



Edições
UERN



FAPERN



**GRUPO DE PESQUISA
ATENÇÃO À SAÚDE DO
ADULTO E DO IDOSO**



**Ciência
Presente**

*Atividades para promoção à saúde, prevenção de doenças e
agravos em doenças crônicas.*

Departamento de
Enfermagem

FAEN UERN

ORGANIZADORES:

Alcivan Nunes Vieira

Francisco Rafael Ribeiro Soares

Kalidia Felipe de Lima Costa

MANUAL DE PROTOCOLOS OPERACIONAIS PADRÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO - MOSSORÓ / RN

MANUAL DE PROTOCOLOS OPERACIONAIS PADRÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO - MOSSORÓ / RN

ORGANIZADORES:

Alcivan Nunes Vieira

Francisco Rafael Ribeiro Soares

Kalidia Felipe de Lima Costa



Departamento de
Enfermagem

FAEN UERN

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Reitora

Cicília Raquel Maia Leite

Vice-Reitor

Francisco Dantas de Medeiros Neto

Diretor da Editora Universitária da Uern – Eduern

Francisco Fabiano de Freitas Mendes

Chefe do Setor Executivo da Editora Universitária - Eduern

Jacimária Fonseca de Medeiros

Chefe do Setor de Editoração da Editora Universitária da Uern - Eduern

Emanuela Carla Medeiros de Queiros



Conselho Editorial das Edições UERN

Edmar Peixoto de Lima

Emanuela Carla Medeiros de Queiros

Filipe da Silva Peixoto

Francisco Fabiano de Freitas Mendes

Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima

Jacimária Fonseca de Medeiros

José Elesbão de Almeida

Maria José Costa Fernandes

Maura Vanessa Silva Sobreira

Kalidia Felipe de Lima Costa

Regina Célia Pereira Marques

Rosa Maria Rodrigues Lopes

Saulo Gomes Batista



Diagramação e Capa

Alice Kelly Silva Oliveira

Catálogo da Publicação na Fonte.

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

Manual de Protocolos Operacionais Padrão das Unidades de Pronto Atendimento - Mossoró/RN [recurso eletrônico]. / Alcivan Nunes Vieira, Francisco Rafael Ribeiro Soares, Kalidia Felipe de Lima Costa (orgs.). – Mossoró, RN: Edições UERN; FAPERN, 2023.

262 p.

ISBN: 978-85-7621-446-5 (E-book).

1. Ciências da Saúde - Enfermagem. 2. Protocolos Operacionais Padrão - Unidades de Pronto Atendimento. 3. Mossoró-RN. I. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. II. Título.

UERN/BC

610.73 CDD

Meus amigos e minhas amigas,

O Projeto Institucional de Fortalecimento de Ações de Divulgação e Popularização da Ciência nos Territórios do RN, pelo qual foi possível a edição de todas essas publicações digitais, faz parte de uma plêiade de ações que a **Fundação de Amparo à Ciência, Tecnologia e Informação do Estado do Rio Grande do Norte (FAPERN)**, em parceria, nesse caso, com a Fundação Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FUERN), vem realizando a partir do nosso Governo.

Sempre é bom lembrar que o investimento em ciência auxilia e enriquece o desenvolvimento de qualquer Estado e de qualquer país. Sempre é bom lembrar ainda que inovação e pesquisa científica e tecnológica são, na realidade, bens públicos que têm apoio legal, uma vez que estão garantidos nos artigos 218 e 219 da nossa Constituição.

Por essa razão, desde que assumimos o Governo do Rio Grande do Norte, não medimos esforços para garantir o funcionamento da FAPERN. Para tanto, tomamos uma série de medidas que tornaram possível oferecer reais condições de trabalho. Inclusive, atendendo a uma necessidade real da instituição, viabilizamos e solicitamos servidores de diversos outros órgãos para compor a equipe técnica.

Uma vez composto o capital humano, chegara o momento também de pensar no capital de investimentos. Portanto, é a primeira vez que a FAPERN, desde sua criação, em 2003, tem, de fato, autonomia financeira. E isso está ocorrendo agora por meio da disponibilização de recursos do PROEDI, gerenciados pelo FUNDET, que garantem apoio ao desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação (CTI) em todo o território do Rio Grande do Norte.

Acreditando que o fortalecimento da pesquisa científica é totalmente perpassado pelo bom relacionamento com as Instituições de Ensino Superior (IES), restabelecemos o diálogo com as quatro IES públicas do nosso Estado: UERN, UFRN, UFERSA e IFRN. Além disso, estimulamos que diversos órgãos do Governo fizessem e façam convênios com a FAPERN, de forma a favorecer o desenvolvimento social e econômico a partir da Ciência, Tecnologia e Inovação (CTI) no Rio Grande do Norte.

Por fim, esta publicação que chega até o leitor faz parte de uma série de medidas que se coadunam com o pensamento – e ações – de que os investimentos em educação, ciência e tecnologia são investimentos que geram frutos e constroem um presente, além, claro, de contribuir para alicerçar um futuro mais justo e mais inclusivo para todos e todas!

Boa leitura e bons aprendizados!



Fátima Bezerra

Governadora do Rio Grande do Norte



Parceria pelo

Desenvolvimento Científico do RN



A Fundação de Amparo à Ciência, Tecnologia e Informação do Estado do Rio Grande do Norte (FAPERN) e a Fundação Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FUERN) sentem-se honradas pela parceria firmada em prol do desenvolvimento científico, tecnológico e de inovação. A publicação deste livro eletrônico (e-book) é fruto do esforço conjunto das duas instituições, que, em setembro de 2020, assinaram o Convênio 05/2020–FAPERN/FUERN, que, dentre seus objetivos, prevê a publicação de mais de 300 e-books. Uma ação estratégica como fomento de divulgação científica e de popularização da ciência.

Esse convênio também contempla a tradução de sites de Programas de Pós-Graduação (PPGs) das Instituições de Ensino Superior do Estado para outros idiomas, apoio a periódicos científicos e outras ações para divulgação, popularização e internacionalização do conhecimento científico produzido no Rio Grande do Norte. Ao final, a FAPERN terá investido R\$ 855.000,00 (oitocentos e cinquenta mil reais) oriundos do Fundo Estadual de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNDET), captados via Programa de Estímulo ao Desenvolvimento Industrial do Rio Grande do Norte (PROEDI), programa aprovado em dezembro de 2019 pela Assembleia Legislativa na forma da Lei 10.640, sancionada pela governadora, professora Fátima Bezerra.

Na publicação dos e-books, estudantes de cursos de graduação da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) são responsáveis pelo planejamento visual e diagramação das obras. A seleção dos bolsistas ficou a cargo da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE/UERN).

Os editais lançados abrangeram diferentes temáticas assim distribuídas: no Edital 17/2020 - FAPERN, os autores/ organizadores puderam inscrever as obras resultantes de suas pesquisas de mestrado e doutorado defendidas junto aos PPGs de todas as Instituições de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICTIs) do Rio Grande do Norte, bem como coletâneas que foram resultados de trabalhos dos grupos de pesquisa nelas sediados. No Edital nº 18/2021 - FAPERN, realizou-se a chamada para a publicação de e-books sobre o tema “Turismo para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte”. No Edital nº 19/2021 - FAPERN, foi inscrita a chamada para a publicação de e-books sobre o tema “Educação para a cidadania e para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte: relatos de ações exitosas”. No Edital nº 20/2021 - FAPERN, foi realizada a chamada para a publicação de e-books sobre o tema «Saúde Pública, desenvolvimento social e cidadania no Rio Grande do Norte: relatos de ações exitosas”. O Edital nº 21/2021 - FAPERN trouxe a chamada para a publicação de e-books sobre o tema “Segurança pública, desenvolvimento social e cidadania no Rio Grande do Norte: relatos de ações exitosas”. O Edital nº 22/2021 - FAPERN apresentou a chamada para a publicação de e-books sobre o

a chamada para a publicação de e-books sobre o tema “Pesquisas sobre o Bicentenário da Independência do Brasil (1822-2022): desdobramentos para o desenvolvimento social e/ou econômico do RN”. O Edital nº 23/2021 – FAPERN realizou a chamada para a publicação de e-books sobre o tema “Pesquisas sobre o Centenário da Semana de Arte Moderna (1992-2022) desdobramentos para o desenvolvimento social e/ou econômico do RN”. O Edital nº 22/2022 – FAPERN, realizou a chamada para a publicação de e-books com o objetivo de contribuir para o fortalecimento e divulgação da pesquisa a partir dos programas de pós-graduação e dos Grupos de Pesquisa das Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Norte.

Com essa parceria, a FAPERN e a FUERN unem esforços para o desenvolvimento do Estado do Rio Grande do Norte, acreditando na força da pesquisa científica, tecnológica e de inovação que emana das instituições potiguares, reforçando a compreensão de que o conhecimento é transformador da realidade social.

Agradecemos a cada autor(a) que dedicou seu esforço na concretização das publicações e a cada leitor(a) que nelas tem a oportunidade de ampliar seu conhecimento, objetivo final do compartilhamento de estudos e pesquisas.



*Gilton Sampaio
de Souza*

Diretor-Presidente da FAPERN

Cicília Raquel

Maia Leite

Presidente da FUERN



APRESENTAÇÃO

A qualidade dos serviços de saúde é um objetivo constante e permanente a ser alvo de todos os esforços dos atores sociais que, de algum modo, estejam ligados à produção do cuidado em saúde. Ao longo dos anos, esta tem se tornado uma grande preocupação, haja vista os estudos sobre qualidade e suas citações em vários documentos oficiais e a publicação de várias normas e protocolos, diretrizes clínicas e *guidelines*.

Esta busca incessante pela qualidade nos serviços de saúde tem como alicerce as Práticas Baseadas em Evidências (PBE) que são definidas “como uma abordagem que associa a melhor evidência científica disponível, com a experiência clínica e a escolha do paciente para auxiliar na tomada de decisão” (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2020). Objetivamente, nos serviços de saúde, esta busca pela qualidade ocorre sobretudo com estratégias de educação permanente em saúde e com o estabelecimento de normas e rotinas com fulcro na PBE, por meio dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP).

Esta obra é uma coletânea de POPs desenvolvidos em uma parceria entre o projeto de extensão Ciência presente: ações para promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos em diferentes contextos, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte com os profissionais de uma Unidade de Pronto Atendimento da cidade de Mossoró. Sua construção se deu em um processo de estudos, pesquisas e redação realizados pela equipe da FAEN/UERN e validação dos constructos pela equipe da UPA24h.

O Manual de Protocolos Operacionais Padrão das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de Mossoró-RN tem 11 seções, cada uma contendo um agrupamento de POPs, totalizando ao final, 54 capítulos. Dado o rigor e os critérios aplicados na busca de fontes de informação, este produto já foi aceito pela equipe gestora dessas unidades assistenciais e reconhecido preliminarmente como um exitoso produto da parceria interinstitucional de cunho técnico e científico. A UERN protagoniza, através da FAEN, um importante vínculo com a SUS no Município, proporcionando aos profissionais das UPAs uma relevante contribuição ao aprimoramento da assistência, orientando-a pelas melhores práticas e evidências científicas.

