cultural e/ou religiosa relacionado ao uso de medicamentos e/ou insumos;

4.1.1.5 Preferência por alguma via de administração;

4.1.1.6 Forma de obtenção das informações

4.1.1.7. Realizar Reconciliação Medicamentosa e;

4.1.1.8 Fazer validação dos medicamentos trazidos pelos pacientes verificando:

4.1.1.8.1 Data de validade,

4.1.1.8.2 Integridade da embalagem

4.1.1.8.3 Origem

4.1.1.8.4 Aspecto

4.1.1.8.5 Identificação

4.1.2 Registrar no prontuário do Paciente.

4.2. Acompanhamento farmacoterapêutico

4.2.1 Para acompanhamento farmacoterapêutico, os critérios de seleção na ordem de prioridade são pacientes:

4.2.1.1 Em uso de sonda nasoenteral, nasogástrica e/ou tubo endotraqueal

4.2.2.2 Com idade acima de 65 anos e abaixo de 12 anos

4.2.3.3 Com infecção do trato urinário e/ou pneumonias

4.2.4.4 Em uso de medicamentos de alto risco

4.2.2 O paciente que se enquadra nos critérios e disponibilidade de tempo do farmacêutico (a) para início do acompanhamento farmacoterapêutico, realizar item 4.1.

4.2.3. Avaliar quadro clínico do paciente, hipótese diagnóstica, exames laboratoriais, medicamentos prescritos, concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, possíveis interações medicamentosas e efeitos adversos a medicamentos;

4.2.4 Acompanhar evolução;

4.2.5 No momento da alta: orientar o usuário e familiares presentes sobre a indicação dos medicamentos, modo de uso, possíveis eventos adversos, entre outras informações importantes.

4.3 As avaliações e intervenções deverão ser registradas no software de gestão, impressas, assinadas, carimbadas e anexadas ao prontuário do paciente.

4.4. Intervenções relacionadas à prescrição médica deverão ser discutidas com a equipe responsável.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Caneta;

5.2. FOR.FAR.008 RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA;

5.3. Software de Gestão Hospitalar.

6. EPI

EPI de acordo com o tipo de precaução ao paciente.

7. RESPONSABILIDADE

Farmacêutico: executar as atividades detalhadas.

8. QUANDO EXECUTAR

Durante dias úteis.

9. REGISTROS

9.1. Evolução no software de Gestão Hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: Não foi possível evoluir no dia por problemas no sistema.

AÇÃO: Evoluir de forma manual e anexar ao prontuário, imprimindo e anexando ao prontuário a evolução no primeiro momento após a resolução da não conformidade.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica

12. REFERÊNCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

12.1. CFF. Conselho Federal de Farmácia. RESOLUÇÃO Nº 585 DE 29 DE AGOSTO DE 2013, Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências

12.2. ZUBIOLI, A. A Farmácia Clínica na Farmácia Comunitária. Ethosfarma: Brasília, 2001

12.3. BRASIL, Ministério da Saúde. PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS. Disponível em:

http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos

12.4. MARTINBIANCHO, J. K.; ZUCKERMANN, J.; MAHMUD, S. D. P.; SANTOS, L. DOS; JACOBY, T.; SILVA, D. DA; VINHAS, M. Development of risk score to hospitalized patients for clinical pharmacy rationalization in a high complexity hospital. **Latin American Journal of Pharmacy**, v. 30, n. 7, p. 1342–1347, 2011.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

POP 01 - RECEBIMENTO DE PRODUTOS

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 01 Recebimento de Produtos	
	Almoxarifado e Farmácia	
	EXECUTANTE: Almoxarife e Farmacêutica	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/10/21

Objetivo:

- Recebimento e armazenamento de produtos em geral.

Recursos necessários:

- Prateleiras; computadores; sistema MV; nota fiscal; materiais de expediente.

Etapas do Processo:

- Recebimento de mercadorias pelo Almoxarife;
- Conferência dos produtos por meio da nota fiscal;
- Os medicamentos, em especial os controlados pela Portaria nº 344/1998, devem ser conferidos pela Farmacêutica responsável;
- Se a conferência estiver de acordo o Almoxarife deve prosseguir para o lançamento da nota fiscal no sistema MV;

• Se houver alguma divergência, entrar em contato com a empresa responsável para correção ou devolução da mercadoria, para posterior lançamento da nota fiscal no sistema; • Entregar a nota fiscal para o setor de pagamento; • Fazer a transferência dos itens para a Farmácia; • Acondicionar os produtos de forma ordenada. **Periodicidade:** Sempre que chegar mercadoria.

Responsável pela elaboração: Tauana Luiza Echer		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 02 - SOLICITAÇÃO DE PRODUTOS PARA O ALMOXARIFADO

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 02 Solicitação de Produtos para o Almoxarifado	
	Farmácia	

	EXECUTANTE: Farmacêutica e Auxiliar de Farmácia	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/10/21

Objetivo:

- Garantir o abastecimento correto do estoque.

Recursos necessários:

- Prateleiras, computadores; sistema MV; materiais de expediente.

Etapas do Processo:

- Verificar estoque de produtos;
- Solicitar produtos que estão em falta na Farmácia ou que estão próximos de acabar;
- Pedir a transferência dos produtos pelo sistema MV para o almoxarifado;
- Fazer a conferência após entrega pelo almoxarife;
- Aceitar a transferência via sistema MV;
- Acondicionar os produtos de forma ordenada.

Periodicidade: Semanalmente, conforme necessidade.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 03 - ORGANIZAÇÃO FARMÁCIA

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 03 Organização	
	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica e Auxiliar de Farmácia	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/10/21
Objetivo:		
• Manter o ambiente organizado, limpo e de fácil visualização.		
Recursos necessários:		
• Prateleiras; computador; materiais de expediente; espanador; álcool e flanela.		

Etapas do Processo:
• Disposição das prateleiras de forma dinâmica; • Clareza na sinalização dos produtos; • Separação por grupos ou seção em que se enquadram; • Arranjo por ordem alfabética.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 04 - LIBERAÇÃO DE PRODUTOS

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 04 Liberação de Produtos	
	Farmácia	

	EXECUTANTE: Farmacêutica e Auxiliar de Farmácia	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/10/21

Objetivo:

- Liberar os produtos conforme necessidade de cada setor.

Recursos necessários:

- Computador; materiais de expediente; sistema MV.

Etapas do Processo:

- Recebimento de solicitação pelo sistema MV;
- Conferência pela farmácia da solicitação;
- Separação dos produtos;
- Atendimento da solicitação pelo sistema;
- Entrega dos produtos ao responsável pela solicitação.

Responsável pela elaboração:	
	Aprovação

Responsável pela aprovação:	Assinatura do representante:	Data:

POP 05 -DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 05 Dispensação de Medicamentos Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica e Auxiliar de Farmácia (sob supervisão)	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/10/21

Objetivo:

- Garantir a correta dispensação de medicamentos.

Recursos necessários:

- Computador; materiais de expediente; sistema MV; prescrição médica.

Etapas do Processo:

• Recebimento da prescrição solicitada pelo sistema MV; • Triagem da prescrição médica pelo farmacêutico; • Separação da medicação; • Atendimento da prescrição pelo sistema MV; • Entrega e conferência da medicação, lote e validade.

Responsável pela elaboração: Tauana Luiza Echer		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 06 - REGISTRO DAS ENTRADAS E SAÍDAS DE MEDICAMENTOS NOS LIVROS DE PSICOTRÓPICOS

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 06 Registro das Entradas e Saídas de Medicamentos nos Livros de Psicotrópicos	

	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/10/21

Objetivo:

- Registrar nos Livros de Psicotrópicos abertos na SUVISA todas as entradas e saídas de medicamentos que constam na Portaria nº 344/1998, no livro corresponde (conforme lista constante na Portaria nº 344/1998).

Recursos necessários:

- Materiais de expediente; prescrição MV; livros de psicotrópicos.

Etapas do Processo:

- Após a conferência das NF, entrada no sistema MV pelo almoxarifado e transferência dos medicamentos para a Farmácia, dar entrada de acordo com a NF no livro correspondente (conforme lista constante na Portaria nº 344/1998);
- Após o recebimento da prescrição médica feita via sistema MV, a baixa do medicamento no sistema, conferência do lote e validade e realização da dispensação, dar saída de acordo com a prescrição médica no livro correspondente (conforme lista constante na Portaria nº 344/1998).

Responsável pela elaboração: Tauana Luiza Echer		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 07 - SOLICITAÇÃO DE PRODUTOS PARA COMPRAS

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 07 Solicitação de Produtos para Compras	
	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/10/21

Objetivo:

- Repor o estoque para atender às necessidades dos setores e evitar possíveis faltas.

Recursos necessários:

- Computador; materiais de expediente; sistema MV; e-mail corporativo.

Etapas do Processo:
• Identificar os produtos que estão em falta e em pequenas quantidades no estoque; • Fazer a solicitação de compras pelo MV; • Encaminhar o número da solicitação para o almoxarifado, via e-mail, para que enviem ao setor responsável pelas compras. **Periodicidade:** Mensalmente.

Responsável pela elaboração: Tauana Luiza Echer		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 08 - CONFERÊNCIA DAS VALIDADES

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 08 Conferência das Validades	
	Farmácia	

	EXECUTANTE: Farmacêutica e Auxiliar de Farmácia	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/10/21

Objetivo:

- Garantir a perda mínima de produtos.

Recursos necessários:

- Computador; materiais de expediente; sistema MV; e-mail corporativo.

Etapas do Processo:

- Puxar relatório pelo MV dos produtos que estão próximos do vencimento;
- Deixá-los mais a frente na prateleira para serem dispensados primeiro;
- Entregar relatório com os produtos próximos de vencimento para a coordenadora da enfermagem para que deem prioridade a eles e assim evitar a perda dos mesmos;
- Enviar relatório com os produtos próximos de vencimento para o responsável pelas compras para que o mesmo veja a possibilidade de troca com outra Unidade;
- Retirar os produtos vencidos das prateleiras e armazená-los em local apropriado até o recolhimento;
- Dar baixa dos produtos vencidos no sistema e solicitar conferência da coordenação;
- Fazer uma planilha com as perdas para ser entregue para a empresa responsável pela incineração;
- Entregar os produtos vencidos para a empresa responsável pela incineração e armazenar uma cópia com assinatura do recolhimento;

• Os psicotrópicos vencidos devem ser enviados para a SUVISA, com relatório realizado pela Farmacêutica dos vencidos com dados completos da medicação; após enviados dar baixa no livro correspondente de acordo com documento entregue pela SUVISA. **Periodicidade:** Mensalmente.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 09 - CONFERÊNCIA DE ESTOQUE

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 09 Conferência de Estoque	
	Farmácia	

	EXECUTANTE: Farmacêutica e Auxiliar de Farmácia	Emissão: Revisão:
Objetivo:		
• Certificar que o relatório de estoque do MV confere com o estoque físico, mantendo o controle adequado e identificando possíveis erros.		
Recursos necessários:		
• Computador; materiais de expediente; sistema MV; e-mail corporativo.		
Etapas do Processo:		
• Impressão da posição de estoque atual no sistema MV; • Contagem e comparação do estoque físico com a posição de estoque; • Envio do relatório de posição de estoque para o Diretor Financeiro via e-mail. **Periodicidade:** Mensalmente.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 10 - RELATÓRIO DE SAÍDAS MENSAIS

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 10 Relatório de Saídas Mensais	
	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica	Emissão: Revisão:
Objetivo:		
• Proporcionar uma visão aprofundada das movimentações de cada setor e auxiliar no controle financeiro.		
Recursos necessários:		
• Computador; materiais de expediente; sistema MV; e-mail corporativo, tabelas padronizadas.		
Etapas do Processo:		

• Puxar os relatórios de saídas por setor e por paciente do mês anterior, tanto da Farmácia como dos Carrinhos de Emergência pelo sistema MV; • Confecção de planilha que contenha os medicamentos e materiais e as respectivas quantidades e valores unitários que saíram no determinado mês para cada setor; • Preenchimento da planilha de projeto de custo (disponibilizada pelo Diretor Financeiro) com a quantidade de itens que saíram por setor; • Envio dos relatórios e planilhas para o Diretor Financeiro via e-mail. **Periodicidade:** Mensalmente.

Responsável pela elaboração: Tauana Luiza Echer		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 11 - REALIZAÇÃO DE INVENTÁRIO

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 11 Realização de Inventário	
	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica	Emissão: Revisão:

Objetivo:

- Garantir o controle correto de estoque.

Recursos necessários:

- Computador; materiais de expediente; sistema MV.

Etapas do Processo:

- Impressão da posição de estoque atual no sistema MV;
- Contagem e comparação do estoque físico com a posição de estoque;
- Iniciar o inventário conforme o estoque presente na farmácia;
- No sistema MV, começar com a ABERTURA DO INVENTÁRIO, onde serão digitados todos os produtos com estoque na farmácia através dos códigos preexistentes, após digitados e salvos todos os produtos anotar o código gerado;
- Em seguida ir em DIGITAÇÃO DE PRODUTOS, informar o código gerado no item anterior e digitar novamente todos os produtos, mas dessa vez com lote, validade e quantidade;

• Posteriormente ir à GERAÇÃO DO INVENTÁRIO, digitar o código já gerado e finalizar o inventário. **Periodicidade:** Anualmente ou em alguma situação excepcional solicitada pela diretoria.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 12 - REGISTRO DE TEMPERATURA E UMIDADE

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 12	

	Registro de Temperatura e Umidade	
	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica e Auxiliar de Farmácia	Emissão: Revisão:

Objetivo:

- Garantir o controle de temperatura e umidade do ambiente da Farmácia, sala dos controlados e câmara fria.

Recursos necessários:

- Tabela de registro de temperatura; materiais de expediente; termohigrômetro, câmara fria.

Etapas do Processo:

- Anotar em planilha confeccionada para uso mensal a temperatura atual, máxima e mínima e a umidade identificada no termo higrômetro presente no ambiente da farmácia;
- Anotar em planilha confeccionada para uso mensal a temperatura atual, máxima e mínima e a umidade identificada no termo higrômetro presente na sala dos controlados;
- Anotar em planilha confeccionada para uso mensal a temperatura atual, máxima e mínima identificada na câmara fria;
- Observar as especificações definidas em cada planilha e se houver alguma irregularidade determinar o motivo e resolver o problema;

• As temperaturas e umidades devem ser anotados três vezes ao dia (ao chegar na Unidade, antes de ir para o almoço e antes de terminar o expediente).		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 13 - CONFERÊNCIA DOS CARRINHOS DE EMERGÊNCIAS

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 13 Conferência dos Carrinhos de Emergências	

	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica	Emissão: Revisão:

Objetivo:

- Garantir o controle periódico da quantidade e validade dos medicamentos e materiais presentes nos carrinhos de emergências.

Recursos necessários:

- Checklist; lacres, materiais de expediente; computador, carrinhos de emergência.

Etapas do Processo:

- Imprimir o checklist correspondente de cada carrinho;
- Retirar o lacre e anotar o número do lacre retirado no checklist;
- Conferir a quantidade de cada produto e a validade de acordo com o chek list;
- Se houver algum produto próximo de vencer retirar do carrinho e realizar a reposição do produto com validade estendida e atualizar a planilha de validades;
- Lacrar o carrinho com novo lacre e anotar o número do lacre colocado no check list que deverá ser assinado pela Farmacêutica responsável;
- Guardar o check list na Farmácia em pasta específica.

Periodicidade: Mensalmente.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 14 - REPOSIÇÃO DOS CARRINHOS DE EMERGÊNCIA

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 14 Reposição dos Carrinhos de Emergência	
	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica e Equipe da Enfermagem.	Emissão: Revisão:
Objetivo:		
• Garantir o estoque completo e adequado dos Carrinhos de Emergência.		

Recursos necessários:
• Computador; lacres, materiais de expediente; sistema MV; carrinhos de emergências.
Etapas do Processo:
• Se houver a retirada de algum item com validade próxima, o mesmo deve ser encaminhado à Farmácia, onde a Farmacêutica dará baixa do item no estoque do carrinho correspondente e armazenará o produto para descarte juntamente com os produtos vencidos da Farmácia; além disso fará a reposição do item com outro de validade estendida; • Se houver a utilização de algum produto do carrinho, a equipe de enfermagem deverá informar e solicitar à Farmácia os itens utilizados para que seja feita a reposição; bem como fazer a solicitação pelo MV dos itens utilizados para o carrinho que foi aberto; • Em ambos os casos a Farmacêutica fará a transferência de estoque da Farmácia para o estoque do Carrinho correspondente; • Em caso de medicamentos, o médico responsável deverá fazer a prescrição do medicamento utilizado para justificar a transferência de estoque. **Periodicidade:** Sempre que algum carrinho for usado.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

1.11 MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DO LABORATÓRIO

1.11.1 Estrutura Organizacional -Normas Do Funcionamento Do Laboratório

UNIDADE DE SAÚDE	Manual de Normas e Rotinas **Laboratório**	EO.1	
		Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL NORMAS DO FUNCIONAMENTO DO LABORATÓRIO		Revisão	
		No:	Data:

Horário de funcionamento do serviço:

Funcionamento 24 horas (contínuo e ininterrupto durante as 24 horas), obedecendo a normas e rotinas.

Farmacêutico ou bioquímico: de segunda a sexta-feira das 07h às 17h – conforme escala;

Técnicos de laboratório (plantonista): das 07h às 19h – conforme escala;

Auxiliares técnicos: de segunda a quinta-feira das 07h às 17h e sexta-feira das 07h às 16h;

Auxiliar administrativo: de segunda a quinta-feira das 07h às 17h e sexta-feira das 07h às 16h.

Clientes da área/serviço

Pacientes e médicos

Normas

Do atendimento:

Pacientes dos PSF's serão atendidos quando encaminhados pelos mesmos, portando a guia de solicitação do SUS devidamente preenchida, contendo o nome, idade, procedência, descrição completa do exame desejado e assinatura do médico com o CREMEG;

Pacientes do ambulatório serão atendidos quando encaminhados, via ambulatório, portando a guia de solicitação do SUS devidamente preenchida, contendo o nome, idade, procedência, descrição completa do exame desejado e assinatura do médico com o CREMEG;

Pacientes do Pronto Atendimento - Urgência/Emergência serão atendidos quando ingressos neste setor e solicitado pela equipe médica, com atenção preferencial e prioritária, mediante solicitação do SUS, devidamente preenchida e assinada.

Do horário de coleta e recebimento de exames:

Pacientes do ambulatório e PSF's: de segunda a sexta-feira das 07h às 09:30h, excluindo os feriados, seguindo a rotina;

Pacientes internados serão atendidos quando encaminhados, via internamento, com a guia de solicitação do SUS devidamente preenchida e assinada pelo médico, dentro das 24 horas de funcionamento, seguindo as normas e rotinas;

Do Pronto Atendimento - Urgência/Emergência serão atendidos quando encaminhados, via Emergência, com a guia de solicitação do SUS devidamente preenchida e assinada pelo médico, nas 24 horas de funcionamento, seguindo as normas e rotinas, com atenção preferencial e prioritária.

Da realização dos exames:

PSF's e ambulatório: de segunda a sexta-feira das 07h às 17h, excluindo feriados, seguindo a rotina;

Pacientes internados: 24 horas, seguindo a rotina;

3. Emergência: 24, seguindo a rotina em caráter preferencial e prioritário.

Da entrega de resultados:

PSF's e ambulatório: 7 dias úteis – de segunda a sexta-feira das 15h às 16:30h;

Pacientes internados: 2 horas após a coleta – sendo o exame encaminhado mediante protocolo por um profissional do setor para o posto de enfermagem;

Emergência: 1 hora após a coleta – sendo o exame encaminhado mediante protocolo por um profissional do setor para o posto de enfermagem.

Das escalas de serviço e plantões:

As trocas de escalas e plantões somente serão concedidas mediante solicitação previa da chefia imediata e devidamente registrada no Livro de Ocorrências.

