



MANUAL TÉCNICO DE NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL REGIONAL DE EUNÁPOLIS

EUNÁPOLIS - BA

2023

1. APRESENTAÇÃO

MANUAL TÉCNICO DE NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL REGIONAL DE EUNÁPOLIS

O Hospital Regional de Eunápolis é um hospital de baixa e média complexidade, sendo dividido entre emergência, clínica médica, cirúrgica, ortopedia, pediatria, obstetrícia (pré-parto e puerpério), bloco cirúrgico e UTI. Presta atendimento exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) com assistência em diversos níveis de complexidades em demanda espontânea e referenciada. Atende a população de Eunápolis e 8 municípios circunvizinhos. Dispõe de internamento em clínica médica, cirúrgica, pediátrica, obstetrícia e ortopedia; urgência e emergência nas 24 horas de funcionamento adulto e infantil; disponibiliza exames laboratoriais, raio-x, eletrocardiograma e alguns outros exames que são realizados em parceria com a Policlínica e BDI como tomografias e ultrassonografias.

2. DIRETRIZES PARA ADMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Diretrizes são orientações, guias, rumos. São linhas que definem e regulam um traçado ou um caminho a seguir. Diretrizes são instruções ou indicações para se estabelecer um plano, uma ação, um negócio etc. Diretrizes são as normas de procedimento.

Nesse sentido, a equipe de enfermagem adotou um conjunto de regras com o objetivo de direcionar as ações do grupo de trabalho assistencial e administrativo para o processo de liderança, gestão e prestação da assistência no Hospital Regional de Eunápolis. Resgatar os princípios preconizados na missão, visão, valores da instituição e da enfermagem constituem elementos essenciais para nortear a equipe na reflexão cotidiana sobre o seu trabalho bem como contribuir para o alcance da qualidade da assistência.

3. INTRODUÇÃO

Na atualidade a enfermagem vem modificando a sua condição frente ao atendimento ao usuário no Sistema Único de Saúde (SUS). Para respaldar suas ações e padronizar os atendimentos, apoia-se no diagnóstico e tratamento orientando a equipe de enfermagem em suas rotinas de trabalho. O Manual Técnico de Normas e Rotinas do Serviço de Enfermagem nasce para suprir a necessidade de estabelecer um documento que padronize a organização do serviço em conjunto com o regimento interno da instituição. Esta ferramenta possui o intuito de descrever os principais procedimentos de enfermagem realizados no Hospital Regional de Eunápolis, sistematizando quem faz e como faz, obtendo assim resultados positivos em todo o processo envolvendo a prestação de serviços realizados pela equipe de enfermagem ao usuário. Este manual deverá ficar disponível em local visível e de bom acesso a todos os trabalhadores de enfermagem do referido hospital.

4. PROCESSO DE ENFERMAGEM

SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

Definição: Refere-se à metodologia científica que vem sendo intensificada na prática assistencial conferindo maior segurança aos pacientes, melhoria da qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem (TANURE; PINHEIRO, 2011).

O Processo de Enfermagem é ação privativa do enfermeiro caracterizada por cinco etapas:

- ✓ Histórico de Enfermagem- HE
- ✓ Diagnóstico de Enfermagem- DE
- ✓ Planejamento de Enfermagem- PE
- ✓ Implementação de Enfermagem- IE
- ✓ Evolução de Enfermagem- EE

Objetivos:

Identificar situações no processo saúde/doença, prescrever, implantar medidas de ações de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família, grupos e comunidade.

Conforme a resolução COFEN 359/2009 no seu Art. 3º, o Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: (TANNURE, 2011).

Coletas de dados de Enfermagem (Histórico de Enfermagem)

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 que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família e coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, constituindo a base para as seleções das ações e intervenções com os quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Planejamento de Enfermagem

Determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas conforme as respostas do indivíduo/grupo ou coletividade, identificados no diagnóstico de enfermagem; Implementação: Realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem

Avaliação de Enfermagem

Processo sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas obtidas no transcorrer do processo, determinando se as ações ou intervenções de enfermagem

alcançaram os resultados esperados ou se há mudanças/adaptações nas etapas do referido processo.

Conforme disposto na Lei 7.498/86 e regulamentada pelo Decreto 94.406/87, imputa ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação de processo de enfermagem, cabendo-lhe privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas do indivíduo ou coletividade, tendo como fechamento a prescrição das ações e ou intervenções de enfermagem. A referida lei pontua que o técnico de enfermagem participe do Processo de Enfermagem, dentro da sua função sob a supervisão e orientação do enfermeiro.

A execução e registro do processo de enfermagem deverão ser formais e será composta por:

- Um resumo coletado dos dados sobre a pessoa, família ou coletividade durante o processo saúde/doença;
- Os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- As ações e intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- Os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

5. DETALHAMENTO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE) SUGESTÃO DE ROTEIRO DO EXAME FÍSICO:

- Sinais Vitais;
- Peso;
- Altura;
- Cabeça;
- Cabelos e Couro Cabeludo;
- Orelhas e Ouvido;
- Olhos e Pálpebras;
- Nariz;
- Boca;
- Pescoço e Garganta;
- Membros Superiores e Inferiores;
- Unhas;
- Rede Venosa;
- Tórax Antero Posterior;
- Mamas;
- Abdômen;
- Região Sacra e Glútea;
- Genitais e região Perineal;
- Pele;
- Eliminações e Secreções;
- Más formações;
- Traumatismos;
- Outras Observações;

6. O PRONTUÁRIO E AS REGRAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO

Prontuário é um documento único constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CFM, Resolução nº 1638/2002 apud POSSARI, 2005, p.17).

As ações realizadas pela equipe de enfermagem na assistência devem ser documentadas no prontuário de forma a respeitar as normas técnico-científicas, da língua portuguesa e atentar para as questões éticas e legais. O prontuário é um documento legal, portanto ele não pode conter rasuras.

REGRAS GERAIS PARA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO

Toda equipe de enfermagem: enfermeiros e técnicos de enfermagem, devem colocar o número do COREN em suas anotações conforme preconiza o Código de Ética Profissional, Capítulo IV – das obrigatoriedades, Artigo 75: Apor o número de inscrição do Conselho Regional de Enfermagem em sua assinatura, quando no exercício profissional. Usar carimbo.

- Anotações de enfermagem devem ser feitas com letra legível e atentar para as regras gramaticais da língua portuguesa e da norma técnica científica.
- Professores e alunos de enfermagem de curso médio e superior devem assinar suas anotações e colocar os dados referente a escola, número da matrícula e do curso e do COREN para o professor. Usar carimbo.
- Plano de Cuidado de Enfermagem elaborado pelo aluno de graduação deve conter a assinatura e carimbo do mesmo e do professor responsável usar carimbo.

- Anotações de cuidados de enfermagem realizadas por alunos de técnico em enfermagem e de graduação devem ser avaliadas pelo professor antes de serem registradas no prontuário.
- Escrever no prontuário usando CANETA AZUL ou PRETA.
- Quando ocorrer erros ao escrever uma palavra ou frase, coloque-a entre parênteses, seguido pelo termo “digo” precedido da palavra corrigida. O prontuário não pode ser rasurado. **Nunca use corretivos, fitas adesivas ou riscar o texto.** Rasurar anotações tem implicações frente ao Código de Ética em Enfermagem, Código Penal Brasileiro e Código Civil Brasileiro.
- Usar abreviaturas padronizadas e reconhecidas pelas normas técnicas. Consultar a lista neste manual.
- Checar todos os cuidados de enfermagem e da prescrição médica usando o nome e circular (bolar) aqueles que não forem realizados, justificando o motivo.
- No prontuário eletrônico deve-se realizar toda a evolução referente aos cuidados prestados ao paciente durante seu plantão e ao final deste, deve-se imprimir a evolução e anexar ao prontuário físico.

6.1 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Definição: Representa os registros anotados pela equipe de enfermagem no prontuário de forma sistematizada, referentes as alterações subjetivas e objetivas constatadas, observadas e/ou referidas pelo cliente e acompanhante (CIANCIARULO, apud POSSARI, p.132). É atribuição do Técnico de Enfermagem fazer, diariamente, as anotações dos clientes sob sua responsabilidade.

6.2 EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Definição: Trata-se do registro da evolução do paciente nas últimas 24 horas, sendo esta realizada exclusivamente pelo enfermeiro, uma vez que depende de conhecimento técnico-científico e raciocínio clínico para reflexão, análise e contextualização dos dados coletados, características estas que não são exigidas para a formação do profissional de enfermagem de nível técnico.

6.3 ADMISSÃO

Definição: É a entrada do cliente e família/acompanhante na unidade de internação, por internação, incluindo transferências externas ou por transferências internas (BRASIL, 2002).

No Hospital Regional de Eunápolis esta admissão acontece para os pacientes em observação (período de 24h) e para aqueles que vão aguardar internação.