REFERÊNCIA

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. Evidence-Based Practice and sociocultural analysis in Primary Care. *Physis*, v. 30, n. 2, e300232, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300232>.

LISTA DE SIGLAS

ABD - Água Bi-Destilada

ACR - Acolhimento com Classificação de Risco

AGE - Ácidos Graxos Essenciais

AHA - American Heart Association

APH - Atendimento Pré-Hospitalar

ATLS - Advanced Trauma Life Support

AVC - Acesso Venoso Central

AVE - Acidente Vascular Encefálico

AVP - Acesso Venoso Periférico

BCG - Bacilo de Calmette-Guérin

bpm - Batimentos por Minuto

cm - Centímetros

CME - Central de Material Estéril

DEA - Desfibrilador Externo Automático

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EPI - Equipamento de Proteção Individual

EV - Endovenosa

FC - Frequência Cardíaca

FiO₂ - Fração Inspirada de Oxigênio

FR - Frequência Respiratória

G - Grande

HGT - Hemoglicoteste

ID - Intradérmica
IEC - *International Electrotechnical Commission*
IM - Intramuscular
IPM - Incursões por Minuto
IRPM - Incursões Respiratórias por Minuto
ITU - Infecção do Trato Urinário
L/min - Litro por minuto
M - Médio
mg/dl - Miligramas por decilitro
ml - Mililitros
mm - Milímetros
mmHg - Milímetros de Mercúrio
MMSS - Membros Superiores
NT- Não Testável
O2- Oxigênio
P - Pequeno
PAD- Pressão Arterial Diastólica
PAS -Pressão Arterial Sistólica
PBE - Práticas Baseadas em Evidências
PCR - Parada Cardiorespiratória
pH - Potencial Hidrogeniônico
POP - Protocolo Operacional Padrão
PP - Extra Pequeno
PPD - Derivado Proteico Purificado
PR - Parada Respiratória
PVC - Policloreto de Vinila
RG - Registro Geral
RN - Recém-nascido
s/n - Se Necessário
SatO2 - Saturação de Oxigênio

SF 0,9%; - Soro Fisiológico à 0,9%

SNE - Sonda Nasoenteral

SPO2 - Saturação Periférica de Oxigênio

T- Temperatura

TB - Tuberculose

TCE- Trauma Crânio Encefálico

TOT - Tubo Orotraqueal

TQT - Traqueostomia

ug/ml - Microgramas por Mililitro

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VO - Via Oral

SUMÁRIO

SEÇÃO I.....	19
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	19
CAPÍTULO 1	20
PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA).....	20
SEÇÃO II.....	52
BIOSSEGURANÇA E MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	52
CAPÍTULO 2.....	53
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	53
CAPÍTULO 3.....	56
USO DO ÁLCOOL À 70%.....	56
CAPÍTULO 4.....	59
USO DE CAPOTE/AVENTAL.....	59
CAPÍTULO 5.....	62
USO DE MÁSCARA CIRÚRGICA.....	62
CAPÍTULO 6.....	64
USO DE MÁSCARA N95/PFF2.....	64
CAPÍTULO 7.....	67
USO DE ÓCULOS DE PROTEÇÃO.....	67
CAPÍTULO 8.....	70

TÉCNICA DE CALÇAR E RETIRAR LUVAS ESTÉREIS.....	70
SEÇÃO III.....	73
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS E AVALIAÇÃO DA DOR.....	73
CAPÍTULO 9.....	74
MONITORIZAÇÃO CARDÍACA.....	74
CAPÍTULO 10.....	78
AFERIÇÃO DO PULSO PERIFÉRICO.....	78
CAPÍTULO 11.....	81
AFERIÇÃO DA TEMPERATURA AXILAR.....	81
CAPÍTULO 12.....	84
AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL.....	84
CAPÍTULO 13.....	89
AFERIÇÃO DE SATURAÇÃO PERIFÉRICA DE OXIGÊNIO.....	89
CAPÍTULO 14.....	92
AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR.....	92
CAPÍTULO 15.....	97
AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	97
CAPÍTULO 16.....	101
AVALIAÇÃO DA DOR.....	101
SEÇÃO IV.....	105
CONTROLE CERVICAL E AVALIAÇÃO DO SISTEMA NERVOSO.....	105
CAPÍTULO 17.....	106
USO DO COLAR CERVICAL.....	106

CAPÍTULO 18.....	109
ESCALA DE CINCINNATI.....	109
CAPÍTULO 19.....	112
ESCALA DE COMA DE GLASGOW.....	112
SEÇÃO V.....	114
PROCEDIMENTOS RELACIONADOS AO SISTEMA RESPIRATÓRIO.....	114
CAPÍTULO 20.....	115
OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA FACIAL NÃO REINALANTE.....	115
CAPÍTULO 21.....	117
OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI.....	117
CAPÍTULO 22.....	120
OXIGENOTERAPIA POR CATETER DE OXIGÊNIO.....	120
CAPÍTULO 23.....	123
OVACE - OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO.....	123
CAPÍTULO 24.....	126
ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES DA CAVIDADE ORAL E NASOTRAQUEAL....	126
CAPÍTULO 25.....	130
ASPIRAÇÃO DE TUBO OROTRAQUEAL E TRAQUEÓSTOMO.....	130
SEÇÃO VI.....	134
PROCEDIMENTOS RELACIONADOS AO SISTEMA DIGESTIVO.....	134
CAPÍTULO 26.....	135
SONDAGEM NASOGÁSTRICA.....	135
CAPÍTULO 27.....	140

SONDAGEM NASOENTERAL.....	140
CAPÍTULO 28.....	144
LAVAGEM GÁSTRICA.....	144
SEÇÃO VII.....	148
PROCEDIMENTOS RELACIONADOS AO SISTEMA GENITURINÁRIO.....	148
CAPÍTULO 29.....	149
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO.....	149
CAPÍTULO 30.....	153
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO.....	153
CAPÍTULO 31.....	157
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO MASCULINO.....	157
CAPÍTULO 32.....	161
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO FEMININO.....	161
SEÇÃO VIII.....	165
PROCEDIMENTOS RELACIONADOS AO SISTEMA TEGUMENTAR.....	165
CAPÍTULO 33.....	166
CURATIVOS DE FERIDAS CIRÚRGICAS E TRAUMÁTICAS.....	166
SEÇÃO IX.....	171
MEDIDAS DE HIGIENE E CONFORTO.....	171
CAPÍTULO 34.....	172
PREPARO DO CORPO PÓS MORTE.....	172
CAPÍTULO 35.....	175
BANHO NO LEITO.....	175

CAPÍTULO 36.....	179
HIGIENE ORAL	179
CAPÍTULO 37.....	182
HIGIENIZAÇÃO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA	182
SEÇÃO X.....	185
PROTOCOLOS OPERACIONAIS RELACIONADOS AO ACESSO VENOSO E INFUSÕES	185
CAPÍTULO 38.....	186
PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA	186
CAPÍTULO 39.....	190
INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE INFUSÃO INTRAVENOSA.....	190
CAPÍTULO 40.....	194
ADMINISTRAÇÃO DE HEMODERIVADOS.....	194
SEÇÃO XI.....	199
PROTOCOLOS OPERACIONAIS PADRÃO RELACIONADOS À ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	199
CAPÍTULO 41.....	200
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAVENOSA (IV).....	200
CAPÍTULO 42.....	204
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR (IM).204	
CAPÍTULO 43.....	209
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRADÉRMICA (ID).209	
CAPÍTULO 44.....	213
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÂNEA (SC).....	213

CAPÍTULO 45.....	217
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL (VO).....	217
CAPÍTULO 46.....	220
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBLINGUAL (SL).....	220
CAPÍTULO 47.....	224
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR SONDA NASOGÁSTRICA (SNG)	224
CAPÍTULO 48.....	228
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA DERMATOLÓGICA.....	228
CAPÍTULO 49.....	232
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OFTÁLMICA.....	232
CAPÍTULO 50.....	236
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OTOLÓGICA.....	236
CAPÍTULO 51.....	240
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA NASAL.....	240
CAPÍTULO 52.....	244
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INALATÓRIA.....	244
CAPÍTULO 53.....	248
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA RETAL.....	248
CAPÍTULO 54.....	254
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA VAGINAL.....	254

SEÇÃO I

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A seção I deste manual contempla as atividades de enfermagem no Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), de pacientes admitidos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do município de Mossoró – RN. As ações aqui apresentadas têm como objetivos principais a realização da escuta qualificada do paciente, que procura esses serviços como também avaliar e classificar, mediante este protocolo, as queixas dos pacientes visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato.

CAPÍTULO 1

PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

Amanda Kelly Jales Ezequiel
Anabel Zuleide Marcelino Pereira
Ana Carolina de Lima Sales
Hércules Bruno Gomes Silva
Maria Clara França Sabino
Paloma Matos dos Santos
Thainá Thais Costa de Oliveira
Vitória Maria de Medeiros Luz Cunha
Kalidia Felipe de Lima Costa

Definição

Instrumento que busca garantia de acesso, concretização do princípio da equidade e possibilita a identificação das prioridades do atendimento.

Responsável pela prescrição

Profissionais da enfermagem responsáveis pelo ACR nas UPAS

Responsáveis pela execução

Enfermeiro.

Finalidade

Realizar uma escuta qualificada do paciente que procura os serviços de urgência/emergência, avaliando e classificando, mediante protocolo, as queixas dos pacientes; visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato, tornando o atendimento mais sistematizado e uniformizado.

Indicações

Pacientes que derem entrada nas UPAs com alguma sintomatologia.

Contraindicações/restrições

Não se aplica.

Materiais/Recursos

Sala para atendimento. Em caso contrário, se não houver, utilizar o espaço disponível pela unidade; ficha de identificação e admissão dos pacientes; material de escritório; computador e impressora, se disponível pela unidade. Materiais para verificação dos sinais vitais, como estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro digital, oxímetro de pulso e Hemoglicoteste (HGT); materiais de higienização para antissepsia dos instrumentos de verificação dos sinais vitais, como algodão e álcool 70%; Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).