As agulhas utilizadas para coleta de material (sangue) deverão ser sempre descartáveis (25/8 ou 30/9);

Para a realização de punção digital, usar somente lancetes descartáveis ou agulhas do tipo BENSAÚDE de ponta regulável e que deverá ser conservada em álcool iodado no início da coleta;

O papel filtro utilizado para a realização do tempo de sangramento deverá ser dividido em pequenas tiras e guardados em caixa limpa com tampa ou placa de PETRI;

O algodão para coleta deverá ser cortado em pequenos chumaços e guardados em recipiente apropriado com tampa;

Antes de realizar a coleta de sangue, a assepsia do local deverá ser feita com um chumaço de algodão embebido em álcool absoluto, álcool à 70% ou álcool iodado;

O garrote utilizado na coleta de sangue deverá está sempre limpo (lavado) e deverá ser lavado após cada coleta;

Durante a coleta de sangue, retirar o garrote antes de retirar a agulha;

Observar o silêncio e comunicar-se em tom baixo dentro do setor;

Manter a higiene pessoal;

Evitar discussões na presença de pacientes e familiares;

Não realizar refeições no ambiente de trabalho;

Não fumar no ambiente de trabalho ou em qualquer outra dependência interna do hospital;

Respeitar sigilo e ética, sendo falta grave a divulgação de qualquer informação relativa a exames, mesmo tratando-se de funcionário da instituição; Usar os EPI's adequados e necessários para a realização das tarefas dentro do laboratório; Registrar toda e qualquer ocorrência no Livro de Ocorrências. ; As notificações compulsórias deverão ser entregues semanalmente à Coordenação de Enfermagem; O BPA deverá ser emitido em duas vias e entregue mensalmente, até o dia 21, sendo uma cópia para a Direção e outra para o SAME.
Responsável pela elaboração:
Responsável pela aprovação: Aprovação Assinatura do representante Data:

1.11.1.1 Recomendações Gerais Para O Funcionamento Do Laboratório

UNIDADE DE SAÚDE	**NORMAS DE COLHEITA**	EO. 2	
		Emissão	
RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA O FUNCIONAMENTO DO LABORATÓRIO		No:	Data:

NORMAS DE COLHEITA DE AMOSTRAS.

"A colheita da amostra constitui a primeira fase da análise do produto".

Dentro do conceito de que a análise começa com a colheita da amostra, o serviço de colheita deve estar bem integrado com o laboratório, devendo haver sincronismo entre a remessa e a capacidade do laboratório em executar as análises.

As amostras para exames físico-químicos deverão ser enviadas separadas daquelas destinadas a exame microbiológico.

Sempre que possível, tais amostras devem ser enviadas em sua embalagem original, para evitar modificações em suas características originais. Quando tal procedimento for inviável, em função do volume mínimo disponível para colheita, aceitar-se-á o fracionamento pela pessoa que a efetuar, desde que o mesmo seja realizado em condições adequadas, cabendo nesse caso, ao fracionador da amostra, toda a responsabilidade pela modificação das características iniciais do produto.

As amostras para exames físico-químico deverão ser acondicionadas em recipientes limpos e íntegros (sem perfurações, rachaduras, etc.) na quantidade mínima de 500 (quinhentos) gramas. Quando o peso unitário não atingir o mínimo aqui estabelecido, deverão ser colhidas tantas unidades quantas necessárias para se obter aquele quantitativo. Neste caso, cuidados especiais são necessários para que todas as unidades pertençam ao mesmo lote, partida, data de fabricação, etc., a fim de serem mantidas as características de homogeneidade da amostra.

Em casos especiais, a amostra poderá ser acompanhada de relatório adicional, contendo informações que possam auxiliar o analista na condução do seu trabalho.

Somente serão aceitas pelo laboratório as amostras que vierem acompanhadas de indicação precisa do(s) tipo (s) de exame (s) a ser (em) realizados.

1.8. Depois de colhidas, as amostras deverão ser acondicionadas adequadamente, para evitar qualquer alteração nas mesmas até sua chegada ao laboratório. Assim, as amostras de produtos facilmente alteráveis deverão ser acondicionadas em recipientes isotérmicos, e acompanhadas de gelo ou outra substância refrigerante, cuidando-se sempre para que não haja contatos deste com a amostra.

Providências especiais deverão ser tomadas para que o tempo decorrido entre a colheita da amostra e sua chegada ao laboratório seja o mais breve possível, recomendando-se que seja evitada a utilização de mecanismos que impliquem em estocagem intermediária entre o ponto de colheita e o laboratório.

Somente serão aceitas para análise, amostras que houverem sido acondicionadas em embalagem lacrada pela pessoa que efetuou a colheita, sugerindo-se, para tal, a utilização de lacre ou outro tipo de fechamento hermético, que não possa ser violado sem que se torne evidente. Tal providência se faz necessária para evitar a substituição ou adulteração da amostra entre o ponto de colheita e o laboratório, com reflexos no resultado da análise.

Todas as amostras que chegarem ao laboratório em condições diferentes das aqui preconizadas, serão recusadas, cabendo ao laboratório notificar, à pessoa que realizou a colheita, as razões da não aceitação.

NORMAS TÉCNICAS DE FUNCIONAMENTO DOS LABORATÓRIOS

LIMPEZA

2.1.1. Todo material de laboratório deve ser impecavelmente limpo, para que não haja influência de resíduos das análises anteriores nas posteriores.

Esses resíduos devem ser solúveis em água, ácidos, bases, solventes orgânicos ou em mistura sulfocrômica.

2.1.2. Nunca usar um recipiente ou aparelho qualquer duas vezes, sem lavá-lo antes, mesmo que ele venha a conter a mesma substância.

2.1.3. É conveniente sempre usar escova, para a limpeza perfeita do material.

Depois de limpos, devem ser enxaguados com água corrente, 3 a 4 vezes, depois com água destilada, também 3 a 4 vezes e secados em estufa.

2.1.4. Depois de limpos e secos devem ser guardados nos respectivos lugares, evitando sempre o contato manual quando são vidros de análises. Os materiais depois de limpos devem ser tampado com algodão para evitar que poeiras penetrem dentro dos frascos prejudicando as análises.

2.1.5. Na limpeza de materiais de vidro difíceis de serem limpos com solventes orgânicos, usa-se mistura sulfocrômica que limpa o resíduo por oxidação. A mistura sulfocrômica é preparada com bicromato de potássio e ácido sulfúrico, da seguinte maneira: Dissolve-se 100 g de bicromato de potássio em quantidade mínima de água e completa-se o volume até 1000ml com ácido sulfúrico concentrado. Deve-se conservar a solução em vidro escuro, provido de rolha esmerilhada. Deve-se limpar o material com a mistura sulfocrômica e em seguida enxaguar com água várias vezes, depois passar água destilada e secar em estufa. Na falta de mistura sulfocrômica usa-se HCℓ concentrado. Devido à sua alta reatividade, na manipulação e preparo da mistura sulfocrômica devem ser observados:

a) O uso de luvas de borracha.

b) Dissolver o bicromato em água e depois adicionar o ácido, cuidadosamente, para evitar respingar, sob contínua agitação.

c) Não fazer esta agitação â velocidade elevada; deve ser sempre lenta para evitar espargimento.

d) A solução quando nova ou ativa tem cor castanho avermelhado, com o tempo e uso torna-se esverdeada, devendo ser substituída.

e) Para jogar a mistura fora, deve-se abrir a torneira da pia antes de derramá-la e então despejá-la aos poucos e espaçadamente.

2.1.6. Para limpeza de materiais de vidro de diâmetro pequeno, tais como pipetas, pode-se encher uma proveta grande (1000ml) e colocar as pipetas dentro,

com o bico para cima, no fundo da proveta deve-se colocar uma esponja de nylon para amortecer a batida com o fundo da proveta.

2.1.7. O laboratório deve estar sempre limpo, evitando-se acúmulo de vidros e outros objetos de uso sobre as mesas e pias.

2.1.8. As amostras devem ser guardadas em armários próprios, arrumadas de tal modo que se torne fácil a localização de qualquer uma delas em determinado momento.

2.1.9. As gavetas devem ser constantemente arrumadas evitando-se acúmulo

de materiais desnecessários e fora de uso que deverão ser encaminhados à oficina ou almoxarifado.

2.1.10. As pastas individuais de resultados analíticos devem ficar em lugar próprio, de fácil localização para evitar-se que se extraviem, sendo de inteira responsabilidade do analista ao qual pertence.

2.2. REGRAS DE SEGURANÇA

2.2.1. Não trabalhar com material imperfeito, principalmente vidros que tenham arestas cortantes. Todo material quebrado deverá ser desprezado.

2.2.2. Sempre adicione ácidos à água, nunca água à ácidos.

2.2.3. Não retornar os reagentes aos vidros primitivos, mesmo que não tenham sido usados, coloque os sólidos em um recipiente especial para refugos químicos. Os líquidos, quando não forem inflamáveis, podem ser despejados na pia, com bastante água corrente.

2.2.4. Lubrificar os tubos de vidro, termômetros etc..., antes de inseri-los em uma rolha. Proteger as mãos com luvas apropriadas ou enrolar a peça de vidro em uma toalha, nesta operação.

2.2.5. Ter muita cautela quando for testar um produto químico por odor; não coloque o produto ou frasco diretamente sob o nariz.

2.2.6. Utilizar a capela sempre que for trabalhar uma reação que liberte fumos venenosos ou irritantes.

2.2.7. Nunca deixe sem atenção qualquer operação onde haja aquecimento ou que reaja violentamente.

2.2.8. Improvisações são o primeiro passo a um acidente. Use material adequado.

2.2.9. Feche com cuidado as torneiras de gás, evitando o seu escape.

2.2.10. deixar sobre a mesa, vidro quente, pois podem pegá-lo inadvertidamente.

2.2.11. trabalhar.com inflamáveis perto dos bicos de gases acesos ou resistências elétricas ligadas.

2.2.12. Nunca trabalhar ou aquecer tubos de ensaio com a abertura dirigida contra si ou outrem. Dirija-o para dentro da capela.

2.2.13. aquecer reagentes em sistemas fechados.

2.2.14. nca fumar dentro de um laboratório.

2.2.15. igar o exaustor toda vez que houver escape de vapores ou gases no laboratório.

2.2.16. Antes de proceder, uma reação da qual não saiba totalmente os resultados, faça uma, em escala, na capela.

2.2.17. Ter completa consciência da localização do chuveiro de emergência, lavadores de olhos e extintores, sabendo como usá-los corretamente.

2.2.18. pipetar líquidos cáusticos ou venenosos com a boca. Usar aparelhos apropriados.

2.2.19. qualquer momento esteja consciente do que estiver fazendo.

2.2.20. Após trabalhar com material tóxico, devemos limpar esmeradamente as mãos, o local de trabalho e os materiais.

2.3. ACIDENTES

2.3.1. Qualquer acidente deve ser comunicado ao responsável pelo laboratório.

2.3.2. Corte ou ferimento mesmo leve, deve ser desinfetado e coberto.

2.3.3. Queimaduras com fogo ou material quente deve ser tratado com pomada apropriada (Picrato de Butesin) ou Ácido Pícrico.

2.3.4. Queimaduras com ácido devem ser lavadas com muita água e em seguida com solução de Bicarbonato de Sódio.

2.3.5. Queimaduras! com bases, devem ser lavadas com muita água, e em seguida com uma solução de 2%

de ácido bórico ou acético.

2.3.6. Queimaduras com fenol devem ser lavadas com muito álcool.

2.3.7. Intoxicação com ácidos, tomar bastante leite e consultar um médico.

2.3.8. Intoxicação com sais, idem ao item anterior.

2.3.9. Intoxicação com gases ou vapores, respirar ar puro e consultar um médico.

2.3.10. nca devemos perder a calma dentro de um laboratório.

2.4. CUIDADOS GERAIS DE LABORATORIOS

Para evitar acidentes, devemos observar as seguintes instruções:

2.4.1. Manter sempre limpo o local de trabalho, evitando obstáculos inúteis que possam dificultar as análises.

2.4.2. Nunca esquecer líquidos inflamáveis diretamente na chama do Bico de Bunsen; use para isso chapas elétricas.

2.4.3. Os recipientes contendo líquidos, quando se inflamam devem ser cobertos com vidros de relógio, cápsula de porcelana ou outro objeto qualquer, para que seja impedida a entrada de ar, apagando-se deste modo o fogo.

2.4.4. É inútil jogar água em fogo produzido por líquidos inflamáveis que não são solúveis em água. Apague o fogo com extintores.

2.4.5. Nunca use extintores de líquidos em circuitos elétricos, use sempre o extintor de CO2.

2.4.6. Nunca feche hermeticamente os aparelhos ou recipientes onde há o desprendimento de gases.

2.4.7. Quando trabalharmos com papel de filtro de análise quantitativa devemos limpar as mãos muito bem, para evitarmos erros de análises.

2.5. CUIDADOS COM A BALANÇA

2.5.1. As balanças analíticas nunca devem ficar em uma posição tal, que sofram a influência de vibrações e correntes de ar.

2.5.2. Só podemos destravar a balança para verificar de passagem, quando a porta da mesma estiver fechada, para evitar a ação das variações externas (ventos, respiração do operador, etc).

2.5.3. Para destravar uma balança, é necessário operar com o máximo cuidado, evitando assim atritos e pancadas nos pratos da balança, que podem provocar diferença na sensibilidade.

2.5.4. Todos os materiais colocados na balança para serem pesados devem ser previamente tarados, evitando sempre o contato manual; para isso existem pinças especiais.

2.5.5. Todas as anotações de pesagem devem ser feitas no rascunho para evitar erros de cálculos.

2.6. CUIDADOS QUE O ANALISTA DEVE TOMAR PARA OBTENÇÃO DE RESULTADOS MAIS PRECISOS

2.6.1. As amostras e sub-amostras devem ser representativas do lote do alimento que será controlado porque o resultado analítico depende da quantidade de amostragem.

Portanto, a coleta, sub-divisão e homogeneização da amostra deve ser rigorosamente cuidadosa.

2.6.2. Os métodos não trabalhados anteriormente pelo laboratório devem ser testados antes de adotados na rotina.

2.6.3. A repetibilidade do resultado da análise deve ser comprovada mediante trocas de amostras com

laboratórios que já tenham experiência com a análise e freqüentes repetições da análise em uma amostra considerada padrão.

2.7. CUIDADOS PESSOAIS

Algumas desta normas são de extrema relevância e devem ser plenamente definidas:

UNIFORMES: obrigatoriamente protegido com avental de mangas longas, fechado na frente e longo (abaixo dos joelhos).

CABELOS: permanentemente presos na sua totalidade. Em áreas de controle biológico, o uso do gorro é obrigatório (Laboratório de Cultura, Biologia Molecular, Produção de Componentes Lábeis Sangüíneos, Laboratório de Microbiologia, Isolamento Reverso, Centro Cirúrgico, etc.).

SAPATOS: exclusivamente fechados. Não deve ser permitido o uso de sandálias dentro de áreas hospitalar e laboratorial.

JÓIAS E BIJUTERIAS: deve-se usar o mínimo possível. Não se deve usar anéis que contenham reentrâncias, tais como incrustações de pequenos brilhantes ou pedras, assim como não se deve usar pulseiras e colares que possam tocar superfícies de trabalho e/ou pacientes, vidrarias, etc.

MAQUIAGEM E PERFUME: a maquiagem é uma grande fonte de partículas na área laboratorial e hospitalar, partículas estas que significam perigo ! As maquiagens liberam milhares destas partículas, na maior parte aderentes, pois contêm glicerina, mica, titânio, entre outras coisas. Entre as maquiagens, o excesso de batom e rímel significam, sem dúvidas, um dos maiores problemas, assim como laquê. Os perfumes devem ser evitados em ambientes técnicos por inúmeros motivos: são poluentes ambientais, muitos pacientes têm intolerância a odores, em função de seu estado de saúde e outros em função dos medicamentos que fazem (quimioterapia e radioterapia), e podem impregnar ambientes fechados que contenham filtros em ar condicionado, agravando o estado de saúde de muitos alérgicos.

UNHAS: devem ser curtas e bem cuidadas. Não podem ultrapassar a "ponta dos dedos". Preferencialmente sem conter esmalte, principalmente nas áreas de isolamento reverso e laboratórios de Cultura Celular. O esmalte libera partículas por micro - fraturas.

O acesso ao laboratório é limitado ou restrito ao pessoal técnico. Não permita a circulação de pacientes ou de quadros administrativos, que não advertidos dos riscos biológicos, podem se contaminar.

Os trabalhos da área técnica devem estar corretamente uniformizados sobre a importância do uso dos equipamentos de proteção individual - EPIs, no sentido de prevenir a contaminação da pele e da indumentária.

ROUPAS PROTETORAS: avental exclusivamente de manga longa, permanentemente fechado. Deve ser usado no interior do laboratório, e deve permanecer no vestuário técnico, não devendo ser usado em áreas públicas como: bares, lanchonetes, banco, etc.

ÓCULOS: devem ser usados para todas as áreas as atividades de risco, como manipulação de produtos biológicos potencialmente contaminados, produtos químicos, além daquelas que portam risco de radiação e/ ou iluminação (uso de óculos especiais em presença de lâmpada U.V.).

MÁSCARAS: devem ser usadas sempre que manipuladas substâncias químicas como alto teor de evaporação (além de serem manipuladas em capelas de exaustão), e em áreas de alta contaminação com produtos biológicos. As máscaras podem e devem ser usadas também no sentido de não contaminarmos o ambiente (isolamento reverso, centro cirúrgico, etc.).

LUVAS: obrigatórias na manipulação de qualquer material biológico, e com determinados produtos químicos.

2.8. CONCLUSÃO

Todo e qualquer trabalho a ser desenvolvido dentro de um laboratório apresenta riscos, seja pela ação dos produtos químicos, ou por chama, eletricidade como também pela imprudência do próprio analista, que podem resultar em danos materiais ou acidentes pessoais.

Os conselhos e técnicas aqui apresentados têm a finalidade de alertar aos laboratoristas sobre os perigos que podem encontrar em certas analises e algumas maneiras de evitá-los.

Prevenir acidentes! é o dever de cada um; trabalhe com calma, cautela, dedicação e bom senso, seguindo sempre os conselhos aqui citados.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação
Assinatura do representante:	Data:

1.11.2 Recepção Do Paciente Para A Realização De Exame

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Laboratório**	POP.1 Emissão	
RECEPÇÃO DO PACIENTE PARA A REALIZAÇÃO DE EXAME		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Auxiliar administrativo.

Resultados esperados

Garantir ao paciente um atendimento cortês, ágil e eficiente.

Recursos Necessários

Mesa, cadeira, computador, impressora, telefone, guias de exames e material de expediente.

Atividades

Receber do paciente a guia com a solicitação do exame a ser realizado;

Verificar se a guia está devidamente preenchida, assinada pelo médico solicitante e carimbo com CRM;

Registrar no sistema o(s) exame(s) solicitado(s); Solicitar ao paciente que aguarde ser chamado para a sala de coleta do exame; Encaminhar a ficha de cadastro do paciente para a sala de coleta.
Cuidados Atencioso e ágil no atendimento ao paciente; Ter atenção ao conferir a guia de solicitação do exame, verificando se a mesma está devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico solicitante; Ter atenção no registro do exame para que não ocorram erros; Ser rápido no encaminhamento do registro de exame para a sala de coleta, para que o paciente não espere além do tempo necessário.
Ações em caso de não conformidade Se a guia de solicitação de exame não estiver devidamente preenchida, devolver ao paciente e solicitar que ele volte ao médico solicitante pedindo que faça as correções; Se a guia de solicitação de exame não estiver devidamente preenchida e o exame tiver caráter emergencial e, o paciente apresentar dificuldades para retornar à unidade que solicitou o exame, comunicar a chefia imediata do setor para que a mesma solucione o problema; Comunicar à Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.3 Recepção De Amostras De Exames E Coletas De Sangue

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Laboratório**	POP.2	
		Emissão	
RECEPÇÃO DE AMOSTRAS DE EXAMES E COLETAS DE SANGUE		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Técnicos de laboratório e bioquímico.

Resultados esperados

Garantir que o recebimento das amostras de exames e coletas de sangue seja feita da forma correta e de forma ágil e eficiente.

Recursos Necessários

Amostras de exames, de sangue, etiquetas e caneta.

Atividades

Receber as amostras para a realização de exames dos pacientes;

Receber as amostras de sangue coletados para a realização dos exames;

Verificar se as amostras para exames estão acondicionadas da forma correta;

Observar se não existem alterações visíveis nas amostra recebidas;

Identificar as amostras para exames com o número de registro e iniciais do paciente;

Encaminhar as amostrar devidamente identificadas para a realização dos exames solicitados.