Norma específica:

- É atribuição da equipe de enfermagem conduzir o cliente e família/acompanhante até a unidade de internação munido do prontuário com a devida AIH assinada pelo médico responsável, após contato prévio com a enfermeira assistencial.
- . ➤ É atribuição do enfermeiro e técnico de enfermagem recepcionar o cliente e família/acompanhante na unidade e conferir o prontuário, fazer a admissão e registrar os seguintes dados: → Data e horário da admissão → Como se deu a entrada: deambulando? maca? cadeira? Acompanhado por quem? → Motivo da internação → Queixas principais. → Condições gerais: estado geral, nível de consciência, há presença de soro, curativos, sondas, etc. → Sinais Vitais → Peso e altura: se for possível → Assinatura e número do COREN. Usar carimbo.

6.4 ALTA HOSPITALAR

Definição: Saída do cliente por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito (BRASIL, 2002).

Norma específica:

- É atribuição da equipe de enfermagem: enfermeiro e técnico de enfermagem registrar a alta do cliente no prontuário, na unidade conforme orientação abaixo:
- Data, horário e tipo da Alta: médica, desistência, transferência (local), evasão ou óbito.
- Como saiu: Deambulando? Maca? Cadeira? Acompanhado? Por quem? Em que condições?

- Assinatura e número do COREN: Use carimbo.
- No caso da evasão, registrar a ocorrência dos fatos, horário da constatação e encaminhamentos realizados.
- Na maternidade registrar a saída do RN, além dos documentos que foram entregues à genitora.
- Quem irá realizar a alta no sistema dos pacientes é o NIR da unidade.

6.5 TRANSFERÊNCIA EXTERNA

Definição: É a mudança de um cliente de um hospital para outro (BRASIL, 2002).

Norma específica:

- Todo cliente transferido deverá sair do hospital com resumo sobre os cuidados de enfermagem realizados pelo enfermeiro e técnico de enfermagem da seguinte forma:
 - Data, horário e destino do cliente.
 - Resumo do caso: motivo da internação, quantos dias ficou na unidade, problemas de enfermagem levantados e a terapêutica adotada.
 - Condições no momento da transferência: nível consciência, orientação, soro, curativos, acompanhante e pertences.
 - Anotar os pertences enviados junto com o cliente ou entregues ao familiar.
 - Assinatura e número do COREN. Usar carimbo.

6.6 ENCAMINHAMENTO PARA O CENTRO CIRÚRGICO

Definição: É o transporte do cliente ao centro cirúrgico do hospital em condições seguras.

Norma específica:

- Todo idoso e criança encaminhada ao centro cirúrgico têm o direito de ser acompanhada por um membro da família até à sala operatória e na sala de recuperação pós-anestésica.
- É responsabilidade da equipe de enfermagem conferir as condições do cliente antes do

maqueiro

chegar a enfermaria para efetuar o transporte:

- Conferir e checar a administração de drogas pré-anestésicas e o cumprimento do jejum.
- Conferir o preparo pré-operatório prescrito pelo médico e enfermeiro.
- Solicitar ao cliente para retirada de prótese dentária (se tiver); esvaziar a bexiga, retirar roupas íntimas, adornos, relógio; retirar esmalte das unhas (se tiver), maquiagem e outros objetos que não devem ser levados ao centro cirúrgico. Registrar no prontuário.
- Colocar a pulseira de identificação do cliente.
- O prontuário do cliente deverá ser encaminhado junto ao mesmo, incluindo os exames de imagem e outros.
- É responsabilidade da equipe de enfermagem assistencial do Centro Cirúrgico receber o cliente e o prontuário, conferir o nome com os dados da pulseira.

6.6 ÓBITO

Definição: É aquele que ocorre após o cliente ter dado entrada no hospital independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não. Óbito institucional é aquele que ocorre em até 48 horas após a internação hospitalar.

Norma específica:

- Todo óbito deverá ser comunicado ao Serviço Social para os encaminhamentos que se fizerem necessários junto à família.
- Compete ao médico preencher o atestado de Óbito e entregar para a família ou serviço social.
- Compete ao enfermeiro fazer o relatório da assistência prestada até a constatação do óbito e os encaminhamentos pós-morte.
- Compete aos técnicos de enfermagem preparar o corpo, reorganizar o ambiente deixando limpo e organizado.
- Toda equipe de enfermagem e de saúde deve manter atitude de respeito e promover conforto aos familiares.

7. PASSAGEM DE PLANTÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Definição: A passagem de plantão representa a entrega do seu trabalho a equipe subsequente. Ela é um instrumento de comunicação importante, pois transmite informações sobre os cuidados realizados aos clientes e família e, também favorece a organização do trabalho (SIQUEIRA, KURCGANT, 2005). Diversas maneiras podem ser adotadas pela equipe para passar o seu plantão, contudo, ela deve ser instituída dentro de critérios éticos, legais e que possibilite garantir a continuidade do trabalho.

Norma específica:

- É dever da equipe de enfermagem: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, realizar a passagem de plantão conforme regras estabelecidas pelo grupo e formalizadas junto a chefia imediata.
- Antes da passagem de plantão, toda equipe deverá fazer a “finalização” do turno, ou seja:
 - Organizar os banheiros das enfermarias recolhendo as roupas usadas e colocando-as no *hamper*, comadres, papagaios, banheira, e outros materiais usados na assistência.
 - Organizar os prontuários, verificando as anotações e checando as prescrições médicas e de enfermagem.

- Checar se todos os cuidados de enfermagem foram anotados no impresso de Anotações de Enfermagem – dietas, eliminações e queixas.
- Organizar a sala de procedimentos e posto de enfermagem.
- Organizar o carrinho de emergência e comunicar a farmácia da unidade para reposição.
- Organizar o repouso da equipe, retirar os lençóis da cama e organizar a rouparia.
- É responsabilidade do enfermeiro (a) do turno da manhã abrir o impresso de Passagem de /plantão.
- HORÁRIO DE TRABALHO - Os horário de trabalho da equipe que trabalha 12x36 horas são SD (Serviço Diurno) de início às 07:00hs e término às 19:00hs e SN (Serviço Noturno) de início às 19:00hs às 07:00hs do dia seguinte.
- PASSAR PLANTÃO pago não está autorizado.
- TROCAS - Serão autorizados até 03 (três) trocas respeitando 12 horas de descanso para enfermeiros que fazem SD ou SN e técnicos de enfermagem; Deverão ser realizadas durante o mês vigente e registradas e assinadas pelos profissionais em impresso específico, o qual encontra-se com seus respectivos supervisores e somente serão válidas após a autorização do supervisor/coordenação.
- HORÁRIO DE ALMOÇO / JANTAR / DESCANSO DA EQUIPE – Os colaboradores que trabalham por 12 horas diárias têm direito a uma (01) hora de almoço/descanso (plantão diurno) ou de jantar/descanso (plantão noturno); O descanso dos enfermeiros que trabalham no SN será realizado a partir das 00:00hs através de um rodízio com os enfermeiros de outros setores da Instituição. Todos devem realizar a marcação de ponto na saída e retorno do descanso do almoço ou jantar apenas.
- PONTO ELETRÔNICO – Todos os colaboradores em regime de CLT devem bater o ponto no início do plantão, no horário de almoço/descanso ou jantar/descanso, que têm direito a uma (01) hora, na volta desse descanso e na saída do plantão. Caso haja esquecimento desse registro nos horários estabelecidos deverá ser comunicado ao supervisor, bem como deverá descrever o ocorrido em Comunicação Interna.
- TOLERÂNCIA DE ATRASO – Não serão computadas como jornada extraordinária nem

serão descontadas as variações de horário no registro de ponto não excedentes de 5 (cinco) minutos, observado o limite máximo de 10 (dez) minutos diários.

8. USO DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SINAIS NAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.

Definição: A elaboração da escrita no prontuário exige atenção em relação ao uso das regras gramaticais, abreviaturas, siglas, sinais e termos técnicos. Apresentamos a seguir, uma relação das mais utilizadas e que, ao serem usadas, facilitam o processo de comunicação e otimização do tempo.