Descrição do procedimento

1. O paciente busca espontaneamente o atendimento no serviço de urgência ou por meio de encaminhamento feito por outras unidades de saúde;
2. Deve ser acolhido pelos funcionários da portaria/recepção e providenciada a ficha de atendimento, mediante documento de identificação com foto;
3. Logo após, é encaminhado ao ACR, onde é acolhido pelo enfermeiro que utilizará uma escuta qualificada para avaliar de forma ágil e responsável as necessidades do paciente para estabelecer prioridades de acordo com a queixa apresentada. É importante lembrar que a classificação de risco não é um instrumento de diagnóstico de doença, mas uma forma de hierarquização das necessidades dos pacientes para determinar as prioridades de atendimento.
4. Chamar o paciente pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante (s/n);
5. Aplicar os critérios de classificação como: apresentação usual da doença; sinais de alerta (sinais de choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
 - Situação: queixa principal; verificar alguns pontos importantes como: sinais vitais, Saturação Periférica de Oxigênio;
 - Escala de dor;
 - Doenças preexistentes;
 - Idade;
 - Dificuldade de comunicação;
 - Uso de substâncias (álcool e outras drogas);
 - Alergia medicamentosa;

6. Utilizar EPI durante o atendimento;
7. Após analisar os critérios de classificação, conforme fluxogramas listados no Quadro 1, realizar a avaliação física (s/n) do paciente;
8. Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando por meio de cores a classificação de risco;
9. Orientar o paciente e ao seu acompanhante de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera pelo atendimento;
10. Ao finalizar todo o procedimento, realizar a antissepsia dos instrumentos utilizados.

Quadro 1: Índice dos fluxogramas de atendimento para Acolhimento e Classificação de risco de pacientes admitidos em Unidades de Pronto Atendimento, Mossoró, RN, 2023.

SINAL/SINTOMA DE APRESENTAÇÃO	Nº DO FLUXO-GRAMA
AVALIAÇÃO DOS FÂNEROS	1
AGRESSÃO FÍSICA E AUTOAGRESSÃO	2
ALERGIAS	3
CORPOS ESTRANHOS	4
DOENÇAS GASTROINTESTINAIS	5
DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS	6
DOR	7
EMBRIAGUEZ/USO DE OUTRAS DROGAS	8
HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA	9
INTERCORRÊNCIAS CARDIOVASCULAR	10
INTERCORRÊNCIAS ODONTOLÓGICAS	11
INTERCORRÊNCIAS UROLÓGICAS	12
INTERVENÇÕES GESTACIONAIS	13
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	14
MORDEDURA OU ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	15
DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS	16
PICOS HIPERTENSIVOS	17
DOENÇAS OU AGRAVOS NEUROLÓGICOS	18
DOENÇAS OU AGRAVOS PULMONARES	19
TRAUMAS	20

Fonte: autoria própria.

FLUXOGRAMA 1 - AVALIAÇÃO DOS FÂNEROS

1.1 Queimaduras

AVALIAÇÃO DOS FÂNEROS – QUEIMADURAS
SINAIS E SINTOMAS
FC ≤ 50 OU ≥ 120 BPM; PAS ≤ 90 OU ≥ 220 / PAD ≤ 80 OU ≥ 130 MMHG; TEMP AXILAR ≤ 35 OU $\geq 40^\circ$ C; FR ≤ 10 OU ≥ 25 IRPM; SPO2 $\leq 92\%$; ASSOCIADAS A POLITRAUMA; PRESENÇA DE FRATURA ÓSSEA EM QUALQUER LOCALIZAÇÃO PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA; ESCARRO CARBONATO, ESTRIDOR LARÍNGEO OU FALA ENTRECORTADA INCÊNDIO EM LOCAL CONFINADO/ LESÃO INALATÓRIA; QUEIMADURAS POR CORRENTE ELÉTRICA (INCLUSIVE RAIOS) QUEIMADURAS CIRCUNFERENCIAIS; QUEIMADURAS DE 2º/3º GRAUS $\geq 10\%$ DE SCQ (SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA); QUEIMADURAS DE 3º GRAU EM MÃOS OU PÉS OU FACE OU PESCOÇO OU AXILA; QUEIMADURAS DE 2º OU 3º GRAU EM PERÍNEO.
SINAIS VITAIS NORMAIS; QUEIMADURAS DE 2º/3º GRAUS $< 10\%$ SCQ; QUALQUER QUEIMADURA DE 2º GRAU EM MÃOS/ PÉS/ FACE/ PESCOÇO OU ARTICULAÇÕES; QUEIMADURAS DE 1º GRAU $\geq 10\%$ SCQ EM ÁREAS NÃO CRÍTICAS; QUEIMADURAS DE 1º GRAU EM FACE E PERÍNEO.
QUEIMADURAS DE 1º GRAU $< 10\%$ SCQ EM ÁREAS NÃO CRÍTICAS.
TROCA DE CURATIVOS.

1.2 Feridas, abscessos, Lesão Por Pressão.

AVALIAÇÃO DOS FÂNEROS – FERIDAS, ABCESSOS, LESÃO POR PRESSÃO, etc.

SINAIS E SINTOMAS

FC ≤ 50 OU ≥ 120 BPM;

PAS ≤ 90 OU ≥ 220 / PAD ≤ 80 OU ≥ 130 MMHG;

TEMP AXILAR ≤ 35 OU $\geq 40^\circ$ C;

FR ≤ 10 OU ≥ 25 IPM SPO2 $\leq 92\%$;

CIANOSE/ENCHIMENTO CAPILAR $> 2s$;

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA;

FERIDA COM EVISCERAÇÃO DE ÓRGÃOS;

FERIDA DE SANGRAMENTO NÃO COMPRESSÍVEL.

PRESENÇA DE TEMP AXILAR $\geq 38,5^\circ$ C;

ABCESSO COM FLUTUAÇÃO E/OU DOR INTENSA (8-10/10);

ABCESSO EM FACE E/OU ACOMPANHADO DE ALTERAÇÃO DE TEMPERATURA $\geq 38,5^\circ$ C;

MIÍASE COM INFESTAÇÃO INTENSA EM FACE;

ACIDENTE PÉRFURO CORTANTE COM MATERIAL BIOLÓGICO;

FERIDA DE SANGRAMENTO COMPRESSÍVEL;

INFECCÃO DE PARTES MOLES COM SINAIS FLOGÍSTICOS.

ABCESSO SEM FLUTUAÇÃO COM DOR LEVE MODERADA (1-7/10);

FERIDA INFECTADA SEM SINAIS SISTÊMICOS;

ABCESSOS/ÚLCERAS EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES;

FERIDA PEQUENA, SUPERFICIAL, SEM SANGRAMENTO OU HEMATOMA;

MIÍASE COM INFESTAÇÃO INTENSA;

SINAIS FLOGÍSTICOS EM REGIÃO GENITAL.

CONTROLE DE ÚLCERAS CRÔNICAS EM NÃO DIABÉTICOS;

FERIDA COM NECROSE/MUMIFICADA EM DIABÉTICOS;

LIMPA SEM SINAIS SISTÊMICOS DE INFECCÃO;

TROCA DE CURATIVO OU RETIRADA DE PONTOS;

ESCARAS SEM REPERCUSSÃO SISTÊMICA.

FLUXOGRAMA 2 – AGRESSÃO E AUTOAGRESSÃO

<u>AGRESSÃO E AUTOAGRESSÃO</u>
SINAIS E SINTOMAS
OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS; RESPIRAÇÃO INADEQUADA; HEMORRAGIA EXAGUINANTE; CHOQUE.
HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL; HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA; DÉFICIT NEUROLÓGICO NOVO; DISTÚRPIO DE COAGULAÇÃO; HISTÓRIA DISCORDANTE; DOR MODERADA.
EDEMA; DEFORMIDADE; DOR LEVE; EVENTO RECENTE.
OUTROS CASOS QUE NÃO ESTÃO DENTRO DOS PARÂMETROS ANTERIORES.

FLUXOGRAMA 3 - ALERGIAS

<u>ALERGIAS</u>
SINAIS E SINTOMAS
FC ≤ 50 OU ≥ 120 BPM; PAS ≤ 90 OU ≥ 220 / PAD ≤ 80 OU ≥ 130 MMHG; TEMP AXILAR ≤ 35 OU $\geq 40^\circ$ C; FR ≤ 10 OU ≥ 25 IPM; SPO2 $\leq 92\%$; OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS; ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA; ESTRIDOR LARÍNGEO OU DIFICULDADE DE FALAR; CHOQUE, COMA, CONVULSÕES, TAQUICARDIA, CIANOSE, ETC; CRIANÇA NÃO REATIVA.
SINAIS VITAIS NORMAIS; SATURAÇÃO DE O2 BAIXA; TOXEMIADO, PROSTRADO OU FEBRIL; ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS; PRURIDO OU HIPEREMIA GENERALIZADO INTENSO; DOR OU COCEIRA MODERADA; QUADRO INFECCIOSO SECUNDÁRIO COM SINAIS SISTÊMICOS.
PRESENÇA DE EXANTEMA; PRURIDO OU HIPEREMIA DISCRETA; INFLAMAÇÃO LOCAL; MANCHAS ERITEMATOSAS COM VESÍCULAS E/OU PÚSTULAS; SEM TOXEMIA, PROSTRAÇÃO OU FEBRE; DOR OU COCEIRAS LEVES RECENTES; EVENTO RECENTE; QUADRO INFECCIOSO SECUNDÁRIO SEM SINAIS
LESÕES TÍPICAS DE ESCABIOSE (SARNA); MANCHAS INDOLORES E/OU ESBRANQUIÇADAS; PASSADO DE HANSENÍASE OU ABANDONO DE TRATAMENTO; QUADRO CRÔNICO SEM SINAIS SISTÊMICOS.

FLUXOGRAMA 4 – CORPOS ESTRANHOS

CORPOS ESTRANHOS
SINAIS E SINTOMAS
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS; ESTRIDOR; RESPIRAÇÃO INADEQUADA; HEMORRAGIA EXSANGUINANTE; CHOQUE; HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL; MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO; ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA; TRAUMA OCULAR PENETRANTE; DOR INTENSA.
HISTÓRIA DISCORDANTE; HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL; DOR MODERADA.
INFLAMAÇÃO LOCAL; INFEÇÃO LOCAL; OLHO VERMELHO; DOR LEVE RECENTE; EVENTO RECENTE.
EVENTOS MAIS LEVES QUE NÃO SE ENCAIXAM NOS PARÂMETROS ANTERIORES.

FLUXOGRAMA 5 – DOENÇAS GASTROINTESTINAIS

SINAIS E SINTOMAS

DADOS VITAIS ALTERADOS: HIPOTENSÃO, HIPERTENSÃO, TAQUICARDIA,
FEBRE, DISPNEIA;

ASSOCIAÇÕES: NÁUSEAS OU VÔMITOS, OU SUDORESE; DOR INTENSA (8 – 10 /
10);

SINAIS DE CHOQUE;

ALTERAÇÃO SÚBITA DE CONSCIÊNCIA;

EVACUAÇÕES DE SANGUE;

HEMATÊMESE VOLUMOSA;

MELENA COM INSTABILIDADE HEMODINÂMICA (PA SIST < 100 MMHG OU FC
> 120 BPM);

HEMOPTISE FRANCA;

EPISTAXE COM PA > 180 / 110;

DESIDRATAÇÃO GRAVE;

HEMORRAGIA GRAVE;

VÔMITOS COM SANGUE OU COM ASPECTOS FECALÓIDE.