Cuidados

Bastante atenção ao receber as amostras para exame, identificando-as imediatamente;

Bastante atenção no momento da identificação, certificando-se que a amostra pertence ao paciente cujo registro se encontra anexo;

Bastante atenção ao verificar as amostras, verificando se as mesmas estão devidamente acondicionadas e se não apresentam alterações visíveis;

Agilidade no encaminhamento das amostras devidamente identificadas, para que os resultados dos exames não atrasem.

Ações em caso de não conformidade

Se perceber que houve alguma alteração visível em alguma amostra, informar a chefia imediata;

Se perceber que alguma amostra não veio em quantidade suficiente para a realização do exame, solicitar nova amostra, especificando a quantidade necessária; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.4 Realização Dos Exames

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Laboratório**	POP.3	
		Emissão	
REALIZAÇÃO DOS EXAMES		Revisão	
		No:	Data:
Executante			

Técnicos de laboratório.
Resultados esperados Garantir que os exames serão realizados dentro dos protocolos exigidos, conforme o tipo de exame, de forma rápida e segura.
Recursos Necessários EPI's, amostras e equipamentos (por tipo de exame).
Atividades Verificar se as amostras estão devidamente identificadas; Verificar se os equipamentos estão calibrados corretamente e prontos para a realização dos exames (equipamento por tipo de exame); Separar as amostras por tipo de exame a ser realizado; Colocar as amostras nos equipamentos, seguindo os protocolos, conforme o exame a ser realizado; Aguardar que o equipamento (seguindo os protocolos de cada tipo de exame) sinalize o término do processamento do exame; Encaminhar para o bioquímico a leitura final do equipamento (conforme protocolo de cada tipo de exame).
Cuidados Ter bastante atenção ao separar as amostras para a realização dos exames; Atenção ao seguir os protocolos exigidos para a realização dos exames (por tipo de exame);

Respeitar o tempo necessário (conforme protocolo e/ou determinação do fabricante do equipamento) para o processamento dos resultados das amostras.
Ações em caso de não conformidade Se os resultados dos exames realizados não apresentarem-se conforme os padrões e/ou mostraram-se insuficientes, informar ao bioquímico para que este avalie os resultados e/ou solicite novas amostras para refazer os exames; Se perceber que algum equipamento está fora dos padrões para a realização dos exames, informar imediatamente ao bioquímico para que o mesmo providencie a normalização do mesmo; Comunicar ao bioquímico todas e quaisquer alterações e/anomalias apresentadas durante a execução dos exames; Comunicar a chefia imediata toda e qualquer alteração apresentada pelos equipamentos do laboratório para que a mesma solicite o conserto dos mesmos; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.5 Liberação Do Resultado Dos Exames

<table>
<tr><td rowspan="2">UNIDADE DE SAÚDE</td><td rowspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Laboratório</td><td colspan="2">POP.4</td></tr>
<tr><td colspan="2">Emissão</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">LIBERAÇÃO DO RESULTADO DOS EXAMES</td><td colspan="2">Revisão</td></tr>
<tr><td>No:</td><td>Data:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Executante

Bioquímico.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Resultados esperados

Assegurar que os resultados foram realizados dentro dos protocolos exigidos por cada tipo e exame e garantir a veracidade dos mesmos.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Recursos Necessários

Resultados dos exames processados pelos equipamento (por tipo de exame).</td></tr>
<tr><td colspan="4">Atividades

Receber do técnico de laboratório o resultado do exame;

Conferir se a leitura final do resultado está dentro dos protocolos exigidos para a realização do exame (por tipo de exame);

Encaminhar o resultado do exame para a digitação do mesmo;</td></tr>
</table>

Conferir se a digitação do exame está correta; Assinar o resultado do exame; Encaminhar o resultado do exame para a recepção.
Cuidados Atenção na conferência do resultado do exame, verificando se o mesmo corresponde aos protocolos exigidos; Ter agilidade no envio do resultado do exame para digitação; Atenção ao conferir a digitação do laudo exame, verificando se o mesmo está correto.
Ações em caso de não conformidade Se perceber que o resultado do exame apresenta dados insuficientes, solicitar nova coleta de amostra; Se houver erros na digitação do laudo, devolver para nova digitação com as devidas correções; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.6 Entrega De Laudos De Exames

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Laboratório**	POP.5	
		Emissão	
ENTREGA DE LAUDOS DE EXAMES		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Auxiliar administrativo.

Resultados esperados

Garantir que os laudos dos exames serão entregues mediante protocolo, conforme as normas da insituição.

Recursos Necessários

Laudo do exame, livro de protocolo e caneta.

Atividades

Receber o laudo assinado pelo bioquímico;

Protocolar o laudo do exame para ser encaminhado, conforme o setor de solicitação (internamento e/ou emergência);

Protocolar o laudo do exame para entregar ao paciente (PSF's e/ou ambulatório); Entregar o resultado do exame ao paciente, após a assinatura do protocolo; Encaminhar para o setor solicitante do exame (internamento e/ou emergência), mediante protocolo o resultado do exame.
Cuidados Atenção ao protocolar o laudo do exame, evitando entregar o resultado do exame ao paciente errado; Agilidade na entrega do laudo do exame nos setores de internamento e emergência; Somente entregar o resultado do exame, mediante protocolo.
Ações em caso de não conformidade Se perceber que protocolou um resultado de forma indevida, providenciar a correção; Se não puder se ausentar do local de trabalho para entregar os resultados dos exames solicitados no internamento e/ou emergência, comunicar a chefia imediata para que a mesma providencie a entrega dos mesmos; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

1.11.7 Limpeza E Higienização Do Laboratório

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Laboratório**	POP.6	
		Emissão	
LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO DO LABORATÓRIO		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Auxiliar de limpeza e higienização.

Resultados esperados

Garantir que o laboratório está devidamente limpo e higienizado, conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Carro de limpeza e EPI's.

Atividades

Colocar EPI's;

Proceder a limpeza e higienização do setor seguindo os protocolos sanitários exigidos.		
Cuidados Nunca iniciar uma tarefa de limpeza e higienização sem antes colocar os EPI's adequados.		
Ações em caso de não conformidade Na falta de algum EPI e/ou algum produto para a execução das tarefas, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.8 Preparo Do Material De Coleta (Tubos) – Hematologia

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO PADRÃO Laboratório	OPERACIONAL	POP.7
			Emissão
			Revisão

PREPARO DO MATERIAL DE COLETA (TUBOS) – HEMATOLOGIA	No:	Data:
Executante Técnico de laboratório.		
Resultados esperados Assegurar que os tubos utilizados para coleta de material estão dentro dos padrões sanitários exigidos.		
Recursos Necessários Tubos de coleta com tampa, anti-coagulante, etiqueta e caneta.		
Atividades Higienizar as mãos com água e sabão; Observar se os tubos de coleta estão devidamente higienizados; Colocar dentro do tubo de coleta a solução anti-coagulante (EDTA): A proporção de anti-coagulante é de 50 ml (1 gota) para 5 ml de sangue total, preparado na proporção de 10%; Etiquetar os tubos antes de encaminhá-los para a sala de coleta, devidamente fechados com tampas.		
Cuidados Não iniciar o manuseio com os tubos de coleta sem antes proceder a higienização correta das mãos;		

Observar com bastante atenção se os tubos de coleta estão devidamente limpos, antes de receberem o anti-coagulante; Respeitar a proporção especificada: 50 ml (1 gota) de anti-coagulante para 5 ml de sangue total, na proporção de 10%; Não se esquecer de etiquetar os tubos de coletas antes de enviá-los para a sala de coleta fechados com suas respectivas tampas; A quantidade de sangue não precisa ser exata, mas sim aproximada. A homogeniização deve ser imediata.
Ações em caso de não conformidade Na falta de algum dos itens necessários ao preparo do material para coleta de sangue, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo; Se perceber alguma avaria nos tubos de coleta, informar a chefia imediata para que esta tome providências para a substituição dos mesmos; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.9 Preparo Do Material De Coleta (Lâminas – Esfregaço) – Hematologia

<table>
<tr><td rowspan="2">UNIDADE DE SAÚDE</td><td rowspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Laboratório</td><td colspan="2">POP.8</td></tr>
<tr><td colspan="2">Emissão</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PREPARO DO MATERIAL DE COLETA (LÂMINAS – ESFREGAÇO) – HEMATOLOGIA</td><td colspan="2">Revisão</td></tr>
<tr><td>No :</td><td>Data:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Executante

Técnico de laboratório.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Resultados esperados

Assegurar que as lâminas utilizadas para coleta de material estão dentro dos padrões sanitários exigidos.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Recursos Necessários

Lâminas laminadas novas, fita adesiva e lápis.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Verificar se as lâminas estão devidamente higienizadas (desengorduradas, sem corrosão, sem mofo e secas);

Verificar a integridade das lâminas (bordos íntegros e marcados);</td></tr>
</table>

Colocar em uma das lâminas um pedaço de fita adesiva no extremo oposto à franja;

Colocar na lâmina que contém a fita adesiva, a amostra colhida e com a ajuda de outra lâmina nova e limpa realizar o esfregaço;

Esperar o esfregaço secar;

Colocar (com o lápis) na fita adesiva as informações necessárias: nome do paciente, registro do mesmo e tipo de exame.

Cuidados

Nunca iniciar o manuseio das lâminas sem a devida higienização das mãos;

Observar com atenção ao estado de integridade e higienização das lâminas (desengorduradas, bordos íntegros, se corrosão, sem mofo) e se as mesmas estão secas;

Só utilizar lâminas novas e com bordos íntegros para fazer os esfregaços;

Ter bastante atenção no momento da identificação da lâmina evitando possíveis erros; Para todas as coleta de sangue:

As agulhas utilizadas para coleta de material (sangue) deverão ser sempre descartáveis (25/8 ou 30/9);

Para a realização de punção digital, usar lancetas descartáveis ou agulhas do tipo BENSAÚDE de ponta regulável e que deverá ser conservada em álcool iodado no início da coleta;

O papel filtro utilizado para a realização do tempo de sangramento deverá ser dividido em pequenas tiras e guardados em caixa limpa com tampa ou placa de PETRI;

O algodão para coleta deverá ser cortado em pequenos chumaços e guardados em recipiente apropriado com tampa;

Antes de realizar a coleta de sangue, a assepsia do local deverá ser feita com um chumaço de algodão embebido em álcool absoluto, álcool a 70% ou álcool iodado.
Ações em caso de não conformidade Na falta de algum dos itens necessários para a realização dos esfregaços, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo; Se perceber alguma avaria nas lâminas de esfregaço, informar a chefia imediata para que esta tome providências para a substituição dos mesmos; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.
Responsável pela elaboração

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.10 Preparo De Material De Coleta (Tubo De Hemólise) – Hematologia

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório	POP.9
		Emissão
		Revisão

PREPARO DE MATERIAL DE COLETA (TUBO DE HEMÓLISE) – HEMATOLOGIA	No:	Data:
Executante Técnico de laboratório.		
Resultados esperados Assegurar que os tubos de hemólise utilizados para coleta de material estão dentro dos padrões sanitários exigidos.		
Recursos Necessários Tubos de hemólise.		
Atividades Higienizar as mãos com água e sabão; Certificar-se se os tubos de hemólise foram quimicamente higienizados; Certificar-se se os tubos de hemólise que passaram por limpeza rigorosa (teste de coagulação) não apresentam restos de detergente, sabão ou arranhões; Encaminhar para a sala de coleta os tubos de hemólise.		
Cuidados Nunca iniciar o manuseio dos tubos de hemólise sem a higienização correta das mãos; Ter bastante atenção, observando se os tubos foram higienizados quimicamente;		

Ter bastante atenção ao estado dos tubos onde serão realizados teste de coagulação, certificando-se que estes não apresentam arranhões e/ou restos de detergente/sabonete.		
Ações em caso de não conformidade Se perceber alguma alteração nos tubos, quer por higienização inadequada, quer por avaria, informar a chefia imediata para que esta solicite a substituição dos mesmos; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.11 Coleta De Sangue Capilar

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório		POP.10 Emissão
COLETA DE SANGUE CAPILAR			Revisão
		No:	Data:
Executante			

Técnico de laboratório.
Resultados esperados Assegurar que a coleta de sangue capilar será feita da forma correta e dentro dos padrões sanitários exigidos.
Recursos Necessários Algodão, álcool absoluto (ou à 70% ou iodado), lanceta descartável e/ou agulha do tipo BENSAÚDE.
Atividades Higienizar as mãos com água e sabão antes de iniciar o procedimento; Realizar a assepsia do local onde será feita a coleta do sangue (face lateral da polpa digital, lóbulo da orelha ou calcanhar se for recém-nascido) friccionando suavemente para evitar traumatismo intenso; Puncionar o local com lanceta ou com a agulha de BENSAÚDE; Enxugar a primeira gota de sangue que sair; Colher as outras gotas de sangue; Colocar um algodão no local onde foi realizada a coleta de sangue, pressionando suavemente para estancar a saída de sangue; Realizar os esfregaços necessários com as gotas de sangue colhidas, após a primeira gota e/ou encaminhar o material para realização de exame de dosagem.
Cuidados O sangue capilar pode ser utilizado para a preparação de esfregaços e também em alguns casos, para a obtenção de pequena quantidade de sangue destinada

à execução de exames isolados como contagem de glóbulos ou hematócrito ou ainda dosagem de hemoglobina. Nunca iniciar a coleta de material sem a devida higienização das mãos; A coleta de material jamais deve ser feita em região que apresente edema ou cianose; Desprezar a primeira gota de sangue que sair no momento da coleta; Somente utilizar as gotas de sangue subseqüentes à primeira para a realização de esfregaços e/ou exames de dosagem; Deixar o sangue que o sangue flua facilmente, qualquer que seja a região escolhida.
Ações em caso de não conformidade Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.12 Coleta De Sangue Venoso

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório	POP.11 Emissão

COLETA DE SANGUE VENOSO	Revisão	
	No:	Data:

Executante

Técnico de laboratório.

Resultados esperados

Assegurar que a coleta de sangue venoso será feita da forma correta e dentro dos padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Garrote, seringa descartável, algodão embebido em álcool absoluto (à 70% ou iodado), lâminas de esfregaço, tubo e/ou frasco, anti-coagulante, etiqueta e caneta.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Identificar previamente todos os tubos/frascos e lâminas de esfregaço com o nome do paciente, registro e tipo de exame a ser realizado;

Colocar o garrote de maneira que ele possa ser solta com facilidade;

Realizar a assepsia do local onde o sangue vai ser colhido, com algodão embebido em álcool absoluto;

Puncionar o local com o bisel da agulha voltado para cima, procurando fazer uma penetração com um golpe seco;

Manter a seringa imóvel e aspirar ao sangue lentamente, sem provocar espuma;

Soltar o garrote logo após a punção, mas sempre antes do término da coleta;

Comprimir a região onde o sangue foi colhido com um chumaço de algodão, durante alguns minutos;

Colocar algumas gotas de sangue (com o auxilio da agulha da seringa) na lâmina destinadas a confecção de esfregaço;

Colocar anti-coagulante dentro do frasco e/ou tubo antes de colocar o sangue colhido;

Colocar o sangue dentro do tubo e/ou frasco (somente a seringa, sem agulha) deixando o mesmo correr suavemente pelas paredes do tubo/frasco, evitando a formação de espuma;

Encaminhar os frascos/tubos e lâminas com o sangue colhido para a realização dos exames.

Cuidados

Nunca iniciar a coleta de sangue venoso sem a higienização correta das mãos;

Somente começar a coleta do sangue após a identificação do frasco/tubo e da lâmina para esfregaço, contendo o nome do paciente, o número do registro e o tipo de exame a ser realizado;

Somente iniciar a coleta se o paciente estiver bem acomodado e psiquicamente preparado;

O material para a realização da coleta de sangue deverá estar sempre esterilizado e se possível descartável;

A escolha do local para a punção deverá ser feita em função da quantidade necessária, do material a ser utilizado e do calibre do vaso e ser puncionado;

Colocar o garrote de forma que ele possa ser solto facilmente, apertando o suficiente para bloquear o retorno venoso, mas sem bloquear o fluxo arterial; Lembrar-se que estase prolongada altera o material colhido, provocando hemoconcentração de microcitose;
Atenção ao puncionar o local evitando movimentos de rotação ou lateral da agulha para não dilacerar tecidos; Lembrar-se que a penetração da agulha traumatizando em excesso os tecidos possibilita a aspiração de suco tissular junto ao sangue facilitando a sua coagulação, mesmo que parcial;
Atenção para manter a seringa imóvel durante a aspiração do sangue (que deve ser lentamente) para evitar que se forme espuma; Lembrar-se que a espuma formada durante a coleta ou durante a colocação no tubo provoca hemólise e agregação de plaquetas, alterando a sua concentração no sangue colhido; Nunca esquecer de comprimir por alguns minutos, o local onde o sangue foi colhido com um chumaço de algodão; Atenção para colocar, com ajuda da agulha da seringa, algumas gotas de sangue nas lâminas destinadas a realização de esfregaço; O material deve ser transferido imediatamente da seringa para o frasco/tubo (que já deverá conter o anti-coagulante) sem a agulha e deixando correr suavemente pelas paredes do frasco/tubo, evitando a formação de espuma; Ter bastante atenção para evitar os seguintes erros: Na coleta de sangue capilar: excesso de pressão no local, massagem excessiva, edema/ cianose;

Na coleta de sangue venoso: estase prolongada devido ao garrote, edema/cianose, aglutinação de células ou pequenos coágulos devido a demora na mista com o anti- coagulante, mistura inadequada da amostra sanguínea, hemólise devido a trauma na agitação.
Ações em caso de não conformidade Se o paciente não estiver psiquicamente bem para a realização do exame, informar ao médico e/ou enfermeira da unidade, solicitando orientações; Se durante e/ou após a coleta do sangue ocorrer alguma das alterações acima assinaladas, informar à chefia imediata do serviço solicitando orientações; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.
Responsável pela elaboração:
Responsável pela aprovação: Aprovação Assinatura do representante Data:

1.11.13 Protocolo - POP.LAB.001 COAGULOGRAMA.

1. **OBJETIVO**

Padronizar a realização dos testes de averiguação da hemostasia.

2. APLICAÇÃO

Este POP aplica-se às sessões de coleta e hematologia.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Tromboplastina – Fator tecidual (fator III) da cascata de coagulação

3.2. Protrombina – Fator II da cascata de coagulação

3.3. Hemostasia- Todo fenômeno que está relacionado em manter o sangue fluido dentro dos vasos sanguíneos, ou seja, sem extravasar (hemorragia) e sem formar coágulos (trombose).

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Compõe o Coagulograma o T.S, o T.C, a P.F.C e a contagem de Plaquetas. A contagem de plaquetas deve ser obtida no aparelho de contagem de células sanguíneas. Os valores de referência para plaquetas de adultos são:

150.000 – 600.000/mm³

4.1. **Tempo de Sangramento (TS)**

4.1.1. A temperatura do dedo deve estar à mesma do corpo.

4.1.2. Fazer assepsia na polpa digital com álcool 70%.

4.1.3. Realizar a incisão com a lanceta.

4.1.4. Sem forçar o sangramento, disparar o cronômetro assim que o sangue começar a sair.

4.1.5. Tocar o papel de filtro apenas para secar a gota, sem tocar na lesão de 30 em 30 segundos.

4.1.6. Quando o sangue deixar de manchar o papel parar o cronômetro.

4.1.7. O resultado é o tempo em que o papel foi tocado (NORMAL DE 1 A 4 MINUTOS).

4.2. **Tempo de coagulação (TC)**

4.2.1. Preparar dois tubos e enumerá-los 1 e 2.

4.2.2. Após a assepsia e com o cronômetro zerado, fazer a punção venosa e assim que o sangue surgir na agulha disparar o cronômetro.

4.2.3. Após colher o sangue colocar no tubo nº1 +/- 1mL de sangue e depois no nº2 a mesma quantidade de sangue e em seguida colocá-los no banho maria a 37ºC.

4.2.4. Colocar o restante do sangue nos outros tubos: soro, glicose, hemograma, etc.

4.2.5. Quando o cronômetro marcar 3 minutos pegar apenas o tubo nº1 e virá-lo a 90º de 1 em 1 minuto até que não escorra sangue na parede do tubo.