ABD – Abdômen.	DIH – Dia de internação hospitalar.
ACV – Aparelho cardiovascular.	DIU – Dispositivo intra-uterino.
AD – Átrio direito	DM – Diabetes mellitus.
AE – Átrio esquerdo	DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crônica.
AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida.	DUM – Data da ultima menstruação.
AR – Aparelho respiratório.	EAP – Edema agudo de pulmão.
AVCH – Acidente vascular cerebral hemorrágico.	ECO – Ecocardiograma.
AVCI – Acidente vascular cerebral isquêmico.	EEG – Eletroencefalograma.
BAVT – Bloqueio atrioventricular total.	
BEG – Bom estado Geral.	EP – Embolia pulmonar.
BH – Balanço Hídrico.	EV – Endovenoso.
BRNF – Bulhas rítmicas normofonéticas.	FA – Fibrilação atrial.
	FC – Frequência cardíaca.
CC – Centro cirúrgico.	FR – Frequência respiratória.
CAT OU CATE – Cateterismo cardíaco.	FSH – Hormônio folículo – estimulante.
CCG – Cuidados e controles gerais.	FV – Fibrilação ventricular.
CCIH – Comissão de controle de infecção hospitalar.	
CD – Conduta	GECA – Gastroenterocolite aguda.
CIA – Comunicação intra-atrial.	GIG – Grande para idade gestacional.
CIPA – Comissão interna de prevenção de acidentes.	
CIV – Comunicação interventricular.	
CME – Centro de material esterilizado.	RCD – Rebordo costal direito.
CO2 – Gás carbônico.	RCE – Rebordo costal esquerdo.
	RCI – Ritmo cardíaco irregular.
HAS – Hipertensão arterial sistêmica.	RCR – Ritmo cardíaco regular.
HB – Hemoglobina.	REG – Bom estado geral.
HDA – Hemorragia digestiva alta.	RHA – Ruídos hidroaereos.
HDB – Hemorragia digestiva baixa.	RL – Ringer lactato.
HIV – Vírus da imunodeficiência humana.	RM – Revascularização do miocárdio.
HT – Hematócrito.	RN – Recém-nascido.
HAS – Hipertensão arterial sistêmica.	

	SARA – Síndrome da angustia respiratória no adulto.
IAM – Infarto agudo do miocárdio.	SC – Subcutâneo.
IC – Intracath.	SF – Soro fisiológico.
ICC – Insuficiência cardíaca congestiva.	SG – Soro glicosado.
	SGF – Soro glicofisiológico.
	SIC – Segundo informações colhidas.
ICo – Insuficiência coronariana.	
ID – Intradérmico.	SNA – Sistema nervoso autônomo.
IM – Intramuscular.	SNC – Sistema nervoso central.
IRA – Insuficiência renal aguda.	SNE – Sonda nasointestinal.
IRC – Insuficiência renal crônica.	SNG – Sonda nasogástrica.
ITU – Infecção do trato urinário.	SNP – Sistema nervoso periférico.
IOT – Intubação orotraqueal.	
	T – Temperatura.
LER – Lesão por esforços repetitivos.	Tb – Tuberculose.
LH – Hormônio luteinizante.	TCE – Traumatismo crânio-encefálico.
	TCM – Triglicérides de cadeia média.
MEG – Mau estado geral.	
MI – Membro inferior.	UTI – Unidade de terapia intensiva.
ml – Mililitro.	
MMII – Membros inferiores.	VD – Ventrículo direito.
MMSS – Membros superiores.	VE – Ventrículo esquerdo.
MP – Marcapasso.	VJD – Veia jugular direita.
MS – Membro superior.	VJE – Veia jugular esquerda.
MV – Murmúrio vesicular	VO – Via oral.
	VSCD – Veia subclávia direita.
	VSCE – Veia subclávia esquerda.
NEO – Neoplasia.	
NPP – Nutrição parenteral prolongada.	
O2 – Oxigênio.	
P – Pulso.	
PA – Pressão Arterial.	
PCR – Parada cardiorrespiratória.	
PIG – Pequeno para idade gestacional.	
PVC – Pressão venosa central.	
TERMOS TÉCNICOS MAIS USADOS NA ENFERMAGEM	
ABCESSO – COLEÇÃO LIMITADA DE PUS LOCALIZADA NA PELE OU EM QUALQUER ÓRGÃO.	
ADIPSIA – FALTA DE SEDE.	
AFAGIA – IMPOSSIBILIDADE DE DEGLUTIR.	

AFASIA – PERDA DA CAPACIDADE DE FALAR.
AFEBRIL – AUSÊNCIA DE FEBRE, SEM FEBRE.
AFONIA – PERDA DE VOZ.
ALOPECIA – QUEDA PARCIAL OU TOTAL DE CABELOS E PELOS DO CORPO.
ANALGESIA – AUSÊNCIA DE DOR.
ANASARCA – EDEMA GENERALIZADO.
ANAMNESE – HISTÓRIA DO ANTECEDENTE DE UMA DOENÇA.
ANOREXIA – INAPETÊNCIA FALTA DE APETITE.
ANÓXIA – FALTA DE OXIGÊNIO.
ANÚRIA – AUSÊNCIA DE URINA (DIURESE).
ANTISSEPSIA–CONJUNTO DE MEIOS EMPREGADOS PARA IMPEDIR A PROLIFERAÇÃO MICROBIANA.
APATIA – INDIFERENÇA (AUSÊNCIA DE SENTIMENTO OU EMOÇÃO).
APNÉIA – PARADA RESPIRATÓRIA, AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS.
ARTROSE – PROCESSO DEGENERATIVO DE UMA ARTICULAÇÃO.
ASCITE – DERRAME DE LÍQUIDO NO PERITÔNIO.
ASFIXIA – SUFOCAÇÃO.
ASTENIA – FRAQUEZA, DEBILIDADE ORGÂNICA.
ATAXIA – DESCOORDENAÇÃO MOTORA.
BIÓPSIA – PARTE RETIRADA PARA EXAME, OBSERVAÇÃO E DIAGNÓSTICO.
BLENORRÉIA – CORRIMENTO MUCOSO E PURULENTO PELA URETRA.
BRADICARDIA – DIMINUIÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA.
BRADIPNÉIA – RESPIRAÇÃO LENTA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS.
BRADISFGMIA – PULSO LENTO.
BULIMIA – APETITE EXAGERADO.
CAQUEXIA – DESNUTRIÇÃO ORGÂNICA (MAGREZA).
CARDIOMEGALIA – AUMENTO DO CORAÇÃO.
CEFALÉIA – DOR DE CABEÇA.
CERUICITE – INFLAMAÇÃO DO COLO UTERINO.
CIANOSE – COLORAÇÃO AZULADA DA PELA, INDICANDO FALTA DE O ₂

CIANÚRIA – EMISSÃO DE URINA DE COR AZULADA.
CISTALGIA – DOR NA BEXIGA.
CISTITE – INFLAMAÇÃO NA BEXIGA.
COLECISTECTOMIA – RETIRADA CIRÚRGICA DA VESÍCULA BILIAR.
COLITE – INFLAMAÇÃO DO COLÓN.
COLPOPERINEOPLASTIA – PLÁSTICA VAGINAL, PARA CORREÇÃO DE DEFEITOS NA VAGINA.
DEAMBULAÇÃO – MARCHAR, ANDAR.
DEBRIDAR – LIMPAR UMA FERIDA APARANDO SEUS BORDOS.
DERMATOSE – DOENÇA DE PELE.
DERMATITE – INFLAMAÇÃO DA PELE.
DISFAGIA – DIFICULDADE DE DEGLUTIR.
DISLALIA – DIFICULDADE DE FALAR (DISTÚRBIO NA DICÇÃO).
DISPEPSIA – MÁ DIGESTÃO, DIFICULDADE DE DIGESTÃO.
DIPLOPIA – VISÃO DUPLA.
DISQUESIA – DIFICULDADE DE EVACUAR.
DISÚRIA – MICÇÃO DOLOROSA E DIFÍCIL, DIFICULDADE PARA URINAR.
DIURESE – URINAR.
EDEMA – INCHAÇO.
ÊMESE – VÔMITO
ENDOVENOSO – DENTRO DA VEIA.
ENTERÓCLISE – LAVAGEM INTESTINAL (ENTEROCLISMA).
EPISTAXE – HEMORRAGIA NASAL.
EQUIMOSE – EXTRAVASAMENTO DE SANGUE DOS VASOS SANGUÍNEOS DA PELE QUE SE ROMPEM FORMANDO UMA ÁREA DE COR ROXA.
ERUCTAÇÃO – ARROTO.
ESPLENOMEGALIA – AUMENTO ANORMAL DO BAÇO.
EUPNÉIA – RESPIRAÇÃO NORMAL.
ENTERORRAGIA – HEMORRAGIA INTESTINAL.
ERITRÓCITO – GLÓBULO VERMELHO DO SANGUE.
FECALOMA – FEZES ENDURECIDAS.
FLATULÊNCIA – GASES INTESTINAIS

FLEBITE – INFLAMAÇÃO DA VEIA.
GASTRALGIA – DOR NO ESTÔMAGO.
GASTROCELE – HÉRNIA ESTOMACAL.
GANGRENA – MORTE DO TECIDO DEVIDO À CIRCULAÇÃO ARTERIAL OU VENOSA DEFICIENTE.
HALITOSE – MAU HÁLITO.
HEMATÊMESE – VÔMITO SANGUÍNEO.
HEMATÚRIA – PRESENÇA DE SANGUE NA URINA.
HEMIPLEGIA – PARALISIA DE UM LADO DO CORPO.
HEMORRAGIA – SAÍDA DE SANGUE PELOS VASOS.
HEMOPTISE – ELIMINAÇÃO DE SANGUE PELA BOCA, RESULTANTE DE LESÃO BRÔNQUIO OU PULMONAR.
HEMOTÓRAX – ACÚMULO DE SANGUE NA CAVIDADE PLEURAL.
HEPATITE – INFLAMAÇÃO DO FÍGADO.
HEPATOMEGALIA – AUMENTO DO FÍGADO.
HIPERIDROSE – SUDORESE EXCESSIVA.
HIPERTERMIA – TEMPERATURA DO CORPO ABAIXO DO NORMAL.
HIPERTENSÃO – PRESSÃO ARTERIAL ACIMA DO NORMAL.