PROSTRAÇÃO, HIPOTONIA;

DOR MODERADA (4-7/10);

FEZES PRETAS OU EM GELEIA DE GROSELHA;

DESIDRATAÇÃO;

VÔMITOS PERSISTENTES;

DISTÚRPIO DE COAGULAÇÃO;

HISTÓRIA AGUDA DE VÔMITOS COM SANGUE;

LETARGIA;

TURGOR PASTOSO;

MUCOSAS RESSECADAS;

DISTENSÃO ABDOMINAL.

VÔMITO (SEM PRESENÇA DE SINAIS DE DESIDRATAÇÃO);

FLUXOGRAMA 6 – DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS

<u>DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS</u>
SINAIS E SINTOMAS
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA; DIFICULDADE RESPIRATÓRIA GRAVE; CONVULSÃO; REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA; DOR SEVERA; FEBRE ALTA.
CRISE ASMÁTICA LEVE E MODERADA; FEBRE > 38,5°; GESTANTE; pacienteS COM SUSPEITA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS; INFECCÕES OROFACIAIS DISSEMINADAS.
DISÚRIA; DOR DE GARGANTA INTENSA; DOR DE OUVIDO; TOSSE PRODUTIVA; RINORRÉIA PURULENTA; FEBRE < 38,5°C; MIALGIA.
SEM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS; DADOS VITAIS NORMAIS; CORIZA; DOR DE GARGANTA LEVE; QUEIXAS LEVES.

FLUXOGRAMA 7 – DOR

7.1 Dor torácica

<u>DOR TORÁCICA</u>
SINAIS E SINTOMAS
DADOS VITAIS ALTERADOS; DOR NO PEITO DE FORTE INTENSIDADE E INÍCIO SÚBITO E/OU FALTA DE AR E/OU CIANOSE; DOR EM QUEIMAÇÃO OU APERTO COM IRRADIAÇÃO PARA UM, OU AMBOS OS MEMBROS; DOR EPIGÁSTRICA, ACOMPANHADA FREQUENTEMENTE DE SUDORESE, NÁUSEAS, VÔMITOS OU DISPNEIA; HISTÓRIA ANTERIOR DE IAM, ANGINA OU ANEURISMA; DOR ISQUÊMICA.
DADOS VITAIS NORMAIS; DOR VENTILATÓRIO DEPENDENTE OU QUE PIORA COM TOSSE, ACOMPANHADA DE FEBRE, TOSSE OU EXPECTORAÇÃO; DOR MODERADA.
DADOS VITAIS NORMAIS; DOR DE CARACTERÍSTICA MUSCULAR (LOCALIZADA, EVIDENCIADA À PALPAÇÃO, QUE PIORA COM MOVIMENTOS DO TRONCO OU MEMBROS SUPERIORES); DOR AGUDA LEVE, SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS E EM PACIENTES SEM HISTÓRIA PRÉVIA DE CORONARIOPATIA OU EMBOLIA PULMONAR.
DADOS VITAIS NORMAIS; DOR CRÔNICA SEM CARACTERÍSTICA DE DOR ISQUÊMICA.

7.2 Dor cervical, dorsal, lombar ou em extremidades (sem história de trauma)

<u>DOR CERVICAL, DORSAL, LOMBAR OU EM EXTREMIDADES</u>
SINAIS E SINTOMAS
DOR INTENSA; SINAIS DE ISQUEMIA; SINAIS DE ISQUEMIA AGUDA: PALIDEZ CUTÂNEA, DIMINUIÇÃO DA TEMPERATURA DISTAL, DIMINUIÇÃO OU AUSÊNCIA DE PULSO DISTAL.
DOR MODERADA (SEM SINAIS DE ISQUEMIA); DOR INTENSA EM COLUNA VERTEBRAL COM MOBILIDADE PREJUDICADA; SINAIS FLOGÍSTICOS LOCAIS.
DOR LEVE; LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS SEM PERDA DE FUNÇÃO; EDEMA ARTICULAR SEM FLOGOSE.
DOR LEVE; SEM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS OU PERDA DA FUNÇÃO; SEM EDEMA OU SINAIS FLOGÍSTICOS LOCAIS.

7.3 Cefaleia

<u>CEFALEIA</u>
SINAIS E SINTOMAS
SINAIS VITAIS ALTERADOS; ENCHIMENTO CAPILAR > 2S ACOMPANHADA DE RIGIDEZ NA NUCA; NÁUSEAS E VÔMITOS; DOR INTENSA (8-10) ASSOCIADA A PELO MENOS UMA ALTERAÇÃO DE SSVV ACOMPANHADA DE DOR TORÁCICA E ALTERAÇÕES VISUAIS INTENSAS, SÚBITAS OU RAPIDAMENTE PROGRESSIVA; DÉFICITS NEUROLÓGICOS (PARESIA, PARESTESIA, DISFASIA, AFASIA, ATAXIA).
SINAIS VITAIS NORMAIS; DOR EM REGIÃO TEMPORAL; DOR RETRO ORBITÁRIA; DOR MODERADA (4-7), ACOMPANHADA DE NÁUSEAS E VÔMITOS; STATUS DE ENXAQUECA DE DOR COM DURAÇÃO ≥ 72H.
SINAIS VITAIS NORMAIS; DOR FACIAL COM RINORRÉIA PURULENTA; DOR LEVE (1-3); CEFALEIA DE ESFORÇO; RELATO DE FEBRE E/OU VÔMITOS.
DOR CRÔNICA OU RECORRENTE, SEM PIORA RECENTE; NENHUM DOS DETERMINANTES ANTERIORES.

7.4 Dor de ouvido e garganta

DOR DE OUVIDO E GARGANTA

SINAIS E SINTOMAS

DIFICULDADE PARA DEGLUTIR E PRESENÇA DE EDEMA;
DOR DE GARGANTA COM FEBRE $T > 38^{\circ}\text{C}$;
DOR DE GARGANTA COM PRESENÇA DE PLACAS E/OU TOXEMIA;
DOR DE OUVIDO ACOMPANHADO DE FEBRE $T > 38^{\circ}\text{C}$;
DOR DE OUVIDO COM PRESENÇA DE SECREÇÃO E ODOR;
PRESENÇA DE CORPO ESTRANHO EM OUVIDO E/OU ZUMBIDOS.

ARDÊNCIA EM GARGANTA;
DOR DE OUVIDO SEM FEBRE $< 24\text{H}$;
DOR DE GARGANTA SEM FEBRE $< 24\text{H}$;
QUEIXA DE DOR LEVE (1-3).

DOR DE GARGANTA SEM FEBRE $> 24\text{H}$;
DOR DE OUVIDO SEM FEBRE $> 24\text{H}$.

FLUXOGRAMA 8 – Embriaguez / uso de outras drogas

EMBRIAGUEZ/USO DE OUTRAS DROGAS

SINAIS E SINTOMAS

FC < 50 OU > 120 BPM;
PAS < 90 OU > 220 / PAD < 80 OU > 130 MMHG;
TEMP AXILAR < 35 OU > 40° C;
FR < 10 OU > 25 IPM;
SPO2 < 92%;
DELÍRIOS, ALUCINAÇÕES;
CONFUSÃO MENTAL;
ANSIEDADE INTENSA;
PÂNICO E IMPULSIVIDADE COM RISCO PARA SI E PARA OS OUTROS;
AGITAÇÃO PSICOMOTORA INTENSA;
CONVULSÃO;
DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO;
LETARGIA;
COMA;
QUADRO DEPRESSIVO GRAVE (CHORA INCONSOLÁVEL);
HIPERTONICIDADE E RIGIDEZ MUSCULAR;
HISTÓRIA DE USO DE DROGAS;
AGUDO E AGRESSIVO.

DADOS VITAIS NORMAIS;
AGITAÇÃO PSICOMOTORA MENOS INTENSA;
PENSAMENTO SUICIDA;
ENVOLVIMENTO COM OCORRÊNCIAS POLICIAIS.

DADOS VITAIS NORMAIS;
GESTICULANDO, MAS NÃO AGITADO;
HUMOR DEPRIMIDO;
PERDA DE INTERESSE POR ATIVIDADES;
CAPAZ DE INTERAGIR COM O ACOLHEDOR.

DADOS VITAIS NORMAIS;
DEPRESSÃO CRÔNICA OU RECORRENTE;
INSÔNIA;
HISTÓRIA DE DISTÚRBO PSIQUIÁTRICO E PRECISANDO DE MEDICAÇÃO
(RECEITA).

FLUXOGRAMA 9 – HIPOGLICEMIA OU HIPERGLICEMIA

HIPOGLICEMIA OU HIPERGLICEMIA
SINAIS E SINTOMAS
<p>FC ≤ 50 OU ≥ 120 BPM;</p> <p>PAS ≤ 90 OU ≥ 220 / PAD ≤ 80 OU ≥ 130 MMHG;</p> <p>TEMPERATURA AXILAR ≤ 35 OU $\geq 40^{\circ}\text{C}$;</p> <p>FR ≤ 10 OU ≥ 25 IPM;</p> <p>SPO2 $\leq 92\%$;</p> <p>GLICEMIA CAPILAR < 50 (LO) OU > 500 MG/DL (HI);</p> <p>ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (LETARGIA, AGITAÇÃO, CONFUSÃO, COMA);</p> <p>DISPNEIA (RÁPIDA E PROFUNDA);</p> <p>SUDORESE PROFUSA;</p> <p>ASSOCIADA A PELO MENOS 1 ALTERAÇÃO DE SSVV.</p>
<p>SINAIS VITAIS NORMAIS;</p> <p>GLICEMIA CAPILAR > 320 OU < 50 MG/DL;</p> <p>SINAIS DE DESIDRATAÇÃO LEVE/MODERADA;</p> <p>SPO2 ENTRE 93 E 95%.</p>
<p>SINAIS VITAIS NORMAIS;</p> <p>GLICEMIA CAPILAR > 250 MG/DL ASSINTOMÁTICO.</p>
<p>GLICEMIA CAPILAR < 250 MG/DL ASSINTOMÁTICO;</p> <p>HISTÓRIA DE DIABETES PRECISANDO DE RECEITA MÉDICA E/OU SOLICITAÇÃO DE EXAMES.</p>

FLUXOGRAMA 10 – INTERCORRÊNCIAS CARDIOVASCULARES

INTERCORRÊNCIAS CARDIOVASCULARES

SINAIS E SINTOMAS

PCR, BRADICARDIA IMPORTANTE OU PCR IMINENTE;

INCONSCIENTE E SEM RESPIRAR;

APNEIA, BRADIPNÉIA, OU MOVIMENTOS TÓRACO ABDOMINAIS PARADOXAIS;

VIA AÉREA OBSTRUÍDA;

CIANOSE CENTRAL;

PACIENTE NÃO RESPONDE, GLASGOW < 8;

FALÊNCIA RESPIRATÓRIA;

AUSÊNCIA DE PULSO CENTRAL;

COM FC \leq 60 BPM E SINAIS DE HIOPERFUSÃO TECIDUAL;

CIANOSE CENTRAL;

COM RESPIRAÇÃO IRREGULAR (ACIMA DE 01 ANO > 50 IPM/ ABAIXO DE 01 ANO > 60 IPM).