4.2.6. A partir deste minuto de 30 em 30 segundos virar o tubo nº2, e assim que não mais escorrer sangue na parede do tubo, o resultado é o tempo em que o tubo foi virado. (NORMAL DE 6 A 12 MINUTOS).

4.3. **Prova de fragilidade capilar = laço (pfc)**

4.3.1. Verificar se existe petéquias no braço.

4.3.2. Avaliar a pressão do paciente.

4.3.3. Somar a máxima (sistólica) e a mínima (diastólica) e dividir por 2.

Ex. (13 x 8) = 21/2 = 10,5

(10 x 7) = 17/2 = 8,5

4.3.4. Insuflar o manguito mantendo em torno deste resultado por 5 minutos cronometrados.

4.3.5. Após este tempo retirar o manguito e observar a formação de petéquias.

4.3.6. Resultado - PRESENÇA = POSITIVO

AUSÊNCIA = NEGATIVO

4.4. **TAP\TTPA - Tempo de ativação da Protrombina/ Tempo de Tromboplastina Parcialmente Ativada**

4.4.1. Colher plasma em tubo com citrato de sódio (tampa azul) de acordo com o POP.LAB.021;

4.4.2. Retirar os reagentes de uso da geladeira para que atinjam a temperatura ambiente;

4.4.3. Centrifugar por 5 minutos a 3400 rpm;

4.4.4. Separar o plasma e colocar em tubos plásticos, caso não faça o exame imediatamente o plasma é estável por até 4 horas entre 02 e 08°C;

4.4.5. Ligar o coagulômetro;

4.4.6. Aguardar que o aparelho atinja a temperatura de 37ºC;

4.4.7. Acrescentar 50uL de plasma em duas cubetas de análises contendo esfera metálica;

4.4.8. Pipetar 50uL do reagente A na cubeta para leitura de TTPA;

4.4.9. Selecionar incubação e colocar as cubetas para TAP e TTPA e os reagentes de TAP e TTPA (Reagente B) para incubar, aguardando o tempo de acordo com a bula do KIT;

4.4.10. Após o término da incubação, selecionar o TAP e inserir a cubeta na câmara de leitura;

4.4.11. Pipetar 100 uL do reagente TAP direto no fundo da cubeta;

4.4.12. Aguardar a leitura e impressão e anotar o resultado na planilha específica;

4.4.13. Selecionar o TTPA e inserir a cubeta na câmara de leitura;

4.4.14. Pipetar 50 uL de cloreto de cálcio (Reagente B) direto no fundo da cubeta;

4.4.15. Aguardar leitura e impressão do resultado e anotá-lo em planilha específica;

4.4.16. Digitar os resultados no programa sistema de informática;

4.4.17. Liberar o laudo para impressão.

4.4.18. Valores de referência:

TAP - O Plasma Normal varia de acordo com a curva de calibração do TAP, Atividade de Protrombina – 70 a 100 %

TTPA - 30 a 45 segundos.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Coagulômetro

5.2. Seringas

5.3. Agulhas

5.4. Lancetas

5.5. Papel de Filtro

5.6. Cronômetro

5.7. Garrote

5.8. Esfignonanômetro

5.9. Banho Maria e Tubos de vidro

5.10. Tubos Citratados

5.11. Cubetas com Esferas Metálicas e Pipetas Automáticas de 50 e 100 uL.

6. EPI

Para as atividades realizadas no laboratório é necessário o uso de jalecos, capotes, luvas descartáveis, máscaras e óculos de proteção.

7. RESPONSABILIDADE

As atividades relacionadas ao Coagulograma\TAP e TTPA estão sob a responsabilidade do R.T do laboratório e dos profissionais da equipe técnica que realizarão esses testes.

8. QUANDO EXECUTAR

Quando for solicitado o Coagulograma\TAP e TTPA.

9. REGISTROS

Os resultados são registrados na planilha do Coagulograma\TAP e TTPA do sistema de informática, digitados, liberados e anexados à solicitação médica e arquivados.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Sempre que houver coletas de múltiplos tubos, seguir a recomendação do POP.LAB.021;

Evitar a dupla punção, pois pode alterar os valores do TAP.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O Coagulograma pode ser realizado de forma simples como descrito acima, ou ser acompanhado dos exames de TAP e/ou TTPA;

Para pacientes em terapia com anticoagulantes orais deve-se considerar como valores de referência para RNI – 2,0 a 3,5;

Sempre que houver troca de KIT e/ou Lote, é necessário realizar a curva de calibração do TAP, para obtenção do valor o Plasma Normal. Seguindo o que determina a bula do KIT e o manual do aparelho.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manual do Clotimer;

Bulas dos KITS Clot, Winner e Labtest.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. Emissor	Ass.1º Aprovador	Ass.2º Aprovador

1.11.14 Protocolo - POP.LAB.002 MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA REAGENTE.

1. OBJETIVO

1.1. Garantir a qualidade da água reagente utilizada na lavagem de materiais, nos aparelhos de bioquímica e no preparo de reagentes.

2. APLICAÇÃO

Este POP aplica-se ao laboratório da Unidade.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Condutivímetro – Aparelho que afere a condutividade da água.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. A amostra utilizada é a água reagente a ser analisada

4.2. Limpar o condutivímetro com água destilada e secar com papel toalha

4.3. Ligar o aparelho e calibrar, utilizando uma solução calibradora de resultado conhecido ou ao vento (neste último caso o resultado é zero).

4.4. Submergir a parte inferior do condutivímetro (onde fica o sensor) em um recipiente contendo a água a ser analisada, previamente homogeneizada

4.5. O resultado da condutividade é expresso em Ás (microsiemens) e a referência é < 01 Ás.

4.6. Na prática o resultado do aparelho deve ser zero.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Condutivímetro

5.2. Osmose reversa

5.3. Deionizador

5.4. Destilador

5.5. Béquer.

6. EPI

6.1. Luvas descartáveis

6.2. Mascaras descartáveis

6.3. Jaleco

6.4. Óculos

6.5. Capote

7. RESPONSABILIDADE

7.1. A responsabilidade pela aplicação deste POP é do R.T do laboratório.

7.2. Compartilhado entre todos os colaboradores envolvidos nos procedimentos descritos neste POP.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. O monitoramento da água será realizado diariamente.

9. REGISTROS

9.1. FOR.LAB.017 MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA REAGENTE.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. **NC**: Em caso de não conformidade com a qualidade da água.

10.1.1. **AÇÃO:** Repetir o procedimento com uma nova amostra.

10.1.2. Caso persista o resultado, verificar a condição do equipamento testado.

10.1.3. Se estiver tudo conforme com o reagente e com o condutivímetro, abrir uma ordem de serviço solicitando a manutenção corretiva do aparelho em questão.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. A água é o principal reagente utilizado nos laboratórios.

11.2. Traços de íons ou metais aceleram ou inibem várias reações, principalmente as enzimáticas e prejudicam o desempenho de vários reagentes, controles e calibradores.

12. REFERENCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Mendes, M. e. et al. A importância da qualidade da água reagente no laboratório clínico • J Bras Patol Med Lab • v. 47 • n. 3 • p. 217-223 • junho 2011.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	o ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. Emissor	Ass.1º Aprovador	Ass. 2º Aprovador

1.11.15 Protocolo - POP.LAB.003 CONFECÇÃO E COLORAÇÃO DE ESFREGAÇOS SANGUINEOS.

1. OBJETIVO

1.1. Garantir a qualidade esfregaços sanguíneos utilizados no exame microscópico do hemograma.

2. APLICAÇÃO

2.1. Aplica-se a atividade de confecção e coloração de esfregaços sanguíneos.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Esfregaço Sanguíneo

3.1.1 É o nome que se dá à gota de sangue que após ser colocada sobre uma lâmina, é estendida sobre a mesma, com auxílio de uma lâmina extensora.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Confecção de Esfregaço Sanguíneo

4.1.1. Rotular a lâmina na porção correspondente à cabeça, anotando o registro de exame ou escrever os dados na parte fosca da lâmina.

4.1.2. Colocar uma gota de aproximadamente 10 Ál a um centímetro da extremidade da lâmina.

4.1.3. Usando uma lâmina extensora colocada com uma inclinação de 45° em relação à primeira, aproximá-la da gota, permitindo que o sangue toque e espalhe-se pelo vértice das margens da lâmina.

4.1.4. E deslizá-la rapidamente em sentido contrário com movimento uniforme.

4.1.5. Deixar secar ao ar.

4.2. Coloração de Esfregaço Sanguíneo.

4.2.1. Após a secagem da extensão sanguínea, submergi-la no fixador;

4.2.2. Cronometrar o tempo de dez segundos. É fundamental que este tempo seja rigorosamente marcado e seguido à risca.

4.2.3. Durante estes dez segundos não há necessidade de se executar qualquer movimento.

4.2.4. Após o tempo de dez segundos, retirar a lâmina do fixador e deixar escorrer durante cinco segundos (também devidamente cronometrado).

4.2.5. O corante pode escorrer para dentro da própria cuba que contém o corante.

4.2.6. Após o escorrimento de cinco segundos, submergir a lâmina no corante ácido (vermelho).

4.2.7. Seguir exatamente o procedimento descrito para o fixador.

4.2.8. Colocar a lâmina no corante básico (Azul) e deixar por 20 segundos (também devidamente cronometrado).

4.2.9. Após o tempo de coloração, retirar a lâmina do corante e deixar escorrer durante cinco segundos.

4.2.10. Este tempo também deve ser devidamente cronometrado.

4.2.11. Após este tempo, lavar a lâmina em água corrente abundante e deixar secar bem.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Lâminas de vidro

5.2. Lâmina extensora

5.3. Corante rápido tipo Panótico

5.4. Suporte para lâminas

5.5. Homogeneizador

6. EPI

6.1. Jalecos

6.2. Luvas descartáveis

6.3. Máscaras

6.4. Óculos de proteção.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. A aplicação deste POP é de responsabilidade do R.T do laboratório

7.2. E equipe responsável pela realização das colorações sanguíneas.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Sempre que o profissional responsável pela realização do hemograma necessitar da confecção do esfregaço, para realização do exame microscópico.

9. REGISTROS

9.1. FOR.LAB.004 CONTROLE DE COLORAÇÃO HEMATOLOGICA.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. Novos esfregaços serão realizados sempre que o profissional que realiza a microscopia achar necessário.

10.2. Seguir orientações da planilha FOR.LAB.004 CONTROLE DE COLORAÇÃO HEMATOLOGICA.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Fatores que interferem na confecção de esfregaços sanguíneos

11.1.1. Lâminas sujas e engorduradas.

11.1.2. Volume de sangue na lâmina.

11.1.3. Lâmina extensora desgastada.

11.1.4. Velocidade do movimento com a extensora.

11.1.5. Ângulo formado entre a extensora e a lâmina.

11.1.6. Suavidade e uniformidade no movimento.

11.2. Fatores que interferem na coloração de esfregaços sanguíneos

11.2.1. Esfregaços mal feitos.

11.2.2. Corantes velhos

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. http//www.newprov.com.br

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. Emissor	Ass.1º Aprovador	Ass.2º Aprovador

1.11.16 Protocolo - POP.LAB.004 HEMOGRAMA.

1. OBJETIVO

1.1. Garantir a qualidade do exame de hemograma.

2. APLICAÇÃO

2.1. Esse POP aplica-se à sessão de Hematologia.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Hemograma – Exame que analisa as células sanguíneas qualitativamente e quantitativamente.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Verificar o nível dos reagentes do contador eletrônico de células sanguíneas.

4.2. Ligar o aparelho e esperar o término da limpeza inicial.

4.3. Verificar se a limpeza foi eficiente, analisando se os resultados obtidos foram zerados.

4.4. Passar o sangue controle no aparelho após prévia homogeneização de cinco minutos, conferir com a bula do sangue controle e preencher o FOR.LAB.028 CONTROLE INTERNO DE EQUIPAMENTOS.

4.5. Homogeneizar a amostra previamente identificada por cinco minutos utilizando um homogeneizador de tubos.

4.6. Levar a amostra de sangue até o aparelho eletrônico de contagem de células sanguíneas, identifica-la e introduzir a agulha deste no tubo para absorver a amostra.

4.7. Fixar o resultado impresso pelo aparelho à ficha de hemograma.

4.8. Proceder a leitura das lâminas dos exames com resultados alterados, previamente confeccionadas e coradas de acordo com o POP.LAB.003 CONFECÇÃO E COLORAÇÃO DE ESFREGAÇOS SANGUÍNEOS. Utilizando um microscópio óptico, através das objetivas de 40 vezes e de 100 vezes, realizando a contagem diferencial de células brancas e a observação da série vermelha e plaquetária.

4.9. Anotar a contagem das células e as observações feitas sobre as séries sanguíneas na ficha de hemograma;

4.10. Encaminhar a ficha de hemograma para digitação e liberação.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Homogeneizador de tubos;

5.2. Lâmina extensora;

5.3. Lâmina de vidro;

5.4. Contador eletrônico de células sanguíneas;

5.5. Microscópio óptico.

6. EPI

6.1. Jaleco

6.2. Capotes

6.3. Luvas descartáveis

6.4. Máscaras descartáveis

6.5. Óculos de proteção.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. A responsabilidade pela execução desse POP é do R.T do laboratório.

7.2. Toda equipe técnica relacionada à análise das amostras biológicas.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Sempre que for realizar o exame de hemograma.

9. REGISTROS

9.1. Os resultados são registrados em planilha específica do hemograma do sistema de informática, digitados e liberados. As planilhas são arquivadas conforme o POP.LAB.013 RECEPÇÃO E EXPEDIÇÃO.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. **NC:** Em caso de não conformidade nos resultados.

10.1.1. **AÇÃO:** Todo processo deve ser repetido com a mesma amostra e caso necessário deve coletar nova amostra para confirmação do resultado.

10.2. **NC:** Os resultados dos controles estejam foram do desvio padrão esperado.

10.2.1. **AÇÃO:** calibrar o aparelho de acordo com o manual.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. A avaliação microscópica das lâminas de hemograma só será realizada em casos que os resultados estejam alterados e em que os laudos liberados pelo aparelho estejam confusos e precisam de confirmação, de acordo com análise crítica do profissional responsável pela liberação do exame.

11.2. Na falta de sangue controle comercial, o controle interno do contador hematológico será realizado uma vez por semana com uma amostra de paciente com resultado conhecido, com laudo liberado pelo laboratório de apoio.

11.3. A reprodutibilidade será monitorada com amostras de pacientes da rotina do dia anterior e repassadas no dia vigente.

11.4. Sendo que o coeficiente de variação aceitável é de 10%.

11.5. Os resultados das amostras dos pacientes que servirão de controle semanal devem ficar registrados no sistema de informática do laboratório de apoio.

11.6. A reprodutibilidade dos resultados diários deve ser monitorada pelo preenchimento da planilha FOR.LAB.005.

12. REFERENCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Manual de instrução do contador hematológico BC 5150.

12.2. Hematologia Laboratorial – Paulo César Noum e Flávio Augusto Naoum.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. Emissor	Ass.1º Aprovador	Ass.2º Aprovador

1.11.17 Protocolo - POP.LAB.006 ROTINA DIÁRIA DO LABORATÓRIO

1. OBJETIVO

Orientar a equipe quanto à rotina diária do laboratório, de como proceder frente aos principais processos do setor.

2. APLICAÇÃO

2.1. Este documento é aplicado no âmbito do laboratório da Unidade.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Assepsia - é o conjunto de medidas que utilizamos para impedir a penetração de microrganismos num ambiente que logicamente não os tem, logo um ambiente asséptico é aquele que está livre de infecção.

3.2. Descontaminação - é o processo que consiste na remoção física de elementos contaminantes ou na alteração de sua natureza química, através de métodos quimiomecânicos, transformando-os em substâncias inócuas e, assim, tornando-os mais seguros para serem manuseados ou tocados.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Limpeza das bancadas

4.1.1. A limpeza das bancadas (Assepsia) é realizada no início e no término do expediente, utilizando como desinfetante, o álcool a 70%.

4.1.2. Primeiro retirar as sujidades com auxílio de papel toalha e detergente enzimático.

4.1.3. Espalhar o álcool a 70% com o auxílio de papel toalha, realizando um movimento unidirecional, procurando atingir toda a superfície da bancada.

4.2. Verificação/Limpeza/Descontaminação de Equipamentos e Acessórios

Proceder a assepsia dos garrotes com álcool a 70% após uso, entre as trocas de pacientes.

Verificar a temperatura dos Banhos-Maria, das geladeiras e estufa e preencher as planilhas de monitoramento específicas.

Verificar a necessidade de trocar ou acrescentar água aos Banhos-Maria e/ou proceder sua limpeza.

Semanalmente, nas sextas-feiras, proceder a limpeza dos mesmos.

Verificar as condições físicas dos equipamentos.

Limpar o microscópio óptico no início e no final do expediente diurno: com auxílio de gaze ligeiramente embebida em álcool absoluto limpar as lentes e componentes de vidro, se ocorrer contaminação com fluidos biológicos, retire o excesso e proceda a descontaminação com álcool a 70%. As partes do microscópio que não sejam ópticas, devem ser limpas com pano sem pelo ou gaze ligeiramente embebida em detergente neutro.

As caixas térmicas devem ser limpas/descontaminadas semanalmente nas sextas feiras e após o uso: proceda à lavagem das superfícies interna e externa com auxílio de esponja e detergente neutro.

Enxague, seque e aplique álcool a 70%, friccionando por três vezes e aguarde a secagem.

Ligar os aparelhos e computadores, verificando o funcionamento de acordo com o manual de instrução.

A manutenção diária dos equipamentos de análises clínicas deve seguir o manual de instrução de cada aparelho.

4.3. Verificação do estoque

Verificar diariamente o estoque de insumos, avaliando a quantidade necessária para rotina e prazo de vencimento.

Fazer a requisição de insumos e enviar ao almoxarifado.

Preencher a planilha FOR.LAB.016 CONTROLE DE LOTE VENCIMENTO DE INSUMOS

Organizar os insumos para facilitar o uso, de forma lógica e prática.

Repor o estoque de insumos para a rotina do outro dia.

Anotar na embalagem a data de abertura dos KITS.

4.4. Organização do arquivo interno

Verificar o arquivo interno de documentos do laboratório, sendo responsabilidade de toda equipe manter a organização do mesmo.

4.5. Controle de Qualidade

Tocar diariamente os controles internos das análises realizadas no laboratório, validando e intervindo para corrigir as não conformidades.

Preencher as planilhas de monitoramento.

4.6. Envio de amostras e recebimento de resultados

Quando houver demanda de exames que não realizamos na unidade, verificar se estão contratados e enviar as amostras aos laboratórios de apoio, para realização dos mesmos.

Protocolar o envio, monitorando as condições de transporte das amostras.

Monitorar e buscar os resultados dos exames, cujas as amostras foram enviadas aos laboratórios de apoio, de acordo com o prazo de entrega estipulado em contrato.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Materiais de limpeza

Materiais de escritório

Equipamentos sistema de informática.

6. EPI

Luvas descartáveis

Máscaras descartáveis

Óculos de proteção

Jaleco e/ou capote.

7. RESPONSABILIDADE

A responsabilidade pela aplicação deste POP é de toda equipe do laboratório da Unidade.

8. QUANDO EXECUTAR

Na rotina diária do laboratório

9. REGISTROS

Formulários de registro do laboratório e sistema de informática.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Abrir chamado no sistema de informática para os aparelhos que necessitam de manutenção.

Em caso de pane nos aparelhos, falta de insumos, pane no sistema elétrico ou de fornecimento de água, seguir os planos de contingência do laboratório e da engenharia clínica: FOR.LAB.011 PLANO DE CONTINGÊNCIA LABORATÓRIO. e FOR.MAN.007 PLANO DE CONTINGÊNCIA ENGENHARIA CLÍNICA.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

As análises dos indicadores e o mapeamento de riscos do laboratório, deve fazer parte da rotina diária do laboratório.

Os POP'S e as bulas dos KITS devem estar disponíveis para consulta na rotina.

Informações mais específicas de cada processo do laboratório da Unidade, estão definidas nos seus respectivos POP'S.

12. REFERENCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

12.1. RDC 302.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	o ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. Emissor	Ass.1º Aprovador	Ass.2º Aprovador

1.11.18 Protocolo - POP.LAB.007 MICOLÓGICO DIRETO - RASPADO DE LESÇO

1. OBJETIVO

Padronizar o procedimento de pesquisa de fungos em micoses superficiais de pele, unha, pelo e couro cabeludo.