HIPOTERMIA – TEMPERATURA DO CORPO ABAIXO DO NORMAL.
HIPOTENSÃO ARTERIAL - PRESSÃO ARTERIAL ABAIXO DO NORMAL.
HIPOXEMIA – DIMINUIÇÃO DE OXIGÊNIO NO SANGUE
HISTERECTOMIA – REMOÇÃO TOTAL OU PARCIAL DO ÚTERO.
ICTERÍCIA – COLORAÇÃO AMARELADA DA PELE E DO GLOBO OCULAR.
LETARGIA – SONO PROFUNDO E MÓRBIDO DE DISTÚRBO MENTAL.
LIPOTIMIA – VERTIGEM.
LÓQUIOS – PERDA DE SANGUE POR VIA VAGINAL APÓS O PARTO.
MECÔNIO – PRIMEIRA EVACUAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO.
MELENA – EVACUAÇÃO (FEZES) COM SANGUE
MIALGIA – DOR MUSCULAR.
MULTÍPARA – MULHER QUE JÁ PARIU UM OU MAIS FILHOS
NECROSE – TECIDO MORTO DEVIDO À FALHA NA CIRCULAÇÃO LOCAL.
NICTURA – MICÇÃO DURANTE A NOITE DE FUNDO PATOLÓGICO.
NORMOTENSO – PRESSÃO ARTERIAL NORMAL.
OBSTIPAÇÃO – CONSTIPAÇÃO INTESTINAL.
OLIGÚRIA – BAIXO VOLUME URINÁRIO.
OTALGIA – DOR NO OUVIDO.
OTITE – INFLAMAÇÃO DO OUVIDO.
OTORRAGIA – HEMORRAGIA PELO MEATO AUDITIVO EXTERNO.
PARESTESIA – SENSAÇÃO DE FORMIGAMENTO AGUDA, CÂIMBRAS E DE QUEIMADURAS.
PIREXIA – FEBRE, TEMPERATURA ACIMA DE 38°C.
POLACIURIA – EMISSÃO MUITO FREQUENTE DE URINA.
POLIDIPSIA – SEDE EXCESSIVA.
PRIMIGESTA – GRÁVIDA PELA PRIMEIRA VEZ.
PRIMÍPARA – QUE DÁ LUZ AO PRIMEIRO FILHO.
PRURIDO – COCEIRA.
PUERPÉRA – MULHER EM TRABALHO DE PARTO OU QUE PARIU RECENTEMENTE.
RETENÇÃO URINÁRIA – INCAPACIDADE DE ELIMINAR URINA CONTIDA NA BEXIGA.
SEPTICEMIA – PRESENÇA DE ORGANISMOS PATOGENICOS OU TOXINAS NA CORRENTE SANGUÍNEA

SIALORRÉIA – SALIVAÇÃO.

TAQUICARDIA – AUMENTO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA.

TAQUIPINÉIA – AUMENTO DOS MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS.

VERTIGEM – TONTURA

9. SUFIXO

O sufixo indica a intervenção cirúrgica a ser realizada.

Principais sufixos usados:

- ✓ tomia – significa incisão, corte, abertura de parede ou órgão;
- ✓ stomia – significa fazer uma nova “boca”, comunicar um órgão tubular ou oco com o exterior;
- ✓ ectomia – significa extirpar parcial ou totalmente um órgão.
- ✓ plastia – significa reparação plástica da forma ou função do segmento afetado.
- ✓ rafia – significa sutura;
- ✓ pexia – significa fixação de uma estrutura corpórea;
- ✓ scopia – significa visualizar o interior de um órgão cavitário ou cavidade com o auxílio de aparelhos especiais (endoscópios).

Cirurgias com sufixo PLASTIA:

- ✓ blefaroplastia – correção cirúrgica da pálpebra;
- ✓ rinoplastia – correção cirúrgica do nariz;
- ✓ queiloplastia – reparo de defeito nos lábios;
- ✓ mamoplastia – correção cirúrgica das mamas;
- ✓ ritidoplastia – cirurgia indicada para corrigir rugas da face.

Cirurgias com sufixo TOMIA:

- ✓ Laparotomia – abertura da cavidade abdominal;
- ✓ Ureterolitotomia – abertura do ureter para remoção do cálculo
- ✓ Flebotomia – incisão na veia para introdução de cateter;
- ✓ Toracotomia – abertura da cavidade torácica;
- ✓ Cardiotomia – abertura da cárdia;

Cirurgias com sufixo STOMIA:

- ✓ Traqueostomia – “formação de uma abertura na traqueia e sutura das bordas da abertura à pele do pescoço;
- ✓ Gastrostomia – formação de uma abertura no estômago e colocação de uma sonda através da parede abdominal, geralmente utilizada para alimentação.
- ✓ Jejunostomia – formação de uma abertura no jejuno e colocação de uma sonda através da parede abdominal, geralmente utilizada para alimentação.
- ✓ Ileostomia – abertura cirúrgica do íleo, através da parede abdominal, para desviar o trânsito intestinal;
- ✓ Colostomia – abertura cirúrgica do cólon, através da parede abdominal, para desviar o trânsito intestinal;
- ✓ Nefrostomia – formação de uma abertura na pelve renal e colocação de uma sonda exteriorizada na região lombar.

Cirurgias com sufixo ECTOMIA:

- ✓ Tireoidectomia – extirpação parcial ou total da tireóide;
- ✓ Mastectomia – retirada da mama;
- ✓ Esofagectomia – remoção parcial ou total do esôfago;

- ✓ Gastrectomia – extirpação parcial ou total do estômago;
- ✓ Colectomia – remoção da vesícula biliar;
- ✓ Esplenectomia – remoção do baço;
- ✓ Colectomia – remoção parcial ou total do cólon;
- ✓ Histerectomia – extirpação do útero;
- ✓ Salpingectomia – extirpação da tuba uterina;
- ✓ Ooforectomia – extirpação do ovário;
- ✓ Prostatectomia – remoção da próstata;
- ✓ Safenectomia – extirpação da safena.

Cirurgias com sufixo PEXIA:

- ✓ Retinopexia – fixação da retina descolada;
- ✓ Nefropexia – elevação e fixação do rim;
- ✓ Cistopexia – elevação e fixação da bexiga;
- ✓ Orquipexia – fixação do testículo na bolsa escrotal.

Cirurgias com sufixo SCOPIA:

- ✓ Broncoscopia – visualização direta dos brônquios;
- ✓ Esofagogastroduodenoscopia – visualização direta do esôfago, estômago e duodeno;
- ✓ Laparoscopia – visualização da cavidade abdominal;
- ✓ Reto-sigmoidoscopia – visualização do canal anal, reto e sigmóide;
- ✓ Colonoscopia – visualização do intestino grosso, válvula ileocecal e porção terminal do íleo;
- ✓ Cistoscopia – visualização da bexiga.

Outros termos cirúrgicos:

- ✓ Amputação – retirada total ou parcial de um membro ou órgão;
- ✓ Exérese – extirpação parcial ou total de um segmento corpóreo;
- ✓ Anastomose – comunicação cirúrgica realizada entre dois vasos sanguíneos ou entre duas vísceras ocas;
- ✓ Artrodese – imobilização cirúrgica de articulação;
- ✓ Circuncisão ou postectomia – é a excisão do prepúcio para facilitar a exposição da glândula;
- ✓ Paracentese – punção de um espaço cheio de líquidos, utilizando uma agulha com a finalidade de aspirar o líquido ali contido;
- ✓ Toracocentese – punção/ aspiração do espaço intrapleural para remover líquidos anormais, como é o caso dos hidrotórax, hemotórax ou empiema.

10. PORTE DA CIRURGIA

Cirurgias de alto risco:

São as cirurgias que apresentam grandes dificuldades técnicas ou procedimentos que envolvam mais de um órgão, aparelho ou sistema, como: duodenopancreatectomia, cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea, esofagectomias com reconstrução do trânsito alimentar, os transplantes de coração, pulmão-coração, transplante hepático, pâncreas – rim.

Cirurgia de grande porte: gastrectomia, colecistectomia (convencional), cirurgia cardíaca, clipagem de aneurisma cerebral, correção de aneurisma da aorta abdominal ou torácica.

Cirurgia de médio porte: hernioplastias, tireoidectomias, safenectomias, rinoplastias.