TAQUIPNEIA;

DISPNEIA MODERADA OU INTENSA;

SATURAÇÃO DE O₂ 91- 94%;

TOSSE FREQUENTE EMETIZANTE.

DISPNEIA LEVE;

SATURAÇÃO DE O₂ \geq 95%.

SINAIS E SINTOMAS QUE NÃO SE ENCAIXAM NOS TÓPICOS ANTERIORES.

FLUXOGRAMA 11 - INTERCORRÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

INTERCORRÊNCIAS ODONTOLÓGICAS
SINAIS E SINTOMAS
<p>HEMORRAGIA INTENSA: CONTÍNUA NÃO CONTROLADA POR PRESSÃO LOCAL; INFECÇÕES BUCO-DENTAIS GRAVES: TUMEFACÇÃO EXTENSA ATINGINDO ÁREA DOS OLHOS OU QUE PROMOVE DIFICULDADE PARA RESPIRAR OU ENGOLIR, OU COM POSSIBILIDADE DE COMPROMETIMENTO SISTÊMICO; TRAUMA FACIAL MAIOR: SUSPEITA DE FRATURAS ÓSSEAS OU LACERAÇÃO FACIAL EXTENSA.</p>
<p>HEMORRAGIA MENOR: CONTROLÁVEL POR PRESSÃO LOCAL; TRAUMATISMO DENTO-ALVEOLAR OCORRIDO EM TEMPO INFERIOR A 2 HORAS; TUMEFACÇÕES E ABSCESSOS AGUDOS RELACIONADOS A INFECÇÕES DE TECIDOS MOLES E DOR DE ORIGEM DENTÁRIA INTENSA, ESPONTÂNEA E CONTÍNUA; PACIENTE INSTITUCIONALIZADO, ESCOLTADO, INTERNADO; DOR DENTÁRIA: MODERADA A INTENSA, INTERMITENTE OU NOTURNA, MAS COM PERÍODOS DE ACALMA E PASSÍVEL DE CONTROLE POR ANALGÉSICO.</p>
<p>PACIENTES QUE NECESSITAM ATENÇÃO DIFERENCIADA POR CONDIÇÃO SISTÊMICA (DOENÇA CRÔNICA DESCOMPENSADA); PACIENTE EM SITUAÇÃO URGENTE SOB SEU PONTO DE VISTA; PACIENTE COM LESÃO BUCAL AUTORREFERIDA; PACIENTES COM PERDA ESTÉTICA RELEVANTE COM COMPROMETIMENTO PSICOSSOCIAL.</p>
<p>PACIENTES COM DOR DENTÁRIA LEVE OU SENSIBILIDADE DENTINÁRIA; FRATURA DE RESTAURAÇÃO; EXODONTIA DE DECÍDUOS; REPARO DE PEÇA PROTÉTICA; PACIENTES COM QUEIXAS ODONTOLÓGICAS PERCEBIDAS COMO URGENTES, MAS QUE NÃO SÃO REAIS.</p>

FLUXOGRAMA 12 - INTERCORRÊNCIAS UROLÓGICAS

INTERCORRÊNCIAS UROLÓGICAS
SINAIS E SINTOMAS
<p>PAS \geq 160 E/OU PAD \geq 110 MMHG;</p> <p>FC \leq50 OU \geq120 BPM;</p> <p>ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA;</p> <p>PRIAPISMO COM DOR SEVERA – 8-10/10;</p> <p>HIPERTONIA UTERINA / SANGRAMENTO GENITAL INTENSO;</p> <p>GRANDES HEMORRAGIAS COM ALTERAÇÃO DOS SINAIS VITAIS;</p> <p>DOR SEVERA EM REGIÃO GENITAL DE 8 A 10 COM HEMATOMAS, CONSIDERAR TRAUMAS;</p> <p>SANGRAMENTO VAGINAL OU DOR PÉLVICA AGUDA;</p> <p>PÓS-PARTIMEDIATO;</p> <p>METRRORRAGIAS;</p> <p>CÁLCULOS URETERAIS.</p>
<p>PAS DE 140-159 MMHG;</p> <p>PAD 90-109 MMHG;</p> <p>FEBRIL \geq 37,9 °C E \leq39,9°C;</p> <p>DADOS VITAIS NORMAIS;</p> <p>SANGRAMENTO MODERADO;</p> <p>LESÕES VULVARES EXTERNAS.</p>
<p>DOR LEVE INTENSIDADE DE 3/10;</p> <p>FEBRIL 37,90 °C;</p> <p>PAS \geq139 E/OU PAD \leq 89 MMHG;</p> <p>PERDA DE SANGUE EM PEQUENA QUANTIDADE.</p>
<p>SINAIS VITAIS NORMAIS.</p>

FLUXOGRAMA 13 – INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS

<u>INTERVENÇÕES GESTACIONAIS</u>
SINAIS E SINTOMAS
<p>PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA INAUDÍVEL OU ABAIXO DE 80; FREQUÊNCIA CARDÍACA ≥ 140 OU ≤ 59 BPM EM PACIENTE SINTOMÁTICA; GLICEMIA > 300 MG/DL (HIPERGLICEMIA); GLICEMIA > 200 MG/DL COM CETONA URINÁRIA OU SINAIS DE ACIDOSE (RESPIRAÇÃO PROFUNDA) – HIPERGLICEMIA COM CETOSE; GLICEMIA < 50 MG/DL (HIPOGLICEMIA); DORES INTENSAS; SINAIS DE CHOQUE; TRABALHO DE PARTO (CONTRAÇÕES A CADA 2 MINUTOS); AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS FETAIS; HIPERTENSÃO COM OU SEM CEFALEIA, EDEMA, DOR ABDOMINAL; PÓS-PARTO IMEDIATO (MÃE E CRIANÇA).</p>
<p>PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA ≥ 160 MMHG; PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA ≥ 110 MMHG; FREQUÊNCIA CARDÍACA ≥ 140 OU ≤ 50 EM PACIENTE ASSINTOMÁTICA; DORES MODERADAS.</p>
<p>PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA ≥ 140 MMHG A 159 MMHG COM SINTOMAS; PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA COM SINTOMAS ≥ 90 MMHG A 109 MMHG COM SINTOMAS; FREQUÊNCIA CARDÍACA 91 A 139 BPM; DORES LEVES.</p>
<p>PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA ABAIXO DE 139 MMHG; PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA ABAIXO DE 89 MMHG; FREQUÊNCIA CARDÍACA 60 A 90 BPM; SEM DORES.</p>

FLUXOGRAMA 14 - INTOXICAÇÃO EXÓGENA

INTOXICAÇÃO EXÓGENA
SINAIS E SINTOMAS
<p>PAS ≤ 90 OU ≥ 220;</p> <p>PAD ≤ 80 OU ≥ 130 MMHG;</p> <p>TEMPERATURA CORPORAL MENOR QUE 35° OU MAIOR QUE 40° C;</p> <p>SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO MENOR QUE 92%;</p> <p>TAQUIPNEIA, TAQUICARDIA, BRADICARDIA;</p> <p>INGESTÃO DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS COMO: SODA CÁUSTICA, ÁGUA SANITÁRIA, COMPRIMIDOS, CHUMBINHO;</p> <p>CONVULSÃO OU AGITAÇÃO;</p> <p>SENSAÇÃO DE GARGANTA FECHADA;</p> <p>PACIENTE NÃO RESPONSIVO;</p> <p>LESÃO OCULAR QUÍMICA;</p> <p>PACIENTE TEVE CONTATO HÁ MENOS DE 6H COM OU SEM SINTOMAS.</p>
<p>SINAIS VITAIS NORMAIS;</p> <p>IRRITABILIDADE EM SUPERFÍCIE CORPORAL;</p> <p>CEFALEIA, TONTURA, NÁUSEAS E DIARREIA;</p> <p>FRAQUEZA MUSCULAR E VÔMITOS;</p> <p>PACIENTE TEVE CONTATO HÁ MAIS DE 6H E ASSINTOMÁTICO.</p>
<p>SINAIS VITAIS NORMAIS;</p> <p>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA PRESERVADO;</p> <p>ALTERAÇÕES DÉRMICAS APENAS NO LOCAL AFETADO.</p>
<p>SINAIS VITAIS NORMAIS;</p> <p>PACIENTE TEVE CONTATO HÁ MAIS DE 4H E ASSINTOMÁTICO.</p>

FLUXOGRAMA 15 – MORDEDURA OU ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

MORDEDURAS OU ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

SINAIS E SINTOMAS

FC ≤ 50 OU ≥ 120 BPM;

PAS ≤ 90 OU ≥ 220 / PAD ≤ 80 OU ≥ 130 MMHG;

TEMP AXILAR ≤ 35 OU $\geq 40^\circ$ C;

FR ≤ 10 OU ≥ 25 IPM;

SPO2 $\leq 92\%$;

DOR INTENSA NO LOCAL DA PICADA ASSOCIADA A PELO MENOS 01 ALTERAÇÃO DE SSVV;

FERIMENTOS PROFUNDOS, MÚLTIPLOS OU EXTENSOS;

SIALORREIA/PARALISIA FACIAL;

MIALGIA GENERALIZADA E/OU VISÃO TURVA;

HEMORRAGIA ATIVA NÃO COMPRESSÍVEL;

CONVULSÃO/ AGITAÇÃO/ DELÍRIO/COMA;

ESTRIDOR LARÍNGEO E/OU FALA ENTRECORTADA.

SINAIS VITAIS NORMAIS;

DOR MODERADA COM EDEMA / HIPEREMIA NO LOCAL;

ERITEMA NO LOCAL DA LESÃO;

MORDEDURA/ARRANHADURA EM FACE, MÃOS E PÉS (HUMANA OU ANIMAL DESCONHECIDO);

LAMBEDURA DE MUCOSAS POR ANIMAL DESCONHECIDO;

CONTATO COM ANIMAL ALERGÊNICO (ABELHA, ÁGUA VIVA);

NÁUSEAS, VÔMITOS OU DIARREIA.

SINAIS VITAIS NORMAIS;

DOR E PARESTESIA NO LOCAL;

PROVÁVEL CONTATO COM ANIMAL ALERGÊNICO;

FERIMENTOS SUPERFICIAIS SEM SANGRAMENTOS OU HEMATOMAS.

SINAIS VITAIS NORMAIS;

MORDEDURA/ ARRANHADURA DE PEQUENA EXTENSÃO POR ANIMAL DOMÉSTICO DOMICILIADO.