2. APLICAÇÃO

Esse POP aplica-se às sessões de microbiologia e coleta de amostras biológicas.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Micológico direto – Procedimento de pesquisa direta de fungos

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Pele.

4.1.1. Localizar as lesões a serem pesquisadas;

4.1.2. Limpar as lesões com álcool a 70% antes de iniciar a coleta e esperar secar;

4.1.3. Raspar as lesões com o auxílio de um bisturi sobre uma lamina de vidro;

4.1.4. Colocar KOH a 20% sobre a amostra e cobrir com uma lamínula;

4.1.5. Esperar 15 minutos para clarear a amostra;

4.1.6. Realizar a análise microscópica da amostra em objetiva de 10 e 40 vezes;

4.1.7. Anotar os resultados e passar para digitação e impressão.

4.2. Unha.

4.2.1. Localizar as lesões;

4.2.2. Observar se a coleta deve ser sobre ungueal ou subungueal;

4.2.3. Realizar a limpeza do local da lesão com álcool a 70% e esperar secar;

4.2.4. Promover a raspagem da unha sobre uma lamina;

4.2.5. Cobrir a amostra com KOH a 20% e uma lamínula;

4.2.6. Esperar 15 minutos para clarear a amostra;

4.2.7. Realizar a análise microscópica da amostra em objetiva de 10 e 40 vezes;

4.2.8. Anotar os resultados e passar para digitação e impressão.

4.3. Couro cabeludo e pelo.

4.3.1. Localizar as lesões a serem pesquisadas;

4.3.2. Limpar as lesões com álcool a 70% antes de iniciar a coleta e esperar secar;

4.3.3. Raspar as lesões com o auxílio de um bisturi sobre uma lamina de vidro, colher os pelos quebradiços e/ou pelos com nódulos com auxílio de uma pinça;

4.3.4. Cobrir amostra com KOH a 20% e uma lamínula;

4.3.5. Esperar por 15 minutos o clareamento da amostra;

4.3.6. Realizar a análise microscópica da amostra em objetiva de 10 e 40 vezes;

4.3.7. Anotar os resultados e passar para digitação e impressão.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Laminas de vidro,

5.2. Lamínulas,

5.3. Bisturi n°23,

5.4. KOH a 20%,

5.5. Microscópio óptico.

6. EPI

Os EPIs recomendados para a área técnica do laboratório da Unidade são o jaleco, luvas descartáveis, máscaras descartáveis e óculos de proteção.

7. RESPONSABILIDADE

A responsabilidade pela execução desse POP é do R.T do laboratório, bem como de toda equipe técnica do laboratório da Unidade.

8. QUANDO EXECUTAR

Sempre que for realizar o procedimento de pesquisa direta de fungos.

9. REGISTROS

Os resultados são registrados em planilha específica do Micológico Direto do sistema de informática, digitados e liberados. As planilhas são arquivadas conforme o POP Recepção/Expedição.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Nos casos em que for constatado a presença de creme e/ou pomada na hora da coleta da amostra ou da observação microscópica, instruir o paciente quanto ao preparo para coleta e remarcar o exame.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Resultados

11.1.1. Positivo – Um resultado positivo pode ser caracterizado pela presença de pseudohifas, hifas e/ou esporos na amostra examinada, sendo que o laudo deve conter a descrição das estruturas que forem observadas.

11.1.2. Negativo – Um resultado negativo é caracterizado pela ausência das estruturas citadas acima e deve ser laudado como negativo ou que não foram observadas estruturas fungicas na amostra analisada.

12. REFERENCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

Referência Bibliográfica: Manual de coleta de amostras microbiológicas do ministério da saúde.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. Emissor	Ass.1º Aprovador	Ass.2º Aprovador

1.11.19 Protocolo - POP.LAB.034 LIMPEZA DE MATERIAIS LABORATORIAIS

1. OBJETIVO

1.1. Utilizar técnicas que assegurem a boa qualidade da lavagem de materiais do laboratório, evitando a contaminação de reações e acidentes com vidrarias.

2. APLICAÇÃO

2.1. Esse POP aplica-se à sessão de lavagem de materiais do laboratório da Unidade.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **Água destilada:** Água que sofre o processo de destilação, com objetivo de torná-la pura quimicamente, eliminando os sais nela dissolvidos e outros compostos.

3.2. Água deionizada: é a água bidestilada submetida ao processo de osmose reversa e troca iônica, para remoção de íons. Portanto, a água deionizada é a água numa das formas mais puras, sendo muito utilizada para finalidades científicas que necessitam de tal grau de pureza.

3.3. Curvetas: Recipientes utilizados nas reações de dosagens bioquímicas.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Lavagem de vidrarias

4.1.1. Descartar sobras de material

4.1.2. Enxaguar com água corrente

4.1.3. Lavar com solução de detergente enzimático neutro, utilizando esponja e escova

4.1.4. Colocar recipientes sujos como lâminas Kcell e cubetas de coagulômetro, de molho em detergente enzimático, evite utilizar substância com ação abrasiva, pois pode riscar o vidro

4.1.5. Colocar de molho em hipoclorito de sódio por 30 minutos

4.1.6. Enxaguar em água corrente e colocar de molho em água deionizada ou destilada por pelo menos 30 minutos;

4.1.7. Certifique-se de que o nível de água é suficiente para imergir toda a pipeta.

4.1.8. Levar para secar em estufa a 100°C por 01 hora.

4.1.9. Desligar a estufa e deixar esfriar antes de guardar.

4.1.10. Materiais novos - devem ser lavados antes do uso, pois são levemente alcalinos durante a reação.

4.1.11. Durante a lavagem, pode-se esfregar as partes do vidro com uma escova.

4.1.12. Vidros riscados são propensos a quebrar durante o uso. Qualquer marca na superfície uniforme do vidro é um ponto de quebra em potencial, especialmente nos casos de aquecimento do mesmo.

4.1.13. Coloque as pipetas, pontas para baixo, em cuba, jarra alta ou balde imediatamente após o uso. Não jogue para não lascar ou quebrar as bordas, tornando-as impróprias para medidas precisas.

4.2. Curvetas dos Equipamentos de dosagens bioquímicas.

4.2.1. Inverter as Curvetas na pia com um movimento forte em direção ao ralo, para retirar o excesso de reagente.

4.2.2. Enxaguar em água corrente cada pocinho da curveta.

4.2.3. Colocar as Curvetas de molho no detergente enzimático por 40 minutos.

4.2.4. Enxaguar em água corrente.

4.2.5. Enxaguar por 03 vezes com água destilada ou deionizada.

4.2.6. Colocar para secar em temperatura ambiente.

4.3. Outros materiais plásticos

4.3.1. Descartar sobras de material

4.3.2. Enxaguar com água corrente

4.3.3. Lavar com solução de detergente enzimático neutro.

4.3.4. Colocar de molho em hipoclorito de sódio por 30 minutos.

4.3.5. Enxaguar em água corrente e colocar de molho em água deionizada ou destilada por 30 minutos.

4.3.6. Deixar secar a temperatura ambiente.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Balde de 05 Litros

5.2. Bacia Plástica

5.3. Bandeja

5.4. Almotolia

5.5. Esponja

5.6. Escova de Cabo Curto

5.7. Detergente Enzimático

5.8. Hipoclorito de Sódio a 01%

5.9. Deionizador e/ou Destilador

5.10. Estufa de Secagem

6. EPI

6.1. Jaleco

6.2. Capote

6.3. Luvas Descartáveis

6.4. Máscaras descartáveis

6.5. Óculos de proteção

6.6. Luvas de Borracha

7. RESPONSABILIDADE

7.1. A responsabilidade pela execução desse POP é do R.T do laboratório

7.2. E de toda equipe técnica do laboratório da Unidade.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Na rotina de limpeza de materiais do laboratório da Unidade.

9. REGISTROS

9.1. Planilha de controle de temperatura da estufa de secagem - FOR.LAB.003 CONTROLE DE TEMPERATURA - ESTUFA.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. **NC:** Caso haja suspeita de contaminação das reações devido à lavagem das vidrarias.

10.1.1. **AÇÃO:** Monitorar todo procedimento, verificando se o responsável técnico está seguindo as recomendações deste POP (se necessário treiná-lo), verificar os lotes dos detergentes se não estão vencidos, avaliar a água reagente de acordo com o POP.LAB.002 MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA REAGENTE e se a estufa está atingindo a temperatura necessária de secagem.

10.1.2. Caso não seja constatado nenhuma falha nos procedimentos descartar erro na lavagem dos materiais.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Preparo dos reagentes

11.1.1. Detergente Enzimático – 01 ml de detergente enzimático para 01 litro de água destilada ou deionizada, caso mude a marca e o lote, verificar no rótulo do produto o preparo.

11.1.2. Hipoclorito de sódio – 100 ml de hipoclorito de sódio a 01% para 10 litros de água destilada ou deionizada.

11.2. Curvetas

11.2.1. Segurar as Curvetas na parte superior das mesmas para evitar que manche a parte do meio por onde a luz atravessa, prejudicando a leitura das reações bioquímicas.

12. REFERENCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICA

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. Emissor	Ass.1º Aprovador	Ass.2º Aprovador

1.12MANUAL NORMAS E ROTINAS - DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Nos dias de hoje, todas as pessoas em toda parte têm acesso a uma profusão e amplitude de informações médicas e de cuidados de saúde que a maioria dos profissionais não teria facilidade em encontrar há uma geração atrás. O problema atual parece ser excesso de informação, em vez de pouca informação.

Em face dessa vasta gama de disponibilidade de conhecimento, por um lado, e de necessidade de informação, por outro, ao padronizar condutas e detalhar rotinas a partir da expertise de nossos competentes profissionais, a Coleção de Manuais do hospital foi atualizada, revisada nos títulos já existentes na Coleção anterior e concebidos alguns novos títulos para a atual Coleção, o que melhorará a comunicação entre os profissionais desta Maternidade.

Além de favorecer a excelência na assistência, visa propiciar que o outro braço de nossa Missão, que é a de Ensino, seja facilitada, com a disseminação das práticas preconizadas na Instituição. Também pretende tornar acessíveis a todas as equipes as rotinas multiprofissionais e administrativas vigentes.

Nosso desejo é que esta Coleção esclareça e capacite os profissionais e contribua para resultados favoráveis àqueles que nela depositam confiança para terem seus partos, cuidados neonatais, cirurgias, consultas, exames e outros procedimentos.

1.12.1 NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Os exames de ultrassom realizados são:

- Obstétrico
- Pélvico
- Transvaginal
- Abdominal
- Mamas
- Dopplerfluxometria
- Morfológico (médicos da empresa terceirizada)
- Órgãos isolados
- Ultrassonografia em Neonatologia (Transfontanela, Abdominal, Renal, Quadril e Cardíaca)

Obs. Os médicos da empresa terceirizada realizam apenas os exames agendados da REDE (exames de USG obstétrico morfológico, obstétrico, pélvico e transvaginal, USG de próstata aos sábados, e de MMII quando necessário).

Os médicos do hospitalrealizam a assistência na área do Pronto Socorro, da Vitalidade Fetal, da Mastologia, Neonatologia, de todos os exames marcados pelo Ambulatório e das pacientes internadas.

1.12.2 EQUIPAMENTOS DO SETOR DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Ultrassonografia: Possui 4 equipamentos, sendo 1 portátil de uso preferencial na Unidade Neonatal.

Radiologia: Possui 3 aparelhos de RX portáteis, 1 Mamógrafo digitalizado da empresa terceirizada e 2 processadoras.

1.12.3 AGENDAMENTO DE EXAMES

Os exames de mamografia, densitometria óssea e ultrassonografias das pacientes do Ambulatório são agendados pela Central de Agendamento ambulatorial .

1.12.4 ULTRASSONOGRAFIA

A ultrassonografia é um método diagnóstico baseado em ondas sonoras de alta freqüência que são emitidas através do transdutor que desliza sobre a pele/mucosa.

Possibilita o estudo dinâmico de diversos órgãos e/ou estruturas, com técnicas específicas para o estudo de cada região de interesse.

Em razão dos procedimentos intervencionistas atuais de diagnóstico e tratamento, a ultrassonografia é atualmente um dos métodos mais utilizados para a realização dos mesmos.

O exame ultrassonográfico deve ser realizado por médico especialista.

1.12.4.1 FUNÇÕES

Supervisor técnico responsável pelos auxiliares administrativos

Este profissional, que pertence à empresa terceirizada, coordena o fluxo da marcação de exames/horário/médico, organizando e cuidando do entrosamento com as necessidades das Clínicas de Ginecologia, Obstetrícia, Mastologia, Neonatologia, Vitalidade e Medicina Fetal e Pronto Socorro.

A marcação dos exames das UBS (REDE) é realizada pela empresa terceirizada via SIGA. (Sistema de Informação para Gestão da Assistência da Saúde).

Mantém contato permanente com a Central de Agendamento do hospital para manter um fluxo ordenado de pacientes, visando à diminuição de absenteísmo.

Checa a planilha diária dos exames internos, advindos do ambulatório, para efeito de estatística da empresa terceirizada e também da Maternidade.

A marcação de mamografia, densitometria óssea e ultrassonografia dos casos de pacientes do Ambulatório, é realizada via SIGA pela Central de Agendamento Ambulatorial.

É responsável pelo banco de dados (estatística mensal dos exames realizados no setor).

Auxiliares administrativos

O quadro atual destes funcionários pertence à empresa terceirizada. São responsáveis pelo atendimento da paciente no balcão do Setor e de forma cordial e atenciosa devem fazer a identificação criteriosa do RH da paciente, verificando nome e número para evitar troca de exames e prontuários.

Checar esses dados com a agenda diária, alinhando os prontuários em sequência para o atendimento médico.

Conferir o cartão da paciente com os dados e colocar no prontuário para aguardar a chamada.

Quando solicitado pelo médico a complementação das mamografias e ou encaminhamento para complementação com USG e PAAF ou biópsia, a empresa terceirizada faz a convocação da paciente por telefone.

No caso da agenda diária das pacientes do Pronto Socorro, deve haver cuidado para seguir a ordem de marcação do livro do PS, conforme a chegada do Boletim de Atendimento, para evitar conflitos com horário. Observar que o médico avalia a gravidade de cada caso.

Na solicitação de comprovante de horário para a paciente, é a recepção que deve preencher os dados e entregar, com uma cópia carbonada do impresso no prontuário da paciente.

Auxiliares de Enfermagem/ Atendente de sala

Estas profissionais pertencem ao quadro da SMS, havendo uma profissional da empresa terceirizada.

Realizam a chamada das pacientes, cumprimentar e se identificar, conferir o seu cartão e o pedido médico do exame, acompanhando as mesmas até a sala de exame, entregando o seu prontuário ao médico. Fazem a orientação das pacientes, retirando duvidas na sala de espera dos exames.

Tranquilizar a paciente, orientando-a para a colocação do avental e o posicionamento no decúbito correto de acordo com a orientação médica.

Acompanhar o médico durante todo o exame, fazendo anotações necessárias para o laudo.

Ao término de cada exame auxiliar a paciente para a limpeza do gel na pele e fazer a limpeza da mesa com a troca dos lençóis descartáveis para o próximo exame.

Observar que a paciente pode ter um acompanhante durante a realização de seu exame, nos exames de rotina. Nas pacientes menores de idade é permitido (mãe, avó, ou esposo). Nos casos de exames do Pronto Socorro, não há o acompanhante, pois o diagnóstico será interpretado pelo plantonista e comunicado à família.

Após a realização do exame, o laudo é carimbado pelo médico. Anexá-lo no prontuário para a próxima consulta, ficando uma cópia para vistoria e arquivo.

Em caso de exames de pacientes das UBS, o laudo também é realizado com cópias, sendo entregue a original para a paciente, e outra ficando para vistoria e arquivo, sempre assinados e carimbados pelo médico.

Verificar nos plantões a necessidade de materiais indispensáveis para a realização de exames (gel, luvas, preservativos, produtos para assepsia, agulhas, laminas, seringas de 10 e 25 ml, álcool 99,5%, xilocaina, povidine, gazes e compressas e o material específico para as biópsias de mama), para não ocorrer interrupção do atendimento.

Encaminhar os materiais de punção e biópsias para o Setor de Anatomia Patológica, após a devida documentação no livro de registro (nome da paciente com RH e tipo de exame realizado).

Conferir os impressos de cada sala e o material permanente (aparelhos de ultrassom e carrinho de emergência).

Realizar diariamente ao final de cada plantão a limpeza dos aparelhos.

LIMPEZA DOS APARELHOS:

- A limpeza de todo o material permanente deve ser realizada com compressa umedecida apenas em água ou detergente.
- No término da agenda limpar com compressa úmida não estéril o teclado e o painel de controle.
- O transdutor do aparelho de ultrassom após cada exame deve ser limpo com papel toalha ou compressa úmida retirando o excesso de gel com delicadeza. Ter cuidado para o gel não secar na película do transdutor.
- Não usar álcool ou outros produtos ácidos. Os cabos dos transdutores podem ser limpos com detergentes.

Enfermeira responsável pelo Setor

Providenciar a escala mensal das auxiliares de enfermagem do setor, distribuindo a profissional nos horários de plantão e de sala: 02 (duas) salas. Cuidando principalmente da cobertura da sala de exames do Pronto Socorro e dos ambulatórios de intervenção.

Preencher o impresso próprio da escala mensal com o nome completo dos funcionários, registro funcional, COREN e horário.

Escalar as folgas de acordo com o numero de domingos e feriados do mês. Esta escala deve estar entregue ao Setor até o dia 10 de cada mês para a avaliação dos funcionários e posteriores trocas de folga ou de plantão.

Colocar na escala dos funcionários, pelo menos um plantão no sábado ou domingo por mês.

Fazer a escala anual de férias dos funcionários, com o nome completo, registro funcional e COREN. Esta escolha de datas deve ser realizada, preenchida e entregue ao Setor de Recursos Humanos no ano anterior. Avaliar sempre a possibilidade de aceitar a escolha do período de férias solicitado por cada funcionário, lembrando as equipes que esta escala não pode levar a prejuízo ao funcionamento das atividades do Serviço. Fazer a orientação técnica da limpeza diária dos transdutores de ultrassom, para a conservação dos aparelhos.

Manter um ambiente de hierarquia respeitosa em todo o setor, levando à realização dos objetivos de atendimento ao paciente com satisfação.

Lembrar que estimulando o entrosamento com todos os setores que enviam pacientes para o Setor de Imagem, este fluxo de pacientes será bem coordenado.

Chefia do Serviço de Diagnóstico por Imagem

Promover a interface entre a empresa terceirizada e o HMEC.

Colocar o cumprimento do contrato entre a empresa terceirizada e a SMS como norte das funções do Setor.

Verifica mensalmente os dados de produção constando os tipos de exame e sua quantidade, como também se a empresa terceirizada está exercendo as suas funções adequadamente, e enviar a informação para a Diretoria do HMEC.

Zelar para que os objetivos do hospital sejam cumpridos no trabalho diário, ou seja, a missão do atendimento ao paciente com qualidade colocando o ensino como característica do Serviço.

Médico Ultrassonografista

Receber a paciente e checar nome e outros dados do pedido de exame e do prontuário, como história clínica, exame físico e outros itens, que levarão à sua conclusão no diagnóstico imagenológico.

Quando solicitado dá orientações para a paciente.

Permite a presença de (01) um acompanhante em cada exame.

Fazer a orientação para a paciente, sempre no exame transvaginal, quanto à colocação delicada do transdutor e do preservativo.

Nos exames com intervenções (biópsias) explicar, após ler o consentimento informado com a paciente, eliminando duvidas, e entregar as orientações pós-procedimento.

Fazer o laudo dos exames com cópias, que serão usadas para aferição dos mesmos. Estas cópias são arquivadas junto ao pedido de solicitação do exame, pois é um documento comprobatório da sua realização. Este laudo deve ser elaborado de forma objetiva, com letra legível, e carimbado com o CRM, inclusive as cópias.

Obs. O responsável pela empresa terceirizada deverá informar para o Ambulatório de Mastologia os resultados de mamografia com laudo de BIRADS 3,4 e 5, onde estas pacientes serão convocadas via Regulação para consulta no Ambulatório de Mastologia. Os casos com laudo de BIRADS 0 (zero) são convocados pelo Setor de Imagem e já é realizado o exame de ultrassonografia das mamas complementar nos respectivos ambulatórios dos médicos mastologistas.