Cirurgia de pequeno porte: cirurgias oftalmológicas, cirurgias ambulatoriais ou de pacientes externos, postectomia. O porte cirúrgico também está relacionado ao tipo de anestesia realizada no paciente. Geralmente nas cirurgias de grande porte, a anestesia realizada é a geral. Já nas pequenas cirurgias, a anestesia realizada pode ser local. O tempo da cirurgia também é considerado com relação ao porte cirúrgico, geralmente as cirurgias de maior porte demoram mais tempo para serem realizadas.

Classificação da Cirurgia

O tratamento cirúrgico pode ser classificado quanto a:

- Momento operatório
- Finalidade da cirurgia a ser realizada
- Potencial de contaminação.

10. 1 FINALIDADE DA CIRURGIA A SER REALIZADA

Emergência

Considerada para os pacientes que requerem atendimento imediato, onde o distúrbio pode trazer danos a vida do doente, como: hemorragia intensa, abdome agudo obstrutivo, queimaduras extensas.

Urgência

O paciente deve ser atendido num breve período, entre 24 e 30 horas, como na infecção aguda da vesícula biliar, cálculos renais ou ureterais.

Eletiva

O paciente deve ser operado, mas caso a cirurgia não possa ocorrer, o paciente não corre risco de vida ou agravo em seu estado, como nos reparos de cicatrizes, hérnias simples, perineoplastia, etc....

Opcional

Quando a decisão é do paciente, é ele que escolhe ser operado, como nas cirurgias cosméticas, lipoescultura, mamoplastia.

Paliativo

Tratamento cirúrgico que visa compensar os distúrbios para melhorar as condições do paciente e/ou aliviar a sua dor, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Ex: paciente possui um tumor esofágico inoperável, sendo necessário uma gastrostomia para a introdução de dieta.

Radical

Tratamento cirúrgico por intermédio do qual é feita a remoção parcial ou total de um órgão ou segmento corporal. Ex: apendicectomia, gastrectomia parcial, prostatectomia radical, mastectomia radical.

Plástico

Realizado com a finalidade estética ou corretiva. Ex: ritidoplastia, blefaroplastia, mamoplastia, abdominoplastia, perineoplastia, correção de orelha de abano.

11. DIAGNÓSTICO

Caracteriza-se pela extração de fragmentos de tecidos para exame microscópio (para diagnóstico), videolaparoscopia diagnóstica, videotoracoscopia diagnóstica (por nódulo pulmonar).

12. POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO

Cirurgias limpas

São aquelas realizadas em tecidos estéreis, que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário. Ex.: artroplastia do quadril, cirurgia cardíaca.

Potencialmente contaminada

São aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana, como nas cirurgias com drenagem, pode ocorrer penetração dos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa. Ex.: histerectomia total abdominal, cirurgia do intestino delgado.

Contaminada

São aquelas realizadas em tecidos traumatizados recentemente e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, grande contaminação como tubo digestivo, na obstrução biliar ou urinária. Ex.: cirurgia de cólon, debridamento de queimadura, cirurgia intranasal.

Infectada

Todas as cirurgias que são realizadas na presença de processo infeccioso, tecido necrótico, corpos estranhos, feridas de origem suja. Ex: cirurgia do reto e do ânus, com pus; cirurgia abdominal em presença de pus e conteúdo de cólon; nefrectomia com infecção; presença de vísceras perfuradas.

13. TEMPOS CIRÚRGICOS

Denominam-se tempos cirúrgicos ou operatórios os procedimentos ou manobras consecutivos realizados pelo cirurgião desde o início até o término da cirurgia. De modo geral, todas as intervenções são realizadas em quatro tempos básicos, que são:

1. Diérese – (dividir, separar, cortar) consiste na separação dos planos anatômicos ou tecidos para possibilitar a abordagem de um órgão ou região, é o rompimento da continuidade dos tecidos.

2. Hemostasia – (hemo = sangue; satatis = deter) é o processo através do qual se previne, detém ou impede o sangramento.

3. Exérese ou cirurgia propriamente dita: é o tempo cirúrgico principal, que consiste na realização do tratamento cirúrgico seja em caráter curativo, paliativo, estético ou corretivo, ou com fim diagnóstico.

4. Síntese cirúrgica – (junção; união) é o procedimento utilizado para aproximar ou coaptar as bordas de uma ferida, com a finalidade de estabelecer a contiguidade dos tecidos e facilitar as fases do processo de cicatrização.

14.PERIOPERATÓRIO

Corresponde ao período de 24hs antes da cirurgia até as primeiras 24hs depois do procedimento cirúrgico, englobando as fases:

- Pré-operatório imediato
- Transoperatório
- Pós-operatório imediato.

15. INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO DE ENFERMAGEM

A integração ensino-serviço tem suas bases nas diretrizes da integração docente- assistencial idealizada na reforma universitária de 1968, que considerava elemento importante para a qualificação do profissional a ser formado e também, para a melhoria da qualidade da assistência prestada. No hospital, ela se efetiva através de ações realizadas pelos professores e estudantes de enfermagem juntamente com a equipe de enfermagem.

Objetivos:

- ✓ Definir papéis entre a equipe de enfermagem, docentes e alunos visando tornar o trabalho agradável e acolhedor para todos pacientes.
- ✓ Proporcionar à equipe de enfermagem, docentes e alunos, oportunidades para refletirem sobre a qualidade da assistência prestada.
- ✓ Favorecer o desenvolvimento do ensino de enfermagem (pós-graduação, graduação e nível médio) proporcionando aos alunos, condições de refletirem sobre a aplicação do conhecimento no campo prático, com a participação da equipe de enfermagem.

16. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM

A educação permanente em enfermagem no Hospital Regional de Eunápolis será feito pelo NEP, que se apoia na proposta de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Ela visa capacitar os trabalhadores de enfermagem para alcançar melhor desempenho e qualidade na assistência de enfermagem. No hospital ela deve atender às necessidades da equipe para o atendimento ao adulto, idoso, criança e família.

Objetivos:

- ✓ Estimular a equipe a pensar sua prática, oferecendo meios para estudo e reflexão, visando transformá-la.
- ✓ Instrumentalizar os profissionais de enfermagem para atuar em conformidade aos

princípios (universalidade, integralidade, equidade) e diretrizes (descentralização e municipalização) do Sistema único de Saúde.

✓Compartilhar práticas e saberes de modo a permitir, a equipe, o embasamento, autonomia e a segurança no desempenho de seu trabalho.

✓Promover a integração de programas, ações, condutas e protocolos a serem desenvolvidos pelos trabalhadores de enfermagem do hospital com a rede de atendimento à saúde;

✓Favorecer a integração ensino e serviço;

✓Melhorar a qualidade do cuidado prestado ao pacientes.

17.PADRÕES DE CUIDADOS

Definição: São diretrizes detalhadas que representam o atendimento indicado para uma situação específica. Eles englobam o atendimento genérico necessário para todos os clientes e familiar ou a maioria deles, durante o período de internação na unidade (CARPENITO, 1999).
Norma específica:

➤ Os padrões de cuidados deverão ser prescritos pelo enfermeiro, após a aplicação da SAE.

➤ Os técnicos de enfermagem deverão ser treinados e preparados para desenvolverem as rotinas preconizadas (intervenções) sem a necessidade de estarem descrita no “Plano de cuidados”.

➤ Para facilitar o trabalho da equipe de enfermagem o Manual do Processo de Enfermagem deverá ficar disponível na unidade nas 24h/dia/ano.

➤ É atribuição do NEP, capacitar a equipe para o USO dos POP's.

➤ É atribuição do enfermeiro RT e coordenadores, encaminhar a equipe para capacitação e, para fins de garantir a qualidade das ações e a legalidade do processo, alguns critérios deverão ser seguidos:



➤Capacitação

de toda equipe (enfermeiro e técnico de enfermagem)

para o uso dos POP's:

- Os profissionais deverão receber certificado do NEP de que foram capacitados.
- Manter o Manual do Processo de Enfermagem na unidade 24 horas/dia/ano.
- Repetir este processo toda vez que o Manual for revisado, atualizado e/ou ampliado.

18.PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Parâmetros de referência para avaliação da criança, adulto e idoso.

Esta parte do manual agrupa alguns dados para auxiliar a equipe de enfermagem no dia a dia do trabalho assistencial, contudo, vale ressaltar que, o Código de Ética Profissional, Capítulo II, referente as Responsabilidades toda a equipe de enfermagem, esta deve estar atenta para o Artigo nº 18 que afirma ser obrigação do profissional (...) Manter-se atualizado ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão (COFEN, 240/2000). Apresentamos a seguir, uma relação de dados com objetivo de contribuir com o planejamento e organização da sistematização da assistência de enfermagem.