FLUXOGRAMA 16 – URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

SINAIS E SINTOMAS

FC ≤ 50 OU ≥ 120 BPM;

PAS ≤ 90 OU ≥ 220 / PAD ≤ 80 OU ≥ 130 MMHG;

TEMP AXILAR ≤ 35 OU $\geq 40^\circ$ C;

FR ≤ 10 OU ≥ 25 IPM;

SPO2 $\leq 92\%$;

GRAVE ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO COM RISCO IMEDIATO DE
VIOLÊNCIA PERIGOSA OU AGRESSÃO;

RISCO IMEDIATO PARA SI OU PARA OUTREM;

HIPERTONICIDADE E RIGIDEZ MUSCULAR;

AGITAÇÃO EXTREMA;

QUADRO DEPRESSIVO GRAVE / RISCO DE SUICÍDIO;

NECESSIDADE DE CONTENÇÃO;

PACIENTE DESMAIADO;

POSSÍVEL DISTÚRBO METABÓLICO, DOENÇA ORGÂNICA, INTOXICAÇÃO
EXÓGENA OU MEDICAMENTOSA, IMPREGNAÇÃO;

AVALIAR PASSADO DE DOENÇA PSIQUIÁTRICA PARA USO RÁPIDO DE
ANTI-PSICÓTICOS.

ATENÇÃO: A HIPÓXIA PODE LEVAR A QUADRO DE AGITAÇÃO E ALTERAÇÃO
COMPORTAMENTAL.

AGITAÇÃO PSICOMOTORA DE MENOR INTENSIDADE ASSOCIADO A PELO
MENOS 1 ALTERAÇÃO DE SSVV;

ALUCINAÇÃO, DESORIENTAÇÃO ASSOCIADO A PELO MENOS 1 ALTERAÇÃO
DE SSVV ESTADO DE PÂNICO;

POTENCIALMENTE AGRESSIVO;

IDEIA SUICIDA.

ATENÇÃO: PARA A HISTÓRIA CLÍNICA E RELATO FAMILIAR.

SINAIS VITAIS NORMAIS;

ANSIEDADE MODERADA;
HISTÓRIA DE TRANSTORNO MENTAL;
HUMOR DEPRIMIDO;
INQUIETAÇÃO, MAS NÃO AGITADO;
SEM MANIFESTAÇÃO APARENTE DE RISCO PARA SI OU OUTREM.
ATENÇÃO: CASO ESTEJA SOLITÁRIO, DEIXE O PACIENTE EM LUGAR
TRANQUILO E SEGURO.

SINAIS VITAIS NORMAIS;
ANSIEDADE LEVE;
DEPRESSÃO CRÔNICA OU RECORRENTE;

FLUXOGRAMA 17 – URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

<u>URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS</u>
SINAIS E SINTOMAS
<p>PAS > 220 OU PAD > 130 MMHG COM QUALQUER SINTOMAS; ALTERAÇÕES VISUAIS (VISÃO TURVA E/OU ESCOTOMAS); DOR TORÁCICA CARACTERÍSTICA DE ISQUEMIA; EPISTAXIS FRANCA ASSOCIADA A PAS > 220 OU PAD > 130 MMHG; NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ALTERADO (HIPERATIVO/AGITADO); SINTOMAS NEUROLÓGICOS (PARESIA, PLEGIA, AFASIA, DISFASIA, ATAXIA).</p>
<p>PAS >220 OU PAD>130 MMHG SEM SINTOMAS; PAS ENTRE 190-220 OU PAD ENTRE 120-130 MMHG COM QUALQUER SINTOMAS.</p>
<p>PAS ENTRE 190-220 MMHG SEM SINTOMAS; PAD ENTRE 110-130 MMHG SEM SINTOMAS.</p>
<p>PAS < 180 E PAD < 110 MMHG ASINTOMÁTICO; HISTÓRIA DE HAS PRECISANDO DE RECEITA MÉDICA.</p>

FLUXOGRAMA 18 - AGRAVOS NEUROLÓGICOS

<u>AGRAVOS NEUROLÓGICOS</u>
SINAIS E SINTOMAS
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS; SINAIS VITAIS ALTERADOS; RESPIRAÇÃO INADEQUADA; CHOQUE; HIPOGLICEMIA; CONVULSIONANDO.
DOR PRECORDIAL OU CARDÍACA; HISTÓRIA DE ALERGIA IMPORTANTE; DISPNEIA AGUDA; PULSO ANORMAL; ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA; DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO; PÚRPURA; ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA FEBRE OU HIPOTERMIA; DOR INTENSA.
HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO; SATURAÇÃO O2 BAIXA; HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA; NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS; DOR MODERADA.
DADOS VITAIS NORMAIS; DOR LEVE; EVENTO RECENTE.

FLUXOGRAMA 19 – AGRAVOS PULMONARES

AGRAVOS PULMONARES

SINAIS E SINTOMAS

CIANOSE;

LETARGIA – CONFUSÃO MENTAL;

TAQUICARDIA (FG > 130) OU BRADICARDIA (FC < 50);

PA > 180/ 110 OU PA MÁXIMA <80 MMHG;

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA < 10 IRPM;

SATURAÇÃO DE O₂ MUITO BAIXA (MENOR QUE 90% EM AR AMBIENTE) OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS;

CRIANÇA NÃO REATIVA;

INCAPACIDADE DE FALA – FRASES DE UMA SÓ PALAVRA, FALA ATRAPALHADA;

PASSADO DE ASMA GRAVE;

ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA INTENSA, ESFORÇO MUSCULAR;

DISPNEIA MODERADA E INTENSA.

PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO (PFE) MUITO BAIXO – 40-60%;

SATURAÇÃO DE O₂ BAIXA (MENOR QUE 95% EM AR AMBIENTE);

ASMA COM DISPNEIA QUANDO REALIZA ALGUM EXERCÍCIO;

CONSEGUE DIALOGAR COM FRASES MAIS LONGAS;

AUSÊNCIA DE MELHORA COM A UTILIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO;

CHIEIRA (SIBILÂNCIA AUDÍVEL OU SENSAÇÃO DE CHIADO);

DISPNEIA LEVE;

TOSSE FREQUENTE EMETIZANTE.

TOSSE COM ESCARRO – GERALMENTE PURULENTO (VERDE E AMARELO);

EVENTO RECENTE;

TEMPERATURA ENTRE 37,8°C E 38,4°C.

CORIZA;

CONGESTÃO NASAL;

DOR DE GARGANTA.

FLUXOGRAMA 20 – TRAUMAS

20.1 Trauma geral

TRAUMA GERAL
SINAIS E SINTOMAS
(FR < 10 E > 30), OU MECÂNICA VENTILATÓRIA QUE NECESSITE INTUBAÇÃO PRÉ-HOSPITALAR; PAS < 90; ECG < 14 OU DETERIORAÇÃO NEUROLÓGICA; SATURAÇÃO ≤ 90%; POLITRAUMATIZADO OU COMPROMETIMENTO DE COLUNA CERVICAL; QUEIMADURAS DE 2° E 3° GRAU; TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO (TCE); AMPUTAÇÃO COM ALTERAÇÃO DOS SINAIS VITAIS; PERDA DE CONSCIÊNCIA; FERIMENTO PERFURANTE; TORÇÃO DE TESTÍCULOS AGUDA COM DORES, ESCALA DE 10/10.
PAS ENTRE 190-200; FR ENTRE 21 E 29 IRPM; PAD ENTRE 120-130 MMHG COM QUALQUER SINTOMAS; SATURAÇÃO 91% OU 94%; TCE TARDIO COM DOR DE 8 A 10; FRATURAS ANGULADAS OU LUXAÇÕES COM COMPROMETIMENTO NEURO-VASCULAR FORTE DOR NA ESCALA DE 8 A 10; TORÇÃO DE TESTÍCULOS COM DORES DE 8 A 10.
PAS < 190 E PAD < 120 ASSINTOMÁTICO; FR DE 12 A 20 IRPM; SATURAÇÃO ≥ 95%; TCE LEVE COM DOR DE 4 A 7 SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA; FRATURAS COM SINAIS VITAIS NORMAIS E ESCALA DO DOR 4 A 7; TORÇÃO DE TESTÍCULOS COM DORES DE 4 A 7.
PEQUENOS TRAUMAS QUE NÃO NECESSITAM DE SUTURAS.

20.2 Traumas maiores

<u>TRAUMAS MAIORES</u>
SINAIS E SINTOMAS
<p>LESÃO GRAVE DE ÚNICO OU MÚLTIPLOS SISTEMAS; TRAUMA CRANIANO GLASGOW 3 A 8; GRANDE QUEIMADO > 25% DA SCQ OU ACOMETIMENTO DAS VIAS AÉREAS; TRAUMA TORÁCICO, ABDOMINAL OU CRANIANO COM PERFURAÇÃO, ALTERAÇÃO MENTAL, HIPOTENSÃO, TAQUICARDIA, DOR INTENSA, SINTOMAS RESPIRATÓRIOS.</p>

20.3 Traumas moderados

<u>TRAUMAS MODERADOS</u>
SINAIS E SINTOMAS
<p>DADOS VITAIS NORMAIS; FRATURAS ALINHADAS, LUXAÇÕES, DISTENSÕES, DOR MODERADA 4-7/10; TATUAGEM TRAUMÁTICA; FERIMENTO MENOR, COM SANGRAMENTO COMPRESSÍVEL; MORDEDURA EXTENSA; TRAUMA TORÁCICO COM DOR LEVE A MODERADA E SEM DISPNEIA; ATENÇÃO PARA O CÃO VACINADO OU NÃO E PARA OS ACIDENTES OFÍDICOS.</p>

20.4 Traumas menores

TRAUMAS MENORES
SINAIS E SINTOMAS
DADOS VITAIS NORMAIS; TRAUMA TORÁCICO SEM DOR NAS COSTELAS E SEM DISPNEIA; DISTENSÕES, CONTUSÕES, TORÇÕES; FRATURA POSSÍVEL; LACERAÇÕES QUE REQUEREM INVESTIGAÇÃO; MORDEDURA NÃO EXTENSA; DOR MODERADA 4-7/10; >6 HORAS DO EVENTO, < 10 DIAS.
DOR LEVE; CONTUSÕES; ESCORIAÇÕES; FERIMENTOS QUE NÃO REQUEREM FECHAMENTO; MIALGIA; DISTENSÕES.

20.5 Traumas de crânio

TRAUMAS DE CRÂNIO
SINAIS E SINTOMAS
COMA GLASGOW 9 E 13; PERFURAÇÃO; CEFALEIA INTENSA; PERDA DA CONSCIÊNCIA, CONFUSÃO MENTAL; CONVULSÃO; DOR CERVICAL; NÁUSEA – VÔMITO.
SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA; ALERTA GLASGOW 14 E 15; CEFALEIA MODERADA 4-7/10; SEM DOR CERVICAL; NÁUSEA OU VÔMITO.
PEQUENOS FERIMENTOS SEM NECESSIDADE DE SUTURA; SANGRAMENTO LEVE.
PEQUENOS FERIMENTOS SEM NECESSIDADE DE SUTURA.