1.12.5 ULTRASSONOGRAFIA EM GINECOLOGIA

A ultrassonografia permite a observação detalhada das modificações morfológicas das estruturas pélvicas podendo ser estudadas pela via abdominal, endovaginal e mais recentemente a ultrassonografia tridimensional contribuindo para o melhor esclarecimento das características funcionais e não funcionais em ginecologia.

Avaliação normal:

- **Útero:**

É de fácil avaliação tanto pela via abdominal quanto a endovaginal, sendo esta de melhor acuraria. A via pélvica abdominal atualmente só é usada em caso de paciente virgo ou em complementação a via endovaginal em caso de úteros volumosos. O volume do útero varia de acordo com a idade e paridade. Seu cálculo é feito pela fórmula da elipsóide:

Diâmetro longitudinal x diâmetro ântero-posterior x diâmetro transverso x 0,52	
Valores normais do útero	
Útero	**(valores normais em cm^3)**
Infância	< 10
Hipoplásico	10 a 25
Adolescência	10 a 40
Nulípara	25 a 90
Menopausa	20 a 70
GI	Até 120
GII	Até 140
GIII	Até 160
G IV ou mais	Até 180
O colo uterino apresenta comprimento entre 3 a 5 cm.	

- **Endométrio:**

Em relação ao endométrio é importante saber que ele se modifica ao longo do ciclo menstrual e seus valores também, como descritos abaixo.

Valores normais do endométrio	
Menstrual	3 a 5 mm
Proliferativo: hipoecóico	4 a 5 mm
Periovulatório: trilaminar	7 a 14 mm
Secretório: hiperecogênico	6 a 14 mm

- **Ovários:**

Os ovários são encontrados geralmente ao lado do útero, mas também podem estar atrás. São estruturas que apresentam mobilidade a pressão e com dimensões variadas de acordo com a idade e fase do ciclo menstrual.

Valores normais do endométrio	
Ovários	**(valores normais em cm^3)**
Infância	ate 2
Adolescência	2 a 5
Menacne	3 a 9
Menopausa	1 a 5

Folículos peri-ovulatórios: 18 a 22 mm

Cisto: maior que 30 mm ou 3 cm.

Alterações uterinas:

- **Malformações Uterinas:**

Classe 1: agenesia ou hipoplasia uterina: útero muito rudimentar, sem cavidade endometrial com volume < 20 cm3 e com relação corpo/colo > que 2,diferenciando-se de útero infantil onde a relação corpo/colo é > 1; Classe 2: útero unicorno: com apenas um corno;

Classe 3: útero didelfo: separação completa com 2 corpos e 2 colos uterinos;

Classe 4: útero bicorno: diferencia-se do difelfo por apresentar algum grau de fusão miometrial ou apenas fusão no colo;

Classe 5: útero septado: semelhante ao bicorno com exceção que não ocorre a separação miometrial. É o tipo menos favorável a gestação; Classe 6: útero arqueado: é uma variante da normalidade.

– Alterações Miometriais:

Adenomiose: ocorre perda do delineamento do endométrio e em alguns casos pequenos cistos no miométrio (principalmente parede posterior) com aumento uterino difuso.

Leiomiomas: tem aspecto variável, mais comumente são hipoecóicos e bem delimitados. Podem ser intramurais (no miométrio), submucosos (na cavidade) ou subserosos (na superfície peritoneal do útero). Geralmente quando maiores devido a sua má vascularização se tornam heterogêneos e até calcificados. Quando são hiperecogênicos e muito homogêneos deve ser feito diagnóstico diferencial com hamartomas como lipomioma ou angiomolipoma. O estudo Doppler apresenta distribuição predominantemente periférica na vascularização do mioma.

Sarcomas: são raros e muito semelhantes aos nódulos uterinos não sendo possível seu diagnóstico preciso à ultrassonografia. Geralmente são volumosos com crescimento rápido na pós-menopausa e são muito vascularizados ao Doppler.

Malformações arteriovenosas: podem ser vistas com múltiplas estruturas serpiginosas, anecóides na pelve e podem ser confundidas com cistos ovarianos multiloculados. O diagnóstico é feito com Doppler colorido mostrando abundante fluxo sanguíneo nas estruturas anecóicas e com fluxo arterial de alta velocidade e baixa resistência e fluxo venoso de alta velocidade às vezes indistinguível do fluxo arterial.

– Anormalidades do Endométrio:

Carcinomas: o principal achado é o espessamento na pós-menopausa o qual tem aspecto ecogênico com perda da delimitação da camada basal, podendo ser heterogêneo com áreas císticas ou homogêneo e regular. Ao Doppler podemos ter fluxos internos e aumento da velocidade e redução da resistência nas artérias uterinas, mas geralmente estes achados são tardios, não sendo possível aguardar alterações ao Doppler para confirmar o diagnóstico.

Hiperplasia: encontramos espessamentos homogêneos ou heterogêneos principalmente no climatério com duas características quase sempre presentes: basal endometrial perfeitamente delineada e perda da linha ecogênica da justaposição entre as mucosas endometriais. Apesar de ter características típicas é necessária a complementação do estudo com histeroscopia, biópsia ou curetagem uterina.

Pólipos: Tem aspecto ecogênico e seu diagnóstico deve sempre ser confirmado na primeira fase do ciclo. Quando volumosos ou múltiplos seu diagnóstico pode ser de difícil diferenciação com miomas submucosos, hiperplasias e/ou carcinomas. O uso do Doppler pode ser útil quando há presença de pedículo vascularizado ou com intensa vascularização central podemos suspeitar de malignização. Para melhor clareza diagnóstica deve ser feita complementação com histerossonografia ou ultrassom 3D.

Calcificações: quando encontradas são resultado de sequelas de alterações vasculares, inflamatórias, doença granulomatosas, lesões mecânicas como curetagens e corpos estranhos e DIU.

Cistos: são raros e quase sempre sem significado.

DIU: atualmente considera-se normal quando está acima do orifício interno do colo uterino, não sendo mais necessária a mensuração da distância.

- **Alterações do Colo Uterino:**

Pólipos endocervicais: imagens hiperecogênicas vegetantes com pedículo os quais podem apresentar fluxo ao Doppler.

Cistos de retenção: imagens císticas ao ultra-som que podem variar de alguns milímetros a 4 cm.

- **Alterações Ovarianas e anexiais:**

Cistos funcionais: são os cistos foliculares e cistos lúteos. Podem atingir até 3 cm,raramente ultrapassam 5 cm.

Cistos hemorrágicos: geralmente é hiperecóico e pode simular massa sólida, com parede lisa com reforço acústico posterior. Ao Doppler não se visibiliza fluxo interno.

Síndrome dos ovários policísticos: os ovários apresentam aumento do volume com múltiplos folículos que não ultrapassam 10 mm de diâmetro os quais se encontram preferencialmente periféricos.

Endometriose: tem características variadas podendo não apresentar nenhuma alteração até a presença de imagens císticas de conteúdo denso com ou sem septações e calcificações em seu interior. Quanto ao Doppler este se apresenta com altos índices de resistência (IR> 0,5) e fluxo escasso na maioria dos endometriomas em contraste com fluxo de baixa resistência (IR < 0,5) em cistos funcionais. No caso de endometriose profunda é importante a complementação com ultrassom transvaginal com preparo intestinal *Doença inflamatória pélvica aguda:* a imagem da ultrassonografia é variável de acordo com a intensidade e pode ser útil para diagnóstico diferencial com cistos hemorrágicos ou rotos. Em quadros leves o exame ultrassonográfico é normal. Em casos mais graves podem ser detectadas massas tubovarianas com contornos irregulares e pouco definidos e líquido livre.

Ao Doppler temos aumento da vascularização com baixa resistência.

Torção ovariana: é um quadro agudo, com massa quase sempre benigna. Os achados ultrassonográficos são variáveis e o exame por Doppler colorido pode mostrar ausência de fluxo no ovário afetado, portanto a presença de fluxo arterial ou venoso ou de ambos não exclui o diagnóstico de torção.

Doença inflamatória pélvica: pode não ter sinais ultrassonográficos em uma fase inicial. À medida que evolui aparecem os sinais mais comuns que são espessamento ou líquido no endométrio, líquido com partículas em suspensão, aumento do volume ovariano com margens indistintas, tubas uterinas com líquido até a presença de massa multiloculada complexa com septações

variáveis e ecos internos dispersos em seu interior. O Doppler não se mostra útil.

Tumores ovarianos

2000 foram publicados os primeiros trabalhos de um grupo multicêntrico, chamado International Ovarian Tumor Analysis Group (IOTA), visando padronizara descrição de parâmetros texturais e vasculares nas massas anexiais e correlacionando com os achados histopatológicos. Vários parâmetros texturais,foram estudados como: bilateralidade, espessura da parede, septações, projeções papilares, áreas sólidas, ecogenicidade, dimensões e volume e outros com ascite. Entre relação aos parâmetros vasculares, destaca-se de o mapeamento em cores da massa a ser estudada. A presença de vasos, a sua localização, a quantidade, e o padrão de pulsatilidade (o menor valor do índice de resistência (IR) e índice de pulsatilidade (IP) encontrados na massa) podem ser úteis na diferenciação entre os tumores benignos e malignos, melhorando a sensibilidade e a acurácia da avaliação ultrassonográfica.

CLASSIFICAÇÃO DE IOTA - INTERNATIONAL OVARIAN TUMOR ANALYSIS

	Características	Potencial de Malignidade
Tipo 1	Anecóide, sem componentes sólidos	0%
Tipo 2	Cisto unilocular com massa vegetante ou espessamento de + de 3mm de espessura	45%
Tipo 3	Septações múltiplas sem componente sólido	1,5%
Tipo 4	Septações múltiplas com massa vegetante ou espessamento de + de 3cm de espessura	50 %
Tipo 5	Mais de 80% apresenta-se sólido	60%
Tipo 6	Inclassificável	

Tabela 1: Classificação de IOTA (2000)

Em 2009, Amor F et al classificaram as massas anexiais, por meio do léxico Gynecologic Imagin Reporting Data System (GI-RADS), que significa Laudo de

Imagem Ginecológica e Sistema de Dados propondo uma nova de padronização de laudos como no BI-RADS com descrita na tabela 2:

CLASSIFICAÇÃO DE GI-RADS - LAUDO DE IMAGEM GINECOLÓGICA E SISTEMA DE DADOS

GI-RADS 1	Definitivamente Benigno. Ovários normais e ausência de massas anexiais.
GI-RADS 2	Muito provavelmente Benigno. Cistos ovarianos funcionais (foliculares, corpo lúteo e hemorrágicos)
GI-RADS 3	Provavelmente Benigno. Massas anexiais supostamente benignas como endometriomas, teratomas, cistos não funcionais uniloculares, hidrossalpingeo, cisto para-ovariano, pseudo cisto peritonial.
GI-RADS 4	Provavelmente Maligno. Massas anexiais que não poderiam ser incluídas nos grupos acima e com 1 a 2 achados sugestivos de malignidade (projeções papilares, septações espessas, áreas sólidas, vascularização central, ascite e IR < 0,50
GI-RADS 5	Muito provavelmente Mmaligno. Massas anexiais com 3 ou mais achados sugestivos de malignidade listados para GI -RADS 4.

Tabela 2 - GI-RADS (2009)

Devemos sempre lembrar que os principais diagnósticos diferenciais dos tumores ovarianos são os cistos funcionais que são altamente frequentes, e que com controle ecográfico em 2 a 3 semanas podemos elucidar esta dúvida. Também deve ser mencionado que o rim pélvico o mioma pediculado e algumas massas intestinais fazem parte do diagnóstico diferencial dos tumores ovarianos e devemos lançar mão de outros métodos diagnósticos quando for necessário.

1.12.6 PREPARO PARA ULTRASSONOGRAFIA

( ) USG Obstétrico no primeiro trimestre

Via vaginal: não é necessário nenhum preparo.

Via abdominal: Tomar 05 copos de água 01 hora antes do exame.

( ) USG Pélvico, renal e de vias urinárias

Tomar 05 copos de água 01 hora antes do exame.

( ) USG Abdominal

Ficar em jejum por 06 horas até o horário do exame.

Tomar 05 copos de água 01 hora antes do exame.

( ) USG Transvaginal

Não há necessidade de estar com a bexiga cheia.

1.12.7 ROTINA NA REALIZAÇÃO DA MAMOGRAFIA

As pacientes atendidas são oriundas da REDE, marcadas no sistema SIGA e dos ambulatórios do HMEC, agendadas pela Central de Agendamento.

São disponibilizadas 65 vagas/dia de segunda a sábado, sendo 53 vagas para UBS e 12 vagas para pacientes do Ambulatório, divididas em 2 períodos: manhã e tarde. Total por mês: 1.560 vagas para exames de mamografia, das 07:00h as 19:00h.

O técnico de mamografia, da empresa terceirizada, orienta as pacientes no preenchimento da ficha para a mamografia e orienta a respeito do resultado. Para as pacientes do HMEC, o laudo estará no prontuário e para as pacientes das UBS, os laudos serão encaminhados a UBS de origem, sendo retirados pela Supervisão de Saúde.

TECNICO DE RADIOLOGIA:

- Confere os dados do cartão (RH e nome da paciente) com o pedido da mamografia.
- Confere os dados do prontuário.
- Orienta e ou preenche o questionário da mamografia.
- Checa o preparo da paciente (evitar talco e desodorante) e pega os exames anteriores da paciente para comparação.
- Encaminha a paciente para a sala de realização do exame, com apoio psicológico quando necessário.
- Registra em livro próprio os exames de mamografia.

1.12.8 ROTINA NA REALIZAÇÃO DA DENSITOMETRIA ÓSSEA

Este exame foi implantado no Setor pela empresa terceirizada. São realizados 08 exames/dia para pacientes das UBS e do HMEC. Total de 192 vagas/mês.

O técnico e o aparelho pertencem a terceirizada.

Obs. Este exame não é realizado em gestantes e o limite de peso para a realização da composição corporal é de 100 kg.

Tempo de realização do exame é de 20 minutos.

Orientar a paciente para trazer exames anteriores, se houver.

1.12.9 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM ROTINAS AMBULATÓRIO - EXAMES

1.12.9.1 POP 15 Auxílio de Biópsia de Mama Guiado por Ultrassom

15.1 Definição:

Retirada de fragmentos da lesão suspeita através de uma pistola automática que dispõe de uma agulha, que ao disparar corta o material e o recolhe. Este procedimento é guiado por ultrassonografia.

15.2 Objetivo:

Colher material de uma ou mais lesões mamárias suspeitas para avaliação histopatológica.

15.3 Contra-indicação:

Em alguns pacientes que estão fazendo uso de anticoagulantes ou de aspirina, pode ser necessária a suspensão desses medicamentos alguns dias antes para se evitar sangramento.

15.4 Executante:

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

15.5 Material:

- Agulha 13x4,5
- Agulha para biópsia.
- Álcool a 70%.
- Avental para paciente.
- Anestésico.
- Caixa térmica.
- Esparadrapo.
- Formol.
- Gazes estéreis.
- Lápis.
- Lençol.
- Livro de registro de exames.
- Luvas de procedimento.
- Máscara cirúrgica.
- Micropore.
- Óculos de proteção.
- Seringa de 3 ou 5 ml.

15.6 Descrição do procedimento:

Ação de enfermagem

01 Reunir material necessário para realização do procedimento.

02 Chamar o paciente e confirmar o nome, apresentar-se, acolher e orientar paciente sobre o procedimento e aplicar o termo de consentimento do exame, orientando o paciente a esclarecer possíveis dúvidas com o médico executante.

03 Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores.

04 Higienizar as mãos (POP 42);

05 Encaminhar o paciente para troca de roupa e oferecer avental.

06 Posicionar o paciente de acordo com o procedimento na maca.

07 Oferecer material necessário para o médico durante a realização do exame.

08 Recolher e acondicionar os fragmentos de biópsia em frascos com formol(1/3 do frasco), previamente identificados com data da coleta, nome do paciente, nome da mãe, número de prontuário, médico e unidade de saúde.

09 Realizar curativo compressivo ao término do procedimento e orientar paciente quanto a retirada do mesmo.

10 Higienizar as mãos;

11 Registrar em livro de controle (número do prontuário, nome do paciente, data de nascimento, data da coleta, telefone, nome do médico solicitante, unidade de origem, local aspirado.

12 Registrar em memorando (duas vias) os dados do paciente e procedimento realizado.

13 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame e retorno médico.

14 Organizar sala após procedimentos, atentando para o descarte de material perfurocortante.

15 Acondicionar as seringas identificadas em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

Observações:

Este procedimento é executado pelo médico, sendo necessário o auxílio do profissional de enfermagem para realização do procedimento ambulatorial.

Referências Bibliográficas:

Biópsia de Mama. Disponível em: www.mamaimagem.com.br . Último acesso em:

30/11/2015.

Protocolo de biópsia de mama. Disponível em: hcrp.fmrp.usp.br. Acesso em: 05 Fev 2014

1.12.9.2 POP 16 Auxílio a Ecorcardiograma Transtorácico

16.1 Definição

Método de exame de imagem que utiliza ondas sonoras de alta frequência, os quais após atravessarem os tecidos dos órgãos estudados, retornam em forma de ecos fornecendo imagens instantâneas do coração e dos grandes vasos, e fluxo sanguíneo nos mesmos, durante o procedimento.

16.2 Objetivo

Avaliar o funcionamento do coração, do ponto de vista anatômico e funcional.

16.3 Contraindicação

Não há contraindicação para este procedimento.

16.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

16.5 Material

- Luvas;
- Gel para ultrassonografia;
- Balança;
- Esfigmomanômetro;
- Estestoscópio;

- Lençol (se necessário); · Avental (se necessário); · Álcool 70%.

16.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

01 Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

02 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;

03 Reunir material necessário para o exame;

04 Higienizar as mãos (POP 42);

05 Verificar peso (POP 52) e altura (POP 59) e aferir pressão arterial (POP 12);

06 Posicionar paciente na maca, em decúbito lateral direito e membro superior esquerdo flexionado atrás da cabeça;

07 Retirar o excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestirse, se necessário;

08 Retirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30 em seguida, repor lençol de papel limpo;

09 Higienizar as mãos;

10 Devolver a documentação do paciente e orientá-lo a aguardar o laudo.

11 Entregar o laudo para paciente;

12 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

16.7 Observação

- O procedimento de ecocardiografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Realizar limpeza do transdutor microconvexo ao término de cada exame com

  gaze, água e sabão.

16.8 Referências bibliográficas

Feigenbaum ecocardiografia / Harvey Feigenbaum, William F. Armstrong, Thomas Ryan ; traduzido por Lélis Borges de Couto. – Rio de Janeiro : Guanabara e Koogan, 2007

Graziano MU et al, **Eficácia da desinfecção com álcool 70% (p/v) de superfícies contaminadas sem limpeza prévia** .Rev. Latino-Am.

Enfermagem vol.21 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2013

1.12.9.3 POP 17 Auxílio à Eletroencefalografia em Vigília

17.1 Definição

Registro da atividade elétrica cerebral através da colocação de eletrodos superficiais no escalpe para detecção de possíveis anormalidades associadas à uma ampla gama de sinais e sintomas neurológicos.

17.2 Objetivo

Avaliar pacientes com fenômenos paroxísticos (epilépticos ou não).

Avaliar encefalopatias toxico-metabólicas, infecciosas e degenerativas (demências).

Classificar e seguir as varias modalidades de epilepsias.

17.3 Contraindicação

Relativas: seborreia excessiva, infecção de pele no couro cabeludo e pediculose.

17.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

17.5 Material

- Luvas
- Fita métrica;

- Lápis para demarcar pontos dos eletrodos;
- pasta para EEG;
- espátula;
- separador de cabelos;
- papeis cortados para fixação dos eletrodos (lençol de papel);
- gaze;
- cuba rim; · água morna; · álcool 70%.

17.6 Descrição do procedimento Ação de enfermagem

01 Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentarse e explicar o procedimento que será realizado (longa duração, necessita de cooperação, não mexer a cabeça, manter os olhos fechados), sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

02 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;

03 Verificar se o paciente está com preparo necessário (cabelos limpos e secos).

04 Higienizar as mãos (POP 42);

05 Reunir material necessário para realização do procedimento; **06** Ajudar o paciente, se necessário, a subir na maca e deitá-lo.