Tamanho aproximado para idade (peso)	Diâmetro interno do tubo traqueal (mm)	Tamanho do cateter de aspiração (F)
Bebês prematuros (<1 kg)	2,5	5
Bebês prematuros (1–2 kg)	3,0	5 ou 6
Bebês prematuros (2–3 kg)	3,0 a 3,5	6 ou 8
0 mês a 1 ano (3–10 kg)	3,5 a 4,0	8
1 ano/ criança pequena (10–13 kg)	4,0	8
3 anos/ criança (14–16 kg)	4,5	8 ou 10
5 anos/ criança (16–20 kg)	5,0	10
6 anos/ criança (18–25 kg)	5,5	10
8 anos/ crianças a adultos pequenos (24–32 kg)	6,0 com <i>cuff</i>	10 ou 12
12 anos/adolescente (32–54 kg)	6,5 com <i>cuff</i>	12



Figura 3 - A) Demonstração dos eixos (oral, faríngeo e traqueal); B) alinhamento destes eixos com o posicionamento adequado; C) visualização da fenda glótica com a utilização de uma lâmina reta

O tamanho usual do TOT para **mulher adulta** é de **7,0 ou 7,5 mm** e para um **Homem adulto** **8,0 e 8,5 mm**. Em situações de emergência, um tubo de 8,0mm é um tubo de tamanho padrão.

CÁLCULO PARA GOTEJAMENTO DE SORO

Gotejamento com equipo macrogotas: nº de gotas/minutos = Volume : Tempo em horas X 3

Gotejamento com equipo microgotas: nº de microgotas/minutos = Volume : Tempo em horas

Gotejamento de pequenos volumes: nº de gotas/minutos = Volume X 20 : nº de minutos

CÁLCULO DE GOTAS	CÁLCULO DE MICROGOTAS
$\text{Nº gts} = \frac{\text{Volume total (ml)}}{\text{Tempo (h)} \times 3}$	$\text{Nº mgts} = \frac{\text{Volume total (ml)}}{\text{Tempo (h)}}$

Escala de Coma de Glasgow

Glasgow Coma Scale (GCS), conhecida em português como escala de Glasgow, é uma escala neurológica que permite medir/avaliar o nível de consciência de uma pessoa que tenha sofrido um traumatismo crânio-encefálico. É usada durante as primeiras 24 horas posteriores ao trauma e avalia atualmente quatro parâmetros: a abertura ocular, a resposta motora, a resposta verbal e a resposta pupilar

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) ocorre na sequência de uma pancada exercida no crânio e pode causar diversas lesões. Os seus sintomas mais frequentes são a dor de cabeça, a sonolência, as náuseas e as convulsões.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW COM AVALIAÇÃO PUPILAR (ATUALIZADA EM 2018)		
PARÂMETRO	RESPOSTA	PONTOS
ABERTURA OCULAR	Espontâneo	4
	Ao comando verbal	3
	Pressão de abertura dos olhos	2
	Nenhuma	1
	NT	NT
RESPOSTA VERBAL	Orientado e conversando	5
	Desorientado	4
	Palavras	3
	Sons	2
	Nenhuma	1
	NT	NT
RESPOSTA MOTORA	Ao comando	6
	Localiza dor	5
	Flexão normal	4
	Flexão anormal	3
	Extensão	2
	Nenhuma	1
	NT	NT
APÓS REALIZAR ECG DEVE ANALISAR A REAÇÃO PUPILAR AVALIAÇÃO PUPILAR (P)		
INEXISTENTE	NENHUMA PUPILA REAGE AO ESTÍMULO DE LUZ	2
PARCIAL	APENAS UMA PUPILA REAGE AO ESTÍMULO DE LUZ	1
COMPLETA	AS DUAS PUPILAS REAGEM AO ESTÍMULO DE LUZ	0
CALCULAR ECG-P: Valor da ECG - (subtrair) o Valor avaliação P (Pupilar= Valor da escala à partir da atualização de 2018		
PONTUAÇÃO MÍNIMA: 01		PONTUAÇÃO MÁXIMA: 15

Escala de Aldret e Kroulik

A preocupação com a qualidade de assistência ao paciente tem sido uma constante ainda maior, quando relacionada a alta complexidade que envolve o cuidado do paciente em sala de recuperação anestésica (SRA). Acreditando ser necessário uma avaliação segura e eficaz que considere também as alterações endócrinas e metabólicas decorrentes do trauma anestésico-cirúrgico do paciente, sugere-se a criação de padrões e critérios de avaliação para a assistência prestada ao paciente em SRA e a validação dos mesmos. Em 1970, Aldrete e Kroulik propuseram um sistema numérico de avaliação pós-anestésica permitindo uma coleta de dados com critério definido realizada pelo enfermeiro da SRA. O valor acima de 8 no índice de Aldret e Kroulik é critério para alta do paciente da SRA.

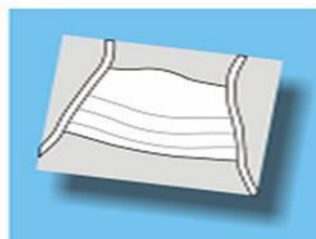
<i>Escala de Aldrete e Kroulik – Pacientes internados</i>		
Consciência	Totalmente desperto	2
	Desperta quando chamado	1
	Não responde	0
Atividade	Movimento ativo dos 4 membros	2
	Movimento ativo de 2 membros	1
	Incapaz de mover-se	0
Circulação	PA nl ou $\pm 20\%$ do pré-anestésico	2
	PA $\pm 20 - 49\%$ do pré-anestésico	1
	PA $\pm 50\%$ do pré-anestésico	0
Respiração	Respira profundamente e tosse	2
	Dispnéia, hipoventilação	1
	Apnéia	0
Saturação de pulso de O₂	SpO ₂ > 92% com ar ambiente	2
	SpO ₂ > 90% necessita O₂ suplementar	1
	SpO ₂ < 90% mesmo com O₂ suplementar	0