REFERÊNCIAS

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. RIBEIRÃO PRETO, SP, 2020. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/prot-acolhimento-risco.pdf>. Acesso em: 15 nov, 2022.

BAHIA, S. **PROTOCOLO ESTADUAL DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.** [s.l: s.n.]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/protocolo_classificacaoderisco_jun_2017.pdf. Acesso em: 14 nov. 2022.

TOMAZ, W. B. et al. **UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS Tipo do Documento PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Título do Documento ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.** Minas Gerais, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/pops/POP_Acolhimento_com_Classificacao_de_Risco_final.pdf.

SEÇÃO II

BIOSSEGURANÇA E MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A seção II deste manual contempla um conjunto de medidas voltadas para as ações de prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, que podem comprometer a saúde do homem, dos animais e do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos relacionados à assistência à saúde.

CAPÍTULO 2

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Maria Eduarda Alves de Albuquerque

Friedrich Nietzsche Xavier Cisota

Kalidia Felipe de Lima Costa

Definição

Lavagem das mãos com água e sabão, eliminando sujidade e microorganismos.

Responsável pela prescrição

Não se aplica.

Responsáveis pela execução

Profissionais do serviço, acompanhantes e pacientes.

Finalidade

Remover sujeira, suor e resíduos; evitar transferência de microrganismos para outras superfícies e promover segurança para o paciente e o profissional.

Indicações

Após tocar fluidos, secreções e itens contaminados; após a retirada das luvas; antes de procedimentos no paciente; entre contatos com pacientes; entre procedimentos num mesmo paciente; Antes e depois de atos fisiológicos; Antes do preparo de soros e medicações.

Contraindicações/restrições

Não se aplica.

Materiais

Pia; saboneteira suspensa e vazada para sabonete em barra ou dispensador de sabonete líquido. No caso de dispensador, se não for descartável, deve-se estabelecer uma rotina de limpeza semanal; toalheiro com toalhas de papel; torneira com fechamento automático, preferivelmente.

Descrição do procedimento

1. Retirar os adornos (anéis, relógios e pulseiras);
2. Dobrar os punhos do vestiário (s/n);
3. Posicionar-se sem encostar na pia;
4. Abrir a torneira;
5. Aplicar o sabão (líquido ou em barra) nas mãos;
6. Friccionar as mãos com ênfase para as unhas, região mediana dos dedos, polegar, palmas e dorso das mãos (tempo aproximado de 15 segundos);
7. Enxaguar as mãos deixando a torneira aberta;
8. Enxugar as mãos com papel toalha passando o papel na direção distal-proximal;
9. Fechar a torneira com a mão protegida com papel toalha, caso não tenha fechamento automático;
10. Descartar o papel toalha no local apropriado.

Intervenções de enfermagem/observações

- É importante lembrar que para melhor remoção da flora microbiana as mãos devem estar sem adornos e com as unhas curtas, caso contrário, uma carga microbiana ficará retida nestes locais favorecendo a proliferação dos microorganismos;
- Na lavagem rotineira das mãos o uso de sabão neutro é o suficiente para a remoção da sujeira, da flora transitória e parte da flora residente;
- O uso de sabões com antissépticos devem ficar restritos a locais com pacientes de alto risco e no desenvolvimento de procedimentos cirúrgicos, procedimentos invasivos ou em situações de surto de infecção hospitalar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Higienização das mãos na assistência à saúde** Brasília, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/higienizacao-das-maos-na-assistencia-a-saude/>. Acesso em: 20 jan 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da higiene das Mãos em Serviços de Saúde para a Segurança do Paciente**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicos-desaudef/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/higienizacao-das-maos-1/estrategia-multimodal-higienizacao-das-maos>. Acesso em: 20 jan 2023.

CAPÍTULO 3

USO DO ÁLCOOL À 70%

Hemily Evellyn Simão Dantas
Friedrich Nietzsche Xavier Cisota
Kalidia Felipe de Lima Costa

Definição

O álcool à 70% é um recurso estratégico para a antissepsia das mãos devido a sua facilidade de aplicação quando não é possível fazer a lavagem das mãos. Ele consegue eliminar germes e bactérias presentes tanto na flora residente quanto na flora transitória.

Responsável pela prescrição

Não se aplica.

Responsáveis pela execução

Todos os profissionais, pacientes e acompanhantes.

Indicações

Quando não for possível higienizar as mãos com água e sabão; antes e depois do contato direto com o paciente, leitos, superfícies contaminadas e/ou outros materiais utilizados na assistência; para desinfetar superfícies.

Contraindicações/restrições

Não recomendado para assepsia de máscaras, uma vez que o líquido é inflamável e pode provocar queimaduras na face.

Materiais

Álcool à 70% na forma de gel ou líquido; recipiente com borrifador que previna o escape por volatilidade e facilite o manuseio.

Descrição do procedimento

1. Aplicar o álcool sobre a mão que esteja em formato de concha;
2. Esfregar as palmas das mãos. Evitar contato com patógenos pela passagem das mãos na boca e nariz;
3. Com a palma de uma mão, esfregue os dedos das pontas para a base, um dedo por vez. Repita o mesmo processo na outra mão;
4. Com os dedos entrelaçados, esfregue as costas dos dedos com as palmas das mãos. Realize esse processo em ambas as mãos;
5. Para limpar as unhas, ponha as mãos em forma de concha e faça movimentos verticais uma na outra – enquanto uma sobe, a outra desce;
6. Envolver uma das mãos sobre o polegar da outra mão e faça movimentos circulares. Repita o mesmo processo em ambas as mãos.

Intervenções de enfermagem/observações

- Manter a hidratação da pele pois o uso demorado do álcool à 70% provoca ressecamento da epiderme;
- Distribuir recipientes em pontos estratégicos onde haja um maior fluxo de pessoas.

REFERÊNCIAS

Álcool em gel ou água e sabão? Data reforça a importância da limpeza correta das mãos. Disponível em: <<https://www.accamargo.org.br/sobre-o-cancer/noticias/alcool-em-gel-ou-agua-e-sabao-limpeza-correta-das-maos>>. Acesso em: 17 nov. 2022.

Cientistas orientam sobre efeitos colaterais e uso correto de álcool em respostas para dúvidas da sociedade. Disponível em: <<https://www.ufpr.br/portalufpr/noticias/cientistas-orientam-sobre-efeitos-colaterais-e-uso-correto-de-alcool-em-respostas-para-duvidas-da-sociedade/#:~:text=O%20uso%20do%20%C3%A1lcool%20n%C3%A3o>>. Acesso em: 16 nov. 2022.

GRAZIANO, K. et al. **Eficácia da desinfecção com álcool 70% (p/v) de superfícies contaminadas sem limpeza prévia.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfZMMxxqFn6mgd74MK8m8Sh/?lang=pt&format=pdf>>

CAPÍTULO 4

USO DE CAPOTE/AVENTAL

Friedrich Nietzsche Xavier Cisota

Luis Felipe Lopes Fernandes

Kalidia Felipe de Lima Costa

Definição

Usado para evitar a contaminação do profissional por resíduos e materiais contaminados.

Responsável pela prescrição

Não se aplica.

Responsáveis pela execução

Profissionais assistenciais.

Finalidade

Padronizar o uso de capote no serviço de saúde.

Indicações

Deve ser utilizado para criar uma barreira asséptica, permitindo o contato com o campo cirúrgico durante o procedimento.

Contraindicações/restrições

Não se aplica.

Materiais

Capote/Avental esterilizado.

Descrição do procedimento

1. Preparar o material necessário;
2. Higienizar as mãos;
3. Abrir o pacote na técnica asséptica, afastando-se da mesa e buscando espaço livre para pegar o avental pela borda do pescoço;

4. Pegar o avental com as duas mãos pela parte interna por baixo da prega do pescoço, e desdobrá-lo sem tocar na parte externa do avental, introduzindo-lhe nas mangas;
5. O circulante puxa o avental pela sua parte interna, colocando sobre os ombros do profissional operante;
6. Atar o avental tocando somente a parte externa, no local onde estão os amarrilhos;
7. Calçar luvas estéreis segundo a técnica asséptica;
8. Com as luvas estéreis desata-se o laço da prega dando-se a ponta do cinto a outro elemento da equipe com vestimenta cirúrgica esterilizada que o ajudará passando estas pontas para frente, cobrindo assim toda a costa;
9. Abrir as tiras e soltar as amarras;
10. Empurrar pelo pescoço e pelos ombros de forma segura sem movimentos bruscos para não levantar gotículas, tocar apenas na parte interna do avental;
11. Retirar o avental pelo avesso;
12. Desprezar no lixo infectante.

Intervenções de enfermagem/observações

- Não desfazer a prega do avental antes de ter colocado as luvas;
- Não tocar o avental na sua parte externa;
- Na identificação de alterações nas tecnologias para saúde, fazer notificação de tecnovigilância e solicitar a substituição do produto à farmácia;
- Contaminação ao pegar o avental – repetir o processo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020**. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: 15 nov. 2020.

CAPÍTULO 5

USO DE MÁSCARA CIRÚRGICA

Isabelle Santos Nogueira
Friedrich Nietzsche Xavier Cisota
Kalidia Felipe de Lima Costa

Definição

Utilizadas para evitar a contaminação da boca e nariz do profissional por gotículas respiratórias.

Responsável pela prescrição

Não se aplica.

Responsáveis pela execução

Toda a equipe assistencial.

Finalidade

Normatizar o uso de máscaras cirúrgicas como EPI nos serviços de saúde.

Indicações

Devem ser utilizadas para evitar a contaminação da boca e nariz do profissional por gotículas respiratórias, quando o mesmo atuar a uma distância inferior a 1 metro do paciente.

Contraindicações/restrições

Não se aplica.

Materiais

Máscara cirúrgica.

Descrição do procedimento

1. Higienizar as mãos corretamente com água e sabão e/ou realizar antisepsia com álcool à 70%. Higienizar também a região da face (ver o POP de higienização das mãos); Cobrir a boca e o nariz, observando se não há espaços entre o rosto e a máscara;

2. Não tocar na máscara durante o uso;
3. Quando a máscara estiver úmida, deve ser trocada.

Retirada da Máscara

1. Retirar a máscara por trás, não tocar na parte da frente;
2. Descartar a máscara em um recipiente fechado;
3. Após retirar, lavar as mãos.

Intervenções de enfermagem/observações

- Ajustar recuo e ajustar o texto para:

A máscara cirúrgica tripla filtra partículas em apenas um sentido, retendo o que é emitido por quem a utiliza. Pode-se utilizar a mesma máscara por até 4 horas desde que não apresente umidade ou danos na sua malha.