07 Preencher o protocolo do exame EEG com seu respectivo número, entregá-lo ao paciente ou seu acompanhante, orientando quanto ao seu retorno.

08 Preencher no sistema a ficha do paciente, contendo nome completo, data de nascimento, numero do prontuário, numero do exame, nome do médico(a) solicitante e origem. No campo observação, anotar informações relevantes como: cicatriz cirúrgica e sua localização; afundamento de crânio; tremores espontâneos em membros e face.

09 Inspecionar os cabelos do paciente quanto a umidade, gel, cremes ou pediculose. Caso não esteja em condições adequadas para realização do exame o mesmo deverá ser remarcado.

10 Iniciar a montagem dos eletrodos, utilizando-se o sistema 10-20 de colocação utilizando-se montagens mono e bipolares. Separar os cabelos e marcar com lápis específico os locais para aplicação de pasta condutora e respectivos eletrodos. O método utiliza quatro pontos padronizados: 1) raiz do nariz (*nasiun*),

2) protuberância occipital (*inium*), ambos no mesmo plano sagital,

11 3) ponto pré-auricular (depressão na raiz do zigoma anteriormente ao *tragus*).Os pontos são encontrados utilizando 10 e 20 % das medidas encontradas.

12 Demarcar medidas ântero-posterior. Medir a distância entre o *nasiun* e *iniun* passando pelo vértex, na linha média. Cinco pontos são então marcados ao longo desta linha, designados como pólo frontal (Fp), frontal (F), central (C), parietal (P) e occipital (O).

13 Marcar o primeiro ponto (Fp) a 10 por cento da distância *násiun-íniun*, marcá- lo logo acima do *násiun*.

14 Marcar segundo ponto (F) a 20 por cento da mesma distância e marcá-lo acima do Fp.

15 Marcar os pontos central (C), parietal (P) e occipital (O), na linha média a cada 10 por cento da distância *násiun-íniun*. Todos esses pontos marcados na linha média são seguidos de "z" no nome do eletrodo (PGND, Fz, Cz, Pz).

16 Medir linha coronal central, da distância os pontos pré-auriculares, passando pelo ponto central já determinado com a medida ântero-posterior. Dez por cento desta medida acima do ponto pré-auricular, marcar o ponto temporal médio (T3, T4) e 20 por cento acima do temporal médio está o ponto central (C3, C4).

17 Marcar linha ântero-posterior passando agora sobre a região temporal, frontal e occipital, medindo-se a distância entre o ponto da linha média Fpz e o ponto occipital também da linha média, Oz, passando-se pelo ponto temporal já previamente determinado.

18 Marcar 10 por cento da medida, a partir da posição do Fpz, assim como a partir do ponto occipital da linha média Oz.

19 Desta forma, marcar outros dois pontos "Fp" (1 e 2), um à direita e outro à esquerda e ainda dois outros pontos "O" (1 e 2), também um à direita e outro à esquerda. Os pontos temporal anterior e posterior (T5, T6) estão na posição 20 por cento da distância a partir dos pontos Fp e O determinados nesta linha.

20 Marcar pontos remanescentes, frontal (F3, F4, F7, F8)) e médio parietal (P3 e P4) estão posicionados ao longo da linha coronal frontal e parietal respectivamente, eqüidistante entre a linha média e a linha temporal. Sendo que, os eletrodos ímpares ficam posicionados à esquerda e pares, a direita.

21 Ao iniciar o exame, verificar se as configurações estão corretas no sistema. **22** Fazer logo em seguida, na captação elétrica, o teste de impedância.

23 Com a luz apagada, pedir para o

---

24 paciente fechar os olhos.

25 Iniciar a gravação observando o traçado e o paciente, clicar "vigília", após 30 seg. pedir para abrir os olhos.

26 Clicar "olhos abertos", após 30 seg. pedir para o paciente fechar os olhos e clicar "olhos fechados". Em seguida, o maior tempo em vigília, clicar "vigília", observando o traçado. Sempre que necessário parar a gravação para recolocar ou trocar os eletrodos.

27 Observar se o paciente responde aos comandos verbais, orientá-lo antes de iniciar o estado de hiperventilação para que não haja deslocamento dos eletrodos. Solicitar que o paciente inspire e espire pela boca. Clicar hiperventilação.

28 Clicar estado de pós hiperpnéia, ao término de hiperventilação. Pedir para o paciente respirar normalmente.

29 Orientar paciente a manter os olhos fechados durante a fotoestimulação e em seguida clicar na opção flashestimulação.

30 Ao término da fotoestimulação, clicar pós flashestimulação.

31 Clicar também durante a gravação alguns eventos, bocejo, tosse, tremors espontâneos, sono espontâneo.

32 Ao término da gravação, pedir para o paciente abrir os olhos, acender a luz da sala, pegar a cuba rim contend água morna.

33 Tirar os eletrodos um a um, cuidadosamente, limpar a cabeça do paciente com gaze embebida em água morna e após gaze seca, removendo toda a pasta restante. Limpar também os eletrodos com gaze e água morna e secar com gaze seca.

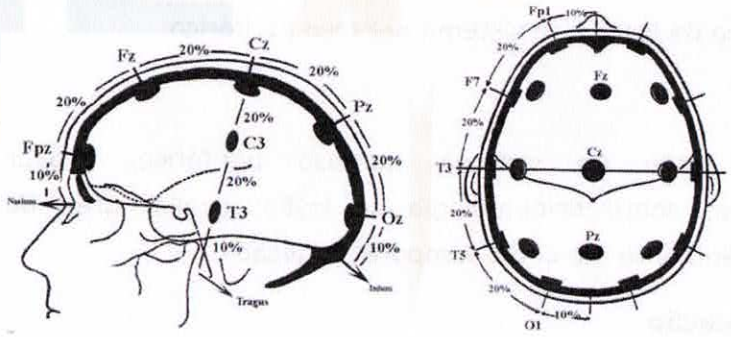
34 **31** Pedir para o paciente sentar, observer possível tontura, ajudar a descer da maca, se necessário, e se estiver bem dispensá-lo.

35 Retirar lençol de papel, realizar limpeza da maca com álcool 70%, repor lençol de papel limpo;

36 Higienizar as mãos;

37 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação



17.7 Referências bibliográficas

http://www.ibc.gov.br acesso em 27 de janeiro de 2014

American Electroencephalographic Society. **Guideline twelve: guidelines for long-term monitoring for epilepsy**. J Clin Neurophysiol, 11(1):88-110, 1994. Berger H. Ueber das Elektroenkephalogramm des Menschen. Archiv Psychiatr Nervenkr 1929, 87:527-570.

Jasper HH. The ten-twenty electrode system of the international federation.

Electroenceph Clin Neurophysiol 1958;10:370-375.

Morris III H, Lüders H. Electrodes. In: Gotman J, Ives JR, Gloor P. (eds).

Electroenceph Clin Neurophysiol 1985;(Suppl. 37):3-26.

Garzon E. Conventional EEG – **The 10/20 system and the rationale for the use of the 10/10 system in**: http://www.lasse.med.br/mat_didatico/lasse1/textos/eliana03.html Último acesso 30/11/2015.

1.12.9.4 POP 18 Auxílo a Eletroneuromiografia

18.1 Definição

Método de estudo neurofisiológico usado no diagnóstico e prognóstico de lesões do sistema nervoso periférico.

18.2 Objetivo

Localizar lesão no sistema nervoso periférico, prover informações sobre fisiopatologia da lesão, avaliar grau de comprometimento e o curso temporal da lesão.

18.3 Contraindicação

O exame está contraindicado em pacientes com marcapasso, cateter intracardíaco, plaquetopenia abaixo de 50.000/mm, uso de anticoagulante e medicamentos anticolinesterásicos, pele com solução de continuidade e erisipela.

18.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

18.5 Material

- Luvas;
- Gel;

- Lençol (se necessário);
- Avental (se necessário);
- Eletrodos para eletroneuromiografia;
- Álcool 70%;
- Gaze;
- Esparadrapo microporoso.

18.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

01 Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

02 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;

03 Higienizar as mãos (POP 42);

04 Reunir material necessário para realização do procedimento;

05 Posicionar o paciente conforme exame a ser realizado, preservando sua privacidade;

06 Retirar excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir-se, se necessário;

07 Realizar curativo oclusivo, se algum ponto permanecer sangramento; **08** R etirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com alcool 70% por 30 segundos. Em seguida repor lençol de papel limpo;

09 Higienizar as mãos;

10 Devolver a documentação e orientar paciente a aguardar o laudo;

11 Entregar o laudo para paciente;

12 Desprezar perfuro-cortantes no descarpack, se restar algum; **13** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

18.7 Observação

O procedimento de eletroneuromiografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.

18.8

18.9 Referências bibliográficas

Graziano MU et al, **Eficácia da desinfecção com álcool 70% (p/v) de superfícies contaminadas sem limpeza prévia**.Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.21 no.2

Ribeirão Preto Mar./Apr. 2013

1.12.9.5 POP 21 Auxílio de Teste Ergométrico

21.Definição

Método diagnóstico de doenças cardiovasculares, de determinação prognóstica, avaliação da resposta terapêutica, da tolerância ao esforço e de sintomas compatíveis com arritmias ao exercício.

Objetivo

Avaliar resposta clínica, hemodinâmica, autonômica, eletrocardiográfica, metabólica e, eventualmente, ventilatória ao exercício.

21.1 Contraindicação

Gerais: embolia pulmonar; enfermidade aguda, febril ou grave; limitação física ou psicológica; intoxicação medicamentosa; distúrbio hidroeletrolíticos e metabólicos não corrigidos.

Relativas: Dor torácica aguda; estenoses valvares moderadas e graves; insuficiências valvares graves; taquiarritmias e arritmias ventriculares complexas; afecções não cardíacas capazes de agravamento pelo TE.

Contraindicações de alto risco: IAM não complicado; angina estável estabilizada; lesão conhecida e tratada de tronco de coronária esquerda ou equivalente; arritmias ventriculares complexas; arritmias com repercussões clínicas e hemodinâmicas sob controle; síncopes por provável etiologia arritmogênica ou bloqueio atrioventricular de alto grau; presença de desfibrilador implantado; insuuficiência cardíaca compensada Classe Funcional III (NYHA); lesões valvares estenóticas moderadas e graves em indivíduos assintomáticos e nas insuficiências valvares graves; hipertensão pulmonar; cardiomiopatia hipertrófica não obstrutiva; insuficiência respiratória, renal ou hepática.

3 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

- Luvas;
- Esfigmomanômetro,
- Estestoscópio;
- Álcool 70%;
- Gaze;
- Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário);
- Cuba rim;
- Eletrodo descartável;
- Avental (se necessário).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

01 Conferir lacre do carrinho de urgência

02 Verificar funcionamento da balança

03 Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

04 Orientar paciente a ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, caso esteja de acordo com a realização do exame. Em caso de impossibilidade de leitura pelo paciente, ler e explicar o termo para paciente e carimbar a impressão digital;

05 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente. Paciente deve estar usando roupas confortáveis que não limitem movimentos, mulheres devem estar vestindo top ou sutiã, homens devem estar com o tórax tricotomizado (caso não estejam, proceder com a tricotomização), deve estar calçando tênis ou sapato confortável. Verificar se ingeriu refeição leve, deve estar portando receita de medicação em uso;

06 Conferir preparo específico com paciente;

07 Orientar o paciente quanto ao procedimento, aferir pressão arterial (POP 12), pesar (POP 51) e medir estatura (POP 48).

08 Registrar os dados e apresentá-los ao cardiologista, juntamente com a receita para confirmar a realização do exame.

09 Reunir material necessário para o exame;

10 Higienizar as mãos (POP 42);

11 Se exame confirmado, oferecer avental e limpar com gaze e álcool 70% os locais onde serão colados os eletrodos. Se necessário, realizar tricotomia do tórax; **12** Monitorizar paciente com eletrodos nas seguintes localizações:

- (RA) na região acrômio-clavicular D,
- (LA) na região acrômio-clavicular E,
- (RL) em crista ilíaca D,
- (LL) em crista ilíaca E,
- (V1) no 2° espaço intercostal a D,
- (V2) no 2° espaço intercostal a E,
- (V3) entre V2 e V4,

- (V4) na linha hemiclavicular no 3° espaço intercostal, ·
  (V5) na linha axilar anterior no 3° espaço intercostal, e
- (V6) na linha axilar média no 3° espaço intercostal.

13 Auxiliar paciente a subir na esteira, posicionando o manguito no braço esquerdo, preferencialmente.

14 Acompanhar exame para auxiliar em eventuais intercorrências;

15 Ao término do exame, retirar o manguito do braço do paciente, auxiliar paciente a descer da esteira.

16 Encaminhar o paciente para se vestir, devolver a documentação e orientar paciente a aguardar o laudo.

17 Higienizar as mãos;

18 Entregar o laudo para paciente;

19 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Procedimento é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Antes de iniciar os exames, em cada plantão, realizar teste operacional do desfibrilador da seguinte forma:
- Ligar o botão 1 em Lig Monitorizar, selecionar o botão "menu" abaixo da tela, selecionar "outros", selecionar "teste operacional".
- Surgirá na tela um aviso de que está saindo do modo de funcionamento normal, selecionar "aceitar".
- Aparelho entrará no **módulo de Teste Operacional**, em seguida girar o botão 1 até 150J, e o teste será iniciado.
- Verificar se o **módulo de teste** está conectado. Quando solicitado pressionar o botão 2 Carregar.
- Quando solicitado pressionar o botão 3 Choque. Em seguida o teste será finalizado.
- Quando o teste for finalizado pressionar o botão que indica Imprimir Teste Operacional.

- Assinar o teste impresso e arquivar na pasta de Testes Operacionais. · Desligar o desfibrilador, mantendo-o sempre ligado na tomada. a.

Referências bibliográficas

Meneghelo RS, Araújo CGS, Stein R, Mastrocolla LE, Albuquerque PF, Serra SM ET AL/ Sociedade Brasileira de Cardiologia. **III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Teste Ergométrico**. Arq Brás Cardiol 2010; 95(5 supl.1); 1-26

1.12.9.6 POP 22 Auxílio a Ultrassonografia

1 Definição

Método de exame de imagem que utiliza ondas sonoras de alta frequência, os quais após atravessarem os tecidos dos órgãos estudados, retornam em forma de ecos fornecendo imagens instantâneas durante o procedimento.

Objetivo

Avaliar órgãos e estruturas internas do corpo humano .

Contraindicação

Não há contraindicação absoluta para realização deste procedimento. Existem contraindicações relativas pertinentes a cada tipo de exame. Porém, sugere-se evitar a ultrassonografia em pacientes com febre, processo inflamatório no local do exame, transvaginal no período menstrual, e exame com Doppler no primeiro trimestre gestacional. Por questões legais, não se pratica ultrassonografia transvaginal em pacientes virgens.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

- Luvas;
- Gel para ultrassonografia;
- Lençol (se necessário);
- Avental (se necessário);
- Preservativo sem lubrificante (para exame transvaginal); · Álcool 70%.

22.6 Descrição do procedimento Ação de enfermagem

1. Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
2. Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;
3. Conferir se o paciente fez preparo específico para cada tipo de exame;
4. Reunir material necessário para o exame;
5. Higienizar as mãos (POP 42);
6. Posicionar paciente conforme exame a ser realizado, preservando sua privacidade.
7. Retirar o excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir-se, se necesário;
8. Retirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30 segundos, repor lençol de papel limpo;
9. Higienizar as mãos;
10. Devolver a documentação do paciente e orientá-lo a aguardar o laudo.
11. Entregar o laudo para paciente;
12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

22.7 Observação

- Procedimento de ultrassonografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.

- Realizar limpeza dos transdutores linear e convexo ao término de cada exame com gaze, água e sabão, e do transdutor endocavitário, com gaze, água e sabão, e após friccionar com álcool 70% por 30 segundos.

22.8 Referências bibliográficas

RUMACK, SR . CHABONEAU, W.J . **Tratado de Ultrassonografia Diagnóstica**

[tradução Vilma Ribeiro de Souza Varga..et al – Rio de Janeiro : Elsevier, 2006

MASSELLI, IB; WU, DSK. **Manual básico de ultrassonografia** / Ivan Barraviera Masselli; PINHEIRO, ANDRADE, HA. Departamento de Diagnóstico por Imagem da UNIFESP, 2013.

GREAZIANO, MU et al, Eficácia da desinfecção com álcool 70% (p/v) de superfícies contaminadas sem limpeza prévia . Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.21 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2013

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Aprovado por**

1.12.9.7 POP 29 Coleta de Citologia Oncótica (Papanicolaou)

29.1 Definição

O exame de prevenção pela técnica de Papanicolaou ou citologia oncótica, consiste na coleta e análise de material celular da cérvice uterina que permite a detecção de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas, vem sendo utilizado largamente, desde sua descoberta, em 1943. É um exame bastante aceito pela comunidade científica e de relevância para a Saúde Pública, por ser de baixo custo e fácil realização [4].

29.2 Objetivo

- Realizar coleta de citologia oncótica para rastreamento e diagnóstico de patologias cervicais e prevenção do câncer de colo uterino.
- Coletar material cervical (endocérvice e ectocérvice) de colo uterino.

Contraindicação

Observar sangramento vaginal expressivo e/ou menstruação. Em Serviços com acesso à citologia oncótica , colposcopia , biópsia, etc. o teste de Schiller perde sua importância. Gestantes não coletar material da endocérvice.

29.3 **Executante**
Enfermeiro

Material

- EPIs: óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Espéculo inoxidável estéril ou Espéculo descartável estéril;
- Lâmina de vidro com uma extremidade fosca para identificação;
- Espátula de Ayres;
- Escova cervical;
- Solução de fixação apropriada;
- Recipiente para acondicionamento das lâminas;
- Gaze;
- Pinça Cheron;

- Solução de Lugol;
- Formulário de Requisição do exame e de remessa de exames;
- Livro de registro;
- Lápis para identificação da lâmina; · Camisola/Avental; · Lençol.

29.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

01 Chamar a paciente, confirmar o nome, apresentar-se, recepcionado -a.

02 Realizar anamnese e registrar em prontuário (DUM, data última coleta, idade, dentre outros);

03 Orientar a paciente quanto ao procedimento, apresentando os materiais que serão utilizados;

04 Preencher formulário de solicitação do exame;

05 Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite (iniciais do nome, FF e código do CS), colocando- a na mesa auxiliar, para receber o material coletado;

06 Oferecer camisola/avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando que retire toda a roupa, vista o avental com a abertura para frente e esvazie a bexiga;

07 Higienizar as mãos (POP 42);

08 Solicitar à paciente que se deite sobre a mesa ginecológica, cobrindo-a com o lençol;

09 Expor as mamas e realizar exame clínico das mamas, sempre explicando o procedimento;

10 Em seguida auxiliar a paciente a se posicionar na mesa ginecológica adequadamente, para a coleta do exame citopatológico;

11 Calçar as luvas de procedimento;

12 Realizar o exame da região vulvar, anotando se houver lesões esbranquiçadas ou hipercrômicas, nódulos, verrugas e/ou feridas, lesões, pólipos, leucorréias;

13 Escolher o espéculo adequado (vide observações);

14 Introduzir o espéculo, na posição vertical, ligeiramente inclinado (15º), fazendo uma rotação de 90º mantendo- o em posição transversa de modo que a fenda do espéculo fique na posição horizontal;

15 Abrir o espéculo lentamente e com delicadeza;

16 Se ao visualizar o colo uterino houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça Cheron, sem esfregar, para não perder a qualidade da amostra;

Coleta Ectocervical

01 Encaixar a ponta mais longa da espátula de Ayres no orifício do colo, apoiando-a com firmeza, e com movimento rotativo de 360º ao redor de todo o orifício. Caso a amostra não tenha sido representativa repetir o movimento;

02 Estender o material ectocervical, dispondo-o no sentido vertical ou horizontal, ocupando 2/3 iniciais da parte transparente da lâmina, com movimento de cima para baixo, utilizando as duas laterais da espátula;

Coleta Endocervical

01 Utilize a escova de coleta endocervical, introduzindo-a delicadamente no canal cervical realizando movimento circular em 360º;

02 Estender o material ocupando o 1/3 restante, rolando a escova de cima para baixo, em sentido único;

Teste de Schiller:

Preparar a pinça Cheron com uma gaze na ponta e embebê-la em solução iodada (Lugol), pressionar a gaze delicadamente contra o colo uterino e proceder à leitura do exame:

Positivo: quando a reação com o iodo for negativa, ou seja, quando não houver coloração do colo uterino. Resultado Alterado.