19. MÉTODOS DE PRECAUÇÕES

PRECAUÇÕES DE GOTÍCULAS



Álcool Gel

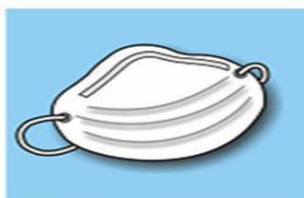


Máscara comum

PRECAUÇÕES AÉREAS



Álcool Gel



Máscara de barreira



Equipamentos exclusivos

PRECAUÇÕES DE CONTATO



Álcool Gel



Luvas



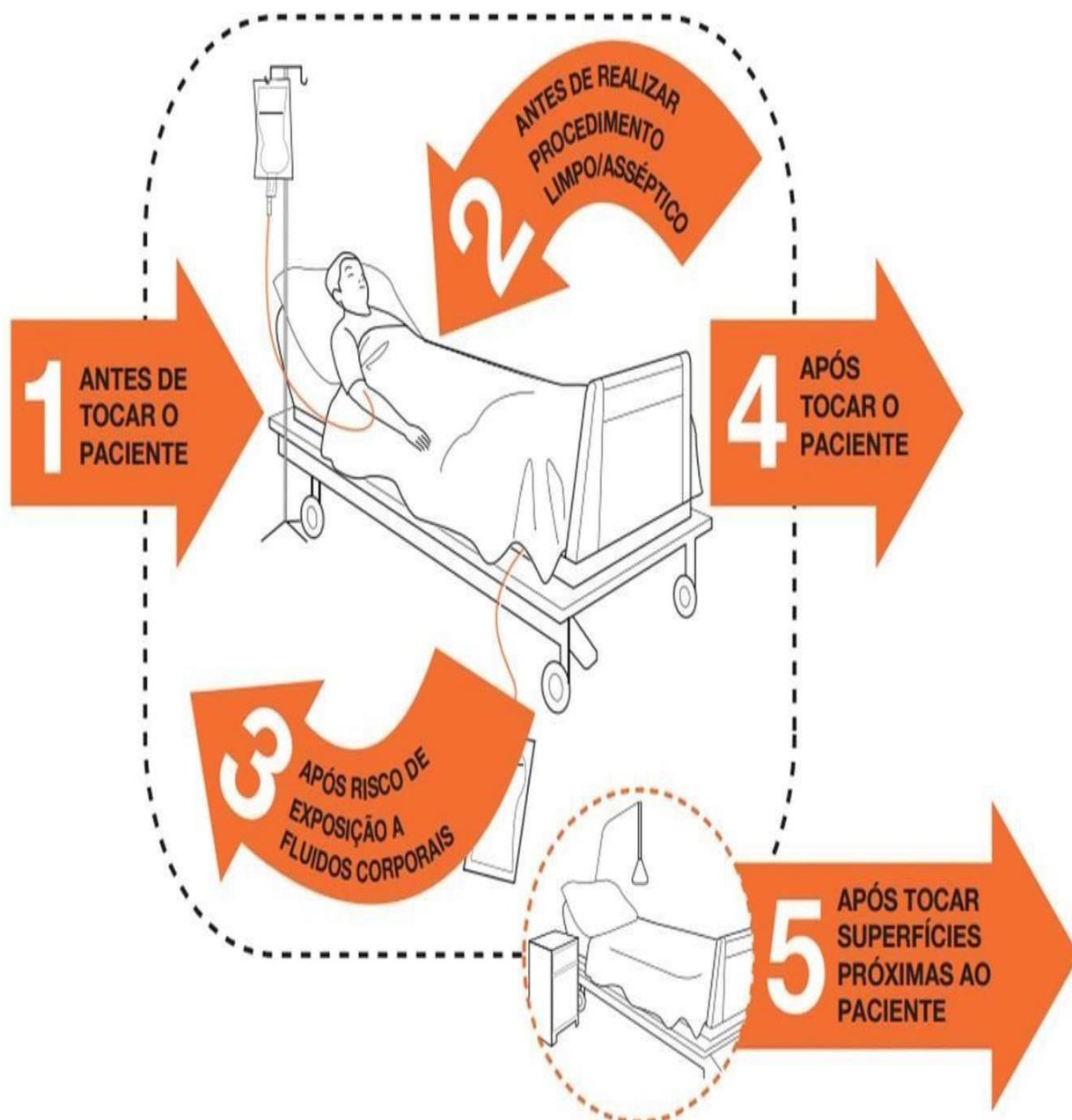
Avental



Equipamentos exclusivos

20. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

QUANDO? Seus 5 momentos para a higiene das mãos



21. DESCARTE DE RESÍDUOS

Representação Técnica De Maria do Socorro Rocha (DNI 8619)

CADA RESÍDUO NO SEU LUGAR

DESCARTE OS RESÍDUOS NOS LOCAIS INDICADOS E AJUDE A CONSTRUIR UM AMBIENTE SAUDÁVEL PARA TODOS.



PAPEL

Jornais, revistas, cartazes, envelopes sem adesivos e grampos. Devem estar secos, limpos e sem amassar.



PLÁSTICO

Copos descartáveis utilizados no consumo de água, garrafas pet, embalagens plásticas em geral, sacos e sacolas.



INFECTANTE

Resíduos de precauções, bolsas transfusionais vazias ou com volume residual, resíduos de curativo, sobras de amostras biológicas e enxoval cirúrgico descartável com presença de matéria orgânica.



COMUM

Equipo de soro, frasco de soro, algodão, absorventes higiênicos, fraldas descartáveis, luvas de procedimentos, copo de cafezinho, material de uso assistencial não contaminado.



QUÍMICO

Medicamentos vencidos, sobra de medicamentos, resíduos de produtos hormonais e antimicrobianos, citostáticos, quimioterápicos, imunossuppressores, digitálicos, imunomoduladores, antirretrovirais, frasco ampola e materiais contaminados por estes.

22. PARÂMETROS MONITORIZAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

O que é Hipertensão Arterial?

Normalmente, o sangue bombeado pelo coração para irrigar os órgãos ou movimentar-se, exerce uma força contra a parede das artérias. Quando a força que esse sangue precisa fazer está aumentada, isto é, as artérias oferecem resistência para a passagem do sangue dizemos que há hipertensão arterial, ou popularmente pressão alta. A contração para expulsar o sangue a força é máxima e esse processo é chamado de sístole.

Relaxamento do coração entre as contrações cardíacas a força é mínima e esse processo é chamado de diástole.

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	≥160	≥100

– O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo.

– Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

Dimensões Recomendadas Para a Largura do Manguito (Pressão Arterial)

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11 - 15	6	12
Infantil	16 - 22	9	18
Adulto pequeno	20 - 26	10	17
Adulto	27 - 34	12	23
Adulto grande	35 - 45	16	32

23.MEDIDAS PREVENTIVAS RELACIONADAS À SEGURANÇA DO PACIENTE

PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE:

Escala de Braden

As alterações da integridade da pele que comumente resultam em lesões denominadas Lesão por pressão, lesão de decúbito, têm sido relatadas como sendo objeto de preocupação da enfermagem desde o seu início com Florence Nightingale, porém o problema continua sendo bastante comum em pacientes cuidados nos hospitais e domicílios. Os pacientes críticos reúnem todas as condições para desenvolver lesão por pressão, pois muitas vezes ficam acamados, imobilizados e com má perfusão tecidual. O enfermeiro tem papel essencial em identificar o grau de risco do paciente em desenvolver lesão por pressão visando medidas profiláticas. Utilizamos as notas para identificar o risco do paciente em desenvolver lesão por pressão. Quanto menor for a pontuação, maior será o risco, ou seja, quanto menor o escore da escala de Braden, maior é o risco de desenvolvimento de lesão por pressão.

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

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de Risco	Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	Mobilidade	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-
Total		Risco Brando 15 a 16	Risco Moderado 12 a 14	Risco Severo Abaixo de 11	-

24.PREVENÇÃO DE QUEDA

Escala de Quedas de Morse

Queda:

Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário.

Dano:

Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo-se doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico.

As quedas são as principais causas de morte por trauma nas pessoas com 65 ou mais anos, podendo conduzir a outras consequências graves como fraturas de fêmur, traumatismos cranianos e lesões de tecidos moles.

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição e de ordem legal. Quedas de pacientes também podem interferir na continuidade do cuidado. A queda de pacientes em hospitais geralmente está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico. Entre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 85 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural.

TIPOS DE QUEDA

Quedas acidentais: Ocorrem por fatores externos à pessoa, acontecendo a clientes sem risco de queda, não se podendo prever ou antecipar. Estes tipos de quedas não podem ser previstas pela escala e as estratégias para a sua prevenção passam por minimizar os riscos ambientais.

Quedas fisiológicas não antecipáveis: Ocorrem em indivíduos sem fatores de risco para a queda. Não sendo, portanto, possíveis de prever, até que a primeira ocorra de fato. Estas podem ocorrer devido a fatores fisiológicos como convulsões, perda de força, ou fraturas patológicas (que ocorrem pela primeira vez). Correspondem a cerca de 8% do total das quedas (Morse, 2009).

Quedas fisiológicas antecipáveis: Ocorrem em indivíduos com alterações fisiológicas e que apresentam risco de queda. Este tipo de quedas constituem quase 80% do total de quedas e são as potencialmente preveníveis com a utilização da EQM (Morse, 2009).

ESCALA DE MORSE ADAPTADA

Paciente:			
Data:		Idade:	
		Leito	
Ítens	Histórico	Escala	Pontuação
1. Histórico de quedas nos últimos 3 meses	Não	0	
	Sim	25	
2. Diagnóstico (s) secundário (s)	Não	0	
	Sim	15	
3. Auxílio na deambulação	Nenhum/Acamado/Com auxílio	0	
	Muletas/Bengalas/Andador	15	
	Mobiliário /Parede	30	
4. Terapia intravenosa/Dispositivo endovenoso hidrolisado	Não	0	
	Sim	20	
5. Marcha	Normal/Sem deambulação/Acamado cadeira de rodas	0	
	Fraca	10	
	Comprometida/Cambaleante	20	
6. Estado mental	Orientado/Capaz quanto a sua capacidade/Limitação	0	
	Superestima capacidade/Esquece limitações	15	
TOTAL			
Nível de risco	Pontuação da escala	Ação	
Sem risco:	0 - 24	Nenhuma	
Baixo risco:	25 – 44	Intervenção padrão de prevenção de quedas	
Alto risco: 5	> ou = a 45	Intervenção padrão de prevenção de quedas	

As quedas são as principais causas de morte por trauma nas pessoas com 65 ou mais anos, podendo conduzir a outras consequências graves como fraturas de fêmur, traumatismos cranianos e lesões de tecidos moles. Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição e de ordem legal. Quedas de pacientes também podem interferir na continuidade do cuidado.

25. ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Ao Enfermeiro Responsável Técnico e Coordenador compete:

1. Participar da formulação das estratégias organizacionais e assegurar que estas sejam compreendidas e compartilhadas por todos do seu setor;
2. Desenvolver e promover um sistema de comunicação;
3. Planejar as ações a serem desenvolvidas pelo seu serviço de forma participativa, integrando todos os planos de ação;
4. Assegurar que as estratégias definidas no planejamento operacional sejam compartilhadas e compreendidas por todos os colaboradores sob a sua coordenação;
5. Integrar os indicadores de desempenho e correlacioná-los para permitir a análise crítica do desempenho global do serviço, com o objetivo de avaliar a eficácia das estratégias e dos planos de ação definidos;
6. Coordenar todos os profissionais sob sua gestão, intervindo quando julgar necessário;
7. Definir os padrões de qualidade do serviço e de seus processos e monitorá-los através do nível de satisfação dos clientes/ pacientes internos e externos;
8. De acordo com a avaliação feita dos indicadores, intervir sempre que necessário de forma a garantir a otimização do serviço e de seus processos;
9. Viabilizar as condições físicas, materiais, tecnológicas e de segurança necessárias para o desenvolvimento das atividades da sua área;
10. Realizar atendimento a clientes internos e externos para informações e orientações relacionadas ao serviço;
11. Atuar de forma integrada com os demais serviços, identificando e compreendendo sempre suas interfaces com os mesmos, colaborando assim para a eficácia e eficiência da Instituição;
12. Participar da definição de perfil e avaliação de desempenho dos colaboradores, em alinhamento com as normas de contratação Instituição;
13. Promover o desenvolvimento técnico e administrativo da equipe sob sua liderança;
14. Participar do planejamento e execução dos programas de Treinamento e Desenvolvimento referente ao seu serviço;
15. Validar o remanejamento de pessoal das equipes de Enfermagem, de acordo com a

demanda dos diversos setores;

- 16.** Elaborar escala de serviço e de férias dos colaboradores sob sua coordenação, mensalmente;
- 17.** Realizar avaliação dos colaboradores da Coordenação e supervisão de Enfermagem que se encontram em período de experiência e dos gestores de unidades;
- 18.** Orientar e acompanhar os colaboradores recém-admitidos na Instituição;
- 19.** Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária sempre que necessário;
- 20.** Estimular os colaboradores a gerar novas ideias e buscar novas oportunidades de melhorias para o serviço;
- 21.** Manter informações necessárias e atualizadas de todos os profissionais de Enfermagem que atuam na empresa / instituição;
- 22.** Realizar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, de ofício, ao representante legal da empresa / instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem;
- 23.** Intermediar, junto ao Conselho Regional de Enfermagem, a implantação e funcionamento de Comissão de Ética de Enfermagem;
- 24.** Colaborar com todas as atividades de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem, bem como atender a todas as solicitações ou convocações que lhes forem demandadas pela autarquia;
- 25.** Informar, de ofício, ao representante legal da empresa / instituição situações de infração à legislação da Enfermagem.

As Supervisões de Enfermagem compete:

1. Supervisionar os registros nos prontuários dos pacientes, verificando se os mesmos estão de acordo com a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE);
2. Orientar e supervisionar o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) pelos colaboradores sob sua responsabilidade no setor;
3. Orientar e acompanhar os colaboradores da equipe de Enfermagem recém- admitidos na Unidade;
4. Intervir junto aos colaboradores sob sua responsabilidade, em casos de indisciplina, tomando as ações cabíveis de acordo com a gravidade do ocorrido, com o conhecimento do Enfermeiro Plantonistas dos setores;
5. Emitir parecer técnico quanto a equipamentos e materiais em teste a serem aplicados na assistência ao paciente, quando necessário;
6. Criar ferramentas que viabilizem a padronização desses processos e a internalização dos mesmos por parte da equipe;
7. Realizar o planejamento de ações, definição de responsabilidades e delegação de atividades entre os profissionais de sua equipe;
8. Realizar periodicamente ou conforme necessidade treinamentos e capacitações com os profissionais de suas respectivas equipes de modo a fortalecer o Núcleo de Educação Permanente;

Ao Enfermeiro (a) do SCIH compete:

1. Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:
2. Colaboração com o Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
3. Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
4. Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
5. Em cooperação com médico infectologista, o uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
6. Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas

pelos

membros executores da CCIH;

7. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
8. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
9. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;
10. Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;
11. Definir, junto com o médico infectologista e em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
12. Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;
13. Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
14. Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
15. Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob Vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
16. Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados;
17. Caberá à autoridade máxima da instituição:
 - I- Constituir formalmente a CCIH;
 - II- Nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;
 - III- Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;
 - IV- Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;
 - V- Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer;



VI- Fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.

Ao Enfermeiro (a) Assistencial compete:

1. Organizar, delegar e monitorar as atividades a serem realizadas pelos componentes da equipe sob sua responsabilidade considerando a capacitação e habilidade técnica destes;
2. Identificar, notificar e prevenir os riscos assistenciais para orientar o grupo sob sua responsabilidade, durante a assistência ao paciente, considerando as normas vigentes no Hospital;
3. Participar da elaboração e implementação de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem;
4. Prestar esclarecimentos aos pacientes e familiares quanto a procedimentos de Enfermagem aplicados;
5. Auxiliar o médico em procedimentos que ocorrerem na unidade, garantindo o registro dos mesmos no prontuário;
6. Prestar cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
7. Atuar junto à equipe Médica nos casos de paciente em parada cardiorrespiratória, orientando a atuação dos colaboradores sob sua responsabilidade;
8. Orientar e supervisionar o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) pelos colaboradores sob sua responsabilidade no setor;
9. Orientar e acompanhar os colaboradores da equipe de Enfermagem recém-admitidos na Unidade;
10. Conduzir a passagem de plantão entre a equipe de Enfermagem a cada turno e entre setores;
11. Conferir diariamente o carro de urgência do setor;
12. Verificar funcionamento da geladeira, validade e características gerais dos medicamentos nela contidos, registrando em impresso conforme fluxo de conferência;
13. Realizar o aprazamento das prescrições médicas;
14. Realizar a passagem de sondas vesical, nasogástrica e orogástrica, quando prescritos;
15. Realizar curativos especiais;
16. Identificar alterações no quadro clínico de pacientes, atuando sempre que necessário;
17. Repassar ao médico informações relevantes quanto a alterações de quadros clínicos, não conformidades em prescrições médicas, contribuindo com observações quanto à terapêutica aplicada ao paciente;

- 18.** Acompanhar o transporte do paciente grave para realização de exames de imagem ou transferência para outra unidade;
- 19.** Realizar procedimento de aspiração orotraqueal, nasotraqueal e via traqueostomia;
- 20.** Participar da elaboração e revisão de protocolos, fluxos, POP's e manuais do setor, junto ao Enfermeiro Chefe da Unidade, quando solicitado;
- 21.** Zelar pela limpeza, conservação e integridade do patrimônio institucional alocado no serviço;
- 22.** Cobrar a realização da coleta de amostras para exames laboratoriais e exames de imagem, junto aos setores responsáveis pelos processos;
- 23.** Participar de reuniões e treinamentos previstos para o setor, quando convocado;
- 24.** Participar de comissões, sempre que convocado pela chefia imediata;
- 25.** Verificar o funcionamento dos equipamentos médicos hospitalares utilizados para o tratamento, recuperação dos pacientes e solicitar manutenção quando necessários;
- 26.** Assistir e orientar os pacientes/acompanhantes de alta, transferência e óbito, comunicando os setores envolvidos no processo;
- 27.** Acionar laboratório quando exames de urgência;
- 28.** Acionar o NIR quando solicitado hemocomponentes;
- 29.** Realizar notificação de doenças de agravo;
- 30.** Recebimento das medicações de horário da farmácia.

Ao Técnico de Enfermagem compete:

1. Receber os pacientes admitidos para cuidado e controle geral.
2. Executar os cuidados de enfermagem necessários à assistência ao paciente, conforme plano estabelecido pela enfermeira.
3. Preparar o cliente para o exame.
4. Comunicar a enfermeira quaisquer alterações observadas.
5. Atender as solicitações dos clientes.
6. Participar das reuniões, quando convocados.
7. Participar de treinamentos e reciclagens estabelecidos para a área.
8. Zelar pela limpeza, ordem e conservação das dependências da unidade.
9. Auxiliar o médico e os demais profissionais da equipe de saúde no que for necessário.
10. Registrar, na nota de sala, materiais e medicamentos utilizados por cada cliente.
11. Fazer registro nos prontuários dos pacientes.
12. Assistir o doente na recuperação pós-sedação.
13. Administrar medicamentos de acordo com prescrição médica e sob orientação da enfermeira.
14. Obedecer a normas e rotinas estabelecidas pelo hospital e pela unidade.
15. Participar de transferência intrahospitalar quando solicitado.
16. Zelar pela limpeza, ordem e conservação das dependências da unidade.
17. Preparar pacientes para exames e orientá-lo quanto ao procedimento.
18. Manter atualizados armários, pastas, livros de registros e quadro de avisos.
19. Colaborar na limpeza e organização da unidade.
20. Manter padronização de materiais e controlar material permanente.
21. Devolver medicamentos à farmácia, quando necessário.
22. Comunicar a enfermeira qualquer intercorrência.
23. Fazer transporte do cliente da unidade de internação para outros serviço e o seu retorno a

unidade.

24. Encaminhar, diariamente, ao CME, instrumental e materiais sujos para esterilização

25. Trazer do CME, instrumental estéril necessário.

26. Fazer limpeza dos equipamentos e aparelhos.

27. Solicitar reposição de roupas de acordo com necessidade

28. Transportar os pacientes para o centro cirúrgico;

29. Controle de Sinais Vitais.

Data da Elaboração

01 de Junho de 2023

Aprovação

Tarcio R. Oliveira Mesquita Diretor Administrativo APAS	Flavia Leonor S. Silva Gerência Geral APAS	Ana Rafaela M. Farini Coordenação Assistencial APAS	Kaliandra Bonfim Muniz Coordenação de Enfermagem
---	---	---	---