REFERÊNCIAS

MARTINS, D. SASSI, P. B. Uso de equipamento de proteção individual - máscaras. **Secretaria da Saúde**. Brusque, Santa Catarina. 2020.

MELO, V. Uso de máscara cirúrgica no contexto de covid-19. **Universidade Federal Do Rio de Grande do Norte**. 2020.

CAPÍTULO 6

USO DE MÁSCARA N95/PFF2

Pedro Eduardo do Nascimento Fonseca
Friedrich Nietzsche Xavier Cisota
Kalidia Felipe de Lima Costa

Definição

EPI que proporciona uma vedação adequada sobre a face do paciente.

Responsável pela prescrição

Não se aplica.

Responsáveis pela execução

Todos os profissionais de saúde.

Finalidades

Promover a proteção respiratória da equipe de saúde exposta a patógenos transmitidos por aerossóis.

Indicações

As máscaras N95/PFF2 deverão ficar reservadas para situações com risco de aerossolização.

Contraindicações/Restrições

Não se aplica.

Materiais

Máscara N95/PFF2.

Descrição do procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Retirar a máscara da embalagem protetora pelos tirantes;
3. Adaptar a máscara à face de forma que proteja o nariz e boca;
4. Prender a lateral da máscara contra a face com uma mão e com a outra mão tracionar os tirantes até o alto da cabeça;

5. Fazer a adaptação dos tirantes de forma a manter o ajuste da máscara à face. Não tocar na parte frontal da máscara, sobretudo quando for reutilizar o equipamento;
6. Realizar a moldagem do clipe na superfície do nariz, de forma vedar completamente a máscara à face;
7. Proceder o teste de vedação imediatamente após a sua colocação, sem tocar na parte frontal da máscara.

Procedimento para retirada da máscara N95/PFF2

1. Realizar a higiene das mãos;
2. Retirar a máscara pelos tirantes. Ter atenção especial para não tocar na parte externa;
3. Verificar se a máscara se encontra íntegra e segura para a reutilização;
4. Colocar a máscara N95/PFF2 em uma embalagem protetora, mantendo os tirantes para o lado de fora da embalagem;
5. Guardar-la após o uso em local adequado/designado para esta finalidade.

Procedimento para reuso da máscara N95/PFF2

1. Realizar a higiene das mãos;
2. Retirar a máscara N95/PFF2 da embalagem protetora pelas alças e a avaliar a sua integridade e funcionalidade;
3. Adaptar a máscara à face de forma a proteger nariz e boca;
4. Prender a lateral da máscara com uma mão e com a outra mão tracionar os tirantes até o alto da cabeça;
5. Fazer a adaptação dos tirantes de forma a manter o ajuste da máscara à face;
6. Fazer a moldagem do clipe na superfície do nariz, de forma vedar completamente a máscara à face;
7. Proceder o teste de vedação imediatamente após a sua colocação, sem tocar na parte frontal da máscara.

Teste de vedação negativa/positiva

1. Ao inspirar: a máscara deve dobrar um pouco. Caso contrário, não será reutilizável;
2. Ao expirar: você deve sentir o respirador expandir um pouco. Caso contrário, não será reutilizável;
3. Ao soprar: não deve ser sentido ar ao redor do perímetro do respirador. Se você sentir ar saindo, não é uma vedação hermética;
4. Higienizar as mãos após a verificação da vedação.

Intervenções de enfermagem/observações

- As máscaras N95/PFF2 não podem ser compartilhadas sob nenhuma circunstância;
- Verificar se a máscara N95/PFF2 permite a respiração; se não for possível respirar, a máscara não poderá ser reutilizada;
- A reutilização da máscara N95/PFF2 é possível desde que tenha sido retirada e armazenada adequadamente;
- Higienizar as mãos antes e depois de tocar ou ajustar a máscara;
- Em casos de procedimentos geradores de aerossóis, colocar obrigatoriamente o protetor facial sobre a máscara N95/PFF2;
- Não tocar as superfícies da máscara N95/PFF2 durante o uso.

REFERÊNCIAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Orientação para uso prolongado de máscara N95 no contexto de pandemia de Covid 19**. Goiás: Hospital das Clínicas, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. **Protocolo de Utilização de Máscaras Cirúrgicas e PFF2/N95**. Toledo: Prefeitura municipal de Toledo, 2020.

CAPÍTULO 7

USO DE ÓCULOS DE PROTEÇÃO

Alex Riquelme de Almeida Barreto
Friedrich Nietzsche Xavier Cisota
Pedro Vinicius de Souza Almeida
Kalidia Felipe de Lima Costa

Definição

Equipamento que serve para proteger os olhos do trabalhador contra diversos tipos de risco que o assolam no ambiente de trabalho.

Responsável pela prescrição

Não se aplica.

Responsáveis pela execução

Todos os profissionais de saúde.

Finalidade

Proteger durante procedimentos que haja a possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos que possam causar contaminação; evitar a contaminação dos olhos, boca e nariz do profissional por gotículas respiratórias, quando o mesmo atuar a uma distância inferior a 1 metro do paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus.

Indicações

Os óculos de proteção devem ser utilizados quando houver risco de exposição do profissional a respingos de sangue, secreções corporais, excreções, etc.

Contraindicações/restrições

Não se aplica.

Materiais

Óculos de proteção; Água e sabão ou álcool a 70%; EPIs (máscara ou respirador e luvas de procedimento); compressa cirúrgica ou pano descartável.

Descrição do procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Colocar o óculos de proteção e ajustá-lo com segurança adaptando-o bem a cabeça, para minimizar os riscos de exposição de mucosas.
3. Os óculos de proteção ou protetores faciais devem ser exclusivos de cada profissional responsável pela assistência;
4. Enquanto estiver em uso, evitar tocar na parte da frente óculos de proteção ou do protetor facial;
5. Caso o protetor facial contenha sujidade visível, deve ser higienizado imediatamente após o uso com água e sabão e logo após sofrer desinfecção com álcool à 70%;
6. Caso o profissional for prestar assistência a vários pacientes seguidamente e não houver sujidade visível, poderá manter o mesmo óculos ou protetor facial, máscara e gorro, lembrando de trocar apenas o avental e as luvas, após a assistência prestada a cada paciente;
7. Remover os óculos de proteção ou protetores faciais, assim que não forem mais necessários. Nessa etapa, é importante não tocar na frente dos óculos ou do protetor; deve-se retirar sempre pela parte de trás a fim de evitar o risco de contaminação.

Higienização dos óculos de proteção

1. Higienizar as mãos, retirar os óculos de proteção, segurando pela parte de trás, e colocá-lo, preferencialmente, em uma bandeja plástica;
2. Higienizar as mãos e calçar novo par de luvas de procedimento;
3. Dirigir-se para área de expurgo levando os óculos de proteção sobre a bandeja para ser higienizado;
4. Borrifar o detergente neutro na compressa ou pano descartável, passar nos óculos ensaboando-o;
5. Realizar o enxágue em água corrente;
6. Secar os óculos de proteção, manualmente, utilizando uma nova (o) com-

pressa ou pano descartável;

7. Embeber uma nova compressa ou pano descartável em álcool à 70% e realizar a desinfecção dos óculos de proteção por meio de fricção por no mínimo 30 segundos;
8. Colocar novamente o óculos na bandeja plástica, previamente desinfetada com álcool à 70%;
9. Descartar as compressas ou panos, conforme recomendações da Gestão de Resíduos;
10. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
11. Guardar os óculos de proteção em local apropriado (saco ou caixa plástica limpa);
12. Retirar a máscara ou respirador (N95/PPF2), descartando ou armazenando;
13. Higienizar as mãos.

Intervenções de enfermagem/observações

- O profissional deve optar pelo uso de um ou outro, ou óculos de proteção, ou protetor facial, nunca utilize os dois EPI ao mesmo tempo;
- A higienização com água e sabão e posterior desinfecção destes materiais deverá ser realizada pelo técnico da CME.

REFERÊNCIAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Limpeza e desinfecção de óculos de proteção**. Minas Gerais, 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Orientação sobre uso de óculo de proteção ou protetor facial face shield na pandemia da covid 19**. Juiz de Fora, 2020.

CAPÍTULO 8

TÉCNICA DE CALÇAR E RETIRAR LUVAS ESTÉREIS

Carlos Wanderson Gomes de Oliveira

Friedrich Nietzsche Xavier Cisota

Kalidia Felipe de Lima Costa

Definição

EPI de uso único, de formato anatômico, com punhos capazes de assegurar ajuste ao braço para utilização em procedimentos estéreis

Responsável pela prescrição

Não se aplica.

Responsáveis pela execução

Todos os profissionais de saúde.

Finalidade

Evitar transmissão e contaminação de patógenos por contato direto e indireto ao paciente; prevenção de infecções hospitalares; proteção do profissional contra infecções.

Indicações

Uso exigido em todos os procedimentos de técnica estéril.

Contraindicações/restrições

Não se aplica.

Materiais

Par de Luvas estéril; bancada.

Descrição do procedimento/justificativas

1. Retirar quaisquer acessórios que estejam nas mãos e pulsos (relógio, anel, pulseiras, etc.);
2. Realizar a higienização das mãos (ver o POP de higienização das mãos);
3. Verificar as condições do envelope, data de validade, se há perfurações ou se

a embalagem está rompida;

4. Abrir o pacote externo e despejar o pacote interno em uma superfície, e preferencialmente em campo estéril ou superfície limpa;
5. Abrir e posicionar o pacote interno de acordo com instruções da embalagem. O pacote interno é composto por duas luvas dobradas, uma para cada mão. É importante calçar a luva correta para cada mão, uma vez que isso evitará a contaminação da parte externa da luva;
6. Levantar a luva a ser calçada com a mão oposta, fazendo uma pinça com o polegar e indicador, e tocar somente na parte inferior da dobra do punho;
7. Calçar a luva com a palma da mão voltada para cima e os dedos unidos, manter a distância do campo estéril, do próprio corpo e de qualquer fonte de contaminação;
8. Colocar os dedos da mão enluvada (exceto o polegar) na parte interna da dobra do punho da segunda luva e expor sua abertura;
9. Desfazer a dobra do punho com os dedos unidos e tocar somente na parte interna da dobra do punho;
10. Ajustar as luvas.

Retirada de luvas estéreis

1. Manter as luvas contaminadas com os dedos voltados para baixo;
2. Com a mão oposta enluvada, segurar a face externa da luva, na altura do punho;
3. Tracionar a luva para retirá-la da mão, virando-a pelo avesso;
4. Prender a luva na mão que ainda está enluvada;
5. Segurar a face interna da luva da outra mão, com a mão desenluvada, na altura do punho;
6. Tracionar a luva com o mesmo movimento anterior, retirando-a de forma que uma luva permaneça dentro da outra e o lado contaminado para dentro;
7. Descartar as luvas;
8. Realizar a higienização das mãos.

Intervenções de enfermagem/observações

- Ao utilizar luvas estéreis, não se pode entrar