Negativo: quando houver fixação do iodo nas células e o colo se apresentar colorido após aplicação do lugol. Resultado Normal.

Fixação

01 Fixar o esfregaço imediatamente após a coleta, garantindo a manutenção das características originais das células, preservando-as do dessecamento (máfixação) que impossibilita a leitura do exame.

02 São três as formas de fixação.

Polietilenoglicol (mais recomendada)

Pingar 3 ou 4 gotas da solução fixadora sobre o material, que deverá ser completamente coberto pelo líquido.

Deixar secar ao ar livre, em posição horizontal, até a formação de uma película leitosa e opaca na sua superfície.

Álcool á 95%.

A lâmina com material deve ser submersa no álcool a 95%, em vidros de boca larga.

Propinilglicol

01 Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20cm. Fechar o espéculo, retirando-o delicadamente colocando em balde próprio;

02 Retirar as luvas e auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;

03 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

04 Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

05 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);

06 Registrar o procedimento em planilha de produção;

07 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

29.7 Observação

- Em condições normais deve ser realizado anualmente em mulheres de 25 a 64 anos (Ministério da Saúde).
- Os procedimentos de acondicionamento, conferência, preenchimento de lâminas, preenchimento de guia de remessa e envio ao Laboratório de Citologia podem ser realizados pelos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, tendo os seguintes cuidados:

a) As lâminas devem ser acondicionar as lâminas no recipiente próprio

(caixa de madeira ou plástico) para transporte;

b) Conferir cada lâmina com o formulário de solicitação do exame;

c) Preencher a relação de remessa na mesma sequência das lâminas e das requisições;

d) Enviar as lâminas ao Laboratório de Citologia conforme rotina do serviço;

- Caso a visualização do colo não seja possível solicitar que a paciente tussa ou faça pequena força com o períneo.
- Não coletar de mulheres menstruadas: aguardar o 5º dia após término da menstruação.
- Não usar creme vaginal, ducha vaginal, ou ter relação sexual ou submeter-se a exames intravaginais (ex. ultrasson) dois dias antes do exame.
- Evitar lubrificar o espéculo com agente oleoso.
- Em mulheres idosas, com vagina ressecada recomenda-se molhar o espéculo com solução salina (SF 0,9%).
- Em paciente virgem, a coleta deverá ser realizada por profissional médico.
- Em paciente gestante ou com suspeita de gravidez realizar apenas coleta de material ectocervical.
- Realizar coleta em mulheres histerectomizadas desde que o colo uterino tenha sido preservado, caso não realizar coleta do fundo de saco apenas.

- Recomenda-se que os enfermeiros (homens) realizem o procedimento acompanhados por um profissional de enfermagem evitando a exposição do paciente e do profissional.
- **Tamanho do espéculo:**

Tamanho	**Indicação**
Pequeno	Mulheres jovens, sem parto vaginal, magras ou menopausadas;
Médio	Mulheres com IMC normal;
Grande	Multíparas, Obesas.

29.8 Referências bibliográficas

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 381**. Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou. 2011.

POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio de

Janeiro: Elsevier, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS: Secretaria de Saúde. **Manual de normas de rotinas de procedimentos para a enfermagem: assistência de enfermagem.** Campinas, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÙDE. Cadernos de Atenção Básica nº 13. **Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama**. DF: Brasília, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Aprovado por**

1.12.9.8 POP 31 Coleta de Exames Laboratoriais

31.1 Definição

Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar o diagnóstico e/ou tratamento em Unidades de Saúde descentralizadas ao Laboratório Municipal de Campinas.

31.2 Objetivo

Realizar exames laboratoriais para diagnóstico, monitoramento e tratamento de doenças.

31.3 Contraindicação

Distúrbios de coagulação.

31.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

31.5 Material

- EPIs
- Tubos para coleta de sangue à vácuo
- Kit estéril para urocultura
- Frasco preparador para exame parasitológico de fezes
- Kit não estéril para Urina I
- Frasco preparador para exame protoparasitológico de fezes.
- Caixa térmica azul com gelo reciclável congelado (para urina, fezes, baciloscopia, biópsias e outros exames. Cada tipo de material em uma caixa separada e devidamente identificada na parte externa).
- Caixa vermelha sem gelo reciclável (para hemoderivados.) os quais deverão ser separados em estantes pela cor da tampa.
- Gelo reciclável
- Caixa para descarte de material pérfuro-cortante
- Livro de registro para controle de exames realizados.

31.6 Descrição do procedimento

01 Chamar o paciente pelo nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos;

02 Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução.

03 Solicitar documento com foto e conferir com o nome constante no exame.

04 Separar a guia de requisição de exames.

05 Verificar quais exames foram solicitados.

06 Solicitar ao paciente que assine o Termo de Consentimento para realização dos exames.

07 Verificar quais exames foram solicitados e se contém, quando necessário, os demais documentos anexados (SADT, SINAN, Filipeta, etc).

08 Verificar se os dados estão completos e igualmente descritos em todos os documentos, com letra legível respeitando os espaços dos quadrados do formulário, contendo os dados: nome completo

do paciente (sem abreviaturas), sexo, data de nascimento, matrícula, dados completos do solicitante (nome, categoria profissional, número do conselho de classe, assinatura e carimbo), número do cartão SUS e data da solicitação do exame. Se for gestante, assinalar o campo gestante do Formulário.

09 Confirmar com o paciente se este encontra-se com o tempo de jejum adequado e demais preparos adequados para os exames solicitados (vide Manual do

Laboratório Municipal);

10 Questionar sobre os medicamentos de uso contínuo do usuário, orientando-o a ingeri-los/administrá-los após a coleta de sangue, evitando sempre que possível ultrapassar o horário de costume.

11 Para os exames coletados em casa, checar se os frascos estão bem vedados e colocar nas respectivas caixas térmicas, as quais deverão estar com gelo reciclável congelado na quantidade padronizada (Vide versão atualizada do Manual de Coleta do Laboratório Municipal de Campinas) e devidamente fechada.

12 Identificar o(s) frasco(s) dos exames entregues pelo usuário (fezes e urina), com as etiquetas, de acordo com o tipo de exame.

13 Identificar a guia de requisição com a etiqueta controle;

14 Registrar em livro-controle: data da coleta, dados do paciente e discriminar os exames solicitados, colocando o número da etiqueta controle;

15 Acondicionar o material colhido em residência na caixa térmica indicada;

16 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame;

17 fornecer etiqueta com número do exame para controle;

18 Encaminhar o paciente à sala de coleta, quando necessário, de acordo com exames solicitados;

19 Deixar a guia de exames juntamente com as etiquetas e os tubos separados para proceder a coleta de sangue, de modo que o usuário não fique de posse desse material.

Na sala de coleta:

01 Chamar o paciente pelo seu nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos e apresentar-se cordialmente ao usuário ou ao responsável, no caso de incapaz e/ou menor de idade.

02 Conferir o nome do usuário, pedindo para que repita seu nome completo e apresente o documento com foto e conferir os exames solicitados e os tubos.

03 Posicionar o usuário para a coleta, sentado ou deitado, a depender das condições do indivíduo e da faixa etária.

04 Proceder ou orientar a coleta do exame solicitado (vide Manual do Laboratório Municipal de Campinas);

05 Higienizar as mãos utilizando água e sabão (POP 42) ou utilizer o álcool 70°(vide procedimento no Manual de coleta do Laboratório Municipal de Campinas).

06 Devidamente paramentado (EPIs), calçar as luvas de procedimento e fazer a escolha do local da punção.

07 Fazer a desinfecção do local escolhido com gaze ou algodão embebido em álcool a 70%, realizando um único movimento de dentro para fora. Aguardar o álcool secar naturalmente e não tocar o local da punção. Se o paciente estiver usando roupas de mangas longas dobradas, verificar se a manga está prendendo a circulação. Se for o caso, desdobrar a manga, afrouxando-a.

08 Abrir o material na frente do paciente. Realizar a quebra do lacre da agulha e conectá-la ao adaptador, certificando-se sempre de que o conjunto está bem acoplado.

09 Garrotear aproximadamente a uns 04 cm do local escolhido para punção, não ultrapassando o tempo de 1 minuto para não haver alteração nos resultados.

10 Retirar a proteção da agulha e, imediatamente, fazer a punção na veia escolhida. Segurar o dispositivo entre os dedos polegar e indicador da mão dominante, posicionando o bisel da agulha para cima. Fazer a punção numa angulação oblíqua de aproximadamente 30 °.

11 Inserir o tubo de coleta à vácuo mantendo o adaptador imóvel e quando o sangue começar a entrar no tubo, desgarrotear e pedir para que o usuário abra a mão.

12 Aguardar o total preenchimento do tubo para depois colocar o próximo e é essencial obedecer à sequência dos tubos

preconizada pela CLSI: 1º tubo de tampa azul- (Citrato / para Unidades autorizadas), 2ºtubo de tampa amarela com Gel Ativador, 3ºtubo de tampa roxa (EDTA) e por último, 4º tubo de tampa cinza (fluoreto de sódio/EDTA).

13 Homogeneizar por inversão suavemente todos os tubos no mínimo oito vezes, inclusive o de tampa amarela e/ou vermelha. Uma inversão é contada após virar o tubo para baixo e retorná-lo a posição inicial.

14 Retirar a agulha da veia acionando, imediatamente, o dispositivo de segurança da agulha, e colocando uma gaze ou algodão sobre o local e pedir para o paciente pressionar o local sem dobrar o braço.

15 Descartar a agulha em caixa própria para resíduos pérfurocortantes; separar o adaptador de agulha (canhão) para posterior higienização com hipoclorito 1% por 30 minutos.

16 Após a coleta dos exames na presença do usuário, etiquetar os tubos corretamente.

17 Mostrar ao usuário submetido ao exame e/ou seu responsável os tubos etiquetados buscando a confirmação de que todas as amostras de sangue estão corretamente identificadas.

18 Realizar novamente a checagem e separação das guias de solicitação de exames e acondicionar em local que garanta sua integridade;

19 Encaminhar ao Laboratório Municipal as guias de exames e os materiais coletados separados em caixas térmicas contendo gelo reciclável e acondicionados adequadamente;

20 Registrar o procedimento em planilha de produção;

21 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

31.7 Observação

- Não entregar para o usuário os tubos e/ou o pedido de exame enquanto ele aguarda ser chamado na sala de coleta.
- O descarte das etiquetas excedentes é de responsabilidade do profissional que coletou o exame.
- Recomenda-se um fluxo único para o procedimento de coleta e não dividido por equipes de referência.

- Recomenda-se arquivar as guias de solicitação de exames na Unidade, evitando assim que o usuário rasure a mesma.
- Recomenda-se que o profissional que coletou o exame assine e carimbe o formulário único.
- Orienta-se a registrar em livro de coleta quando o paciente trouxer a guia de exames em mãos, vinda de outro serviço
- Para os usuários incapacitados de realizar coleta espontânea de urina, deve-se realizar Cateterismo Vesical de Alívio (POP 27).
- Para coleta de cada exame, e para orientar o paciente quando este for realizar coleta em residência ver descrição do procedimento no Manual das Unidades Básicas - COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS - 2010/2012 do Laboratório Municipal de Patologia Clínica de Campinas.
- Exames de DST/AIDS deverão ser realizados de acordo com a Portaria n° 77 MS/GM 12/01/2012.
- Exames de Microbiologia: Importante lembrar que amostras para exames de A fresco de Secreção vaginal-Grupo 13, Culturas em Geral (úlceras, Secreções de ferida, ocular e orofaringe)-Grupo 15 e Cultura de fezes –Grupo 16, DEVEM SER ARMAZENADAS E TRANSPORTADAS AO LABORATÓRIO EM MALOTE SEM GELO, A TEMPERATURA AMBIENTE.
- RDC 302 (item 6.1.7): "A amostra deve ser identificada no momento da coleta ou da sua entrega quando coletada pelo paciente". O descarte das etiquetas da cartela não utilizadas é de responsabilidade do profissional da coleta.
- Atenção: usar 01 adaptador de agulha por paciente a cada dia, realizando a desinfecção posteriormente.

31.8 Referência bibliográfica

BRASIL. Portaria n°77 MS/GM de 12/01/2012

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual das Unidades Básicas – Coleta de Exames Laboratoriais** 2010/2012. Campinas/SP, 2012. PREFEITURA MUNICIPAL DO PARANÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Procedimentos Operacionais Padrão para as Unidades Básicas de Saúde** – Colombo/PR, 2012. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Coleta de Exames Laboratoriais**. Campinas/SP, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem**: Assistência de Enfermagem.

Campinas/SP, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde, **1º Caderno de Coleta de Exames Laboratoriais**, SP. 2006.

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Fluxograma para coleta de sangue, 2015**

1.12.9.9 POP 41 Realização de Eletrocardiograma

41.1 Definição

Registro gráfico de alterações em potencial elétrico da atividade cardíaca, cujo produto final resulta no eletrocardiograma.

41.2 Objetivo

Obter registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica.

41.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

41.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

41.5 Material

- Eletrocardiógrafo;
- Papel milimetrado;
- Cardio clip;
- Eletrodo descartável ou eletrodo de sucção;
- Álcool a 70%;

- Algodão seco ou gaze;
- Gel condutor;
- Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário); · Lençol.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

01 Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando-se ao paciente e explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução

02 Checar a prescrição;

03 Reunir o material;

04 Higienizar as mãos (POP 42);

05 Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

06 Checar o funcionamento do eletrocardiográfico;

07 Checar a integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente;

08 Solicitar a retirada e/ou retirar objetos metálicos e/ou eletrônicos;

09 Solicitar e/ou posicionar o paciente em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacente, relaxados;

10 Solicitar e/ou expor tornozelos, punhos e tórax;

11 Cobrir o paciente, com o auxílio do lençol, para que o mesmo não fique totalmente exposto;

12 Conectar o eletrocardiógrafo à rede de energia, atentando-se à voltagem da tomada. Seguir as orientações de utilização, segundo o fabricante;

13 Ligar o eletrocardiógrafo;

14 Inserir papel milimetrado no local indicado.

15 Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado;

16 Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool a 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);

17 Colocar cardioclip em membros superiores e membros inferiores, usando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do

fabricante), para obtenção dos registros das derivações monopolares e bipolares, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:

Cabo vermelho (RA) em membro superior direito;

Cabo amarelo (LA) em membro superior esquerdo; **Cabo preto (RL)** em membro inferior direito;

Cabo verde (LL) em membro inferior esquerdo.

18 Colocar os eletrodos de sucção (preferencialmente), ou eletrodos descartáveis no tórax, utilizando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante) para os primeiros, para obtenção dos registros das derivações precordiais, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:

Cabo vermelho (V1) em 4º espaço intercostal, à direita do esterno;

Cabo amarelo (V2) em 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno;

Cabo verde (V3) em 5º espaço intercostal, diagonalmente entre V2 e V4;

Cabo marrom (V4) em 5º espaço intercostal, na linha média clavicular; **Cabo preto (V5)** em 5º espaço intercostal, na linha axilar anterior; **Cabo roxo (V6)** em 5º espaço intercostal, na linha axilar média.

19 Verificar os Leds de alerta para: pilha/bateria, memória, saturação, ruído, eletrodo, filtro, ganho, velocidade, modo de operação, up/down, calibração e derivações e, caneta e haste de plotagem. Corrigir problemas que forem detectados;

20 Apertar o botão "segue";

21 Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;

22 Aguardar o sinal sonoro, que indica o término da aquisição dos potenciais elétricos; **23** Retirar eletrodos e cardioclips;

24 Realizar limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores, principalmente quando utilizado o gel condutor;

25 Retirar e/ou destacar folha do ECG;

26 Identificar o ECG com: nome completo do paciente, idade, data de nascimento, data e hora da realização, carimbo e assinatura do profissional, nome da instituição;

27 Deixar o paciente confortável;

28 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

29 Higienizar as mãos (POP 42);

30 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);

31 Registrar o procedimento em Planilha de Produção;

32 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- paciente deve estar em repouso absoluto para a realização do procedimento, no mínimo 15 minutos e 30 minutos para quem estava fumando;
- Realizar tricotomia, caso seja necessário;
- Realizar limpeza imediata e eficaz das porções metálicas dos cardioclips e eletrodos de sucção, para não acumular sujidades e consequente alteração na capacidade de aquisição dos potenciais elétricos;
- Alertar o paciente quanto a possibilidade de pequenas lesões na utilização de eletrodos de sucção, que devem evoluir com regressão do hematoma em dois dias;
- Utilizar a convenção de programação com: ganho N, velocidade de aquisição de 25mm/s, modo automático e derivação DII;
- É possível alteração na disposição das derivações precordiais quando as mesmas estiverem voltadas para a direita (V1R, V2R, V3R, V4R, V5R, V6R) e com derivações posteriores à esquerda (V7, V8, V9, V10, V11, V12). Nos referidos casos, deve-se identificar as novas derivações no ECG;
- Em situações que o cardioclip não pode ser utilizado nos membros devido a amputações, imobilizações e/ou traumas, deve ser utilizado eletrodos descartáveis nas porções proximais dos membros;

Referências bibliográficas

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

VASCONCELOS, C. C. C. S. **Eletrocardiograma**. Natal, 2010.

FISCHBACH, F. T. **Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PREFEITURA MUNICPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem:** Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

1.13SERVIÇOS DE APOIO

1.13.1 ALMOXARIFADO E FARMÁCIA

Este setor é de responsabilidade tanto do hospital quanto da empresa terceirizada, cada qual suprindo as salas de exame e agendas sob sua responsabilidade.

A requisição é feita pela Chefia de Enfermagem, devendo ser realizada em impresso próprio.

O material é entregue no Setor, armazenado e utilizado com controle criterioso da data de validade de cada um.

1.13.2 CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

Deve controlar rigorosamente a data de validade do material esterilizado do Setor, que é utilizado para os procedimentos de intervenção.

O material vencido é relacionado em impresso de Controle diário de material esterilizado (cubas rim, caixas de curativos, compressas e campos fenestrados) e entregue na CME, assim como o utilizado diariamente.

1.13.3 ROTINAS ADMINISTRATIVAS

Incluem a passagem de plantão, relatório de enfermagem, o livro de registro e a planilha.

A equipe de enfermagem deve abrir o relatório diariamente para registrar as intercorrências, e o sumário ao final de cada plantão, com o nome legível e assinatura com COREN.

Comunicar ao Medico Ultrassonografista do Pronto Socorro a presença de exames pendentes: pronto socorro, pré-parto, casa da gestante, alojamento conjunto e algum outro exame que foi pedido na emergência.

1.13.4 LIMPEZA TERMINAL

Há um funcionário fixo para a limpeza de área de toda a Unidade, onde diariamente retira o lixo e mantém a área limpa.

É responsável pelo abastecimento diário do material (papel toalha, papel higiênico e sabão dispensador).

Na limpeza terminal semanal é solicitado o auxilio de mais um funcionário. **Obs.** Há uma empresa responsável pelo serviço.

1.13.5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amor F, Vaccaro H, Alcázar JL, León M, Craig JM, Martinez J.Gynecologic imaging reporting and data system: a new proposal for classifying adnexal masses on the basis of sonographic findings. J Ultrasound Med. 2009 Mar;28(3):285

Pastore AR. Massas anexiais complexas. In Pastore AR & Cerri GG, Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia, 2ª ed.Editora Revinter- RJ, 2010, p.1053-59.

Rumack CM, Wilson SR, Chrboneau JW. Ultrassonografia Ginecológica. In Tratado de Ultrassonografia Diagnóstica,3ªediçao.Editora Elsevier- Rio de Janeiro,2006 p.527-87.

Timmerman D, Testa AC, Bourne T, Ameye L, Jurkovic D, Van Holsbeke C, Paladini D, Van Calster B, Vergote I, Van Huffel S, Valentin L. Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer. Ultrasound Obstet Gynecol. 2008 Jun;31(6):681-90

Timmerman D, Valentin L, Bourne TH, Collins WP, Verrelst H, Vergote I; International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group.Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000 ;16:500-5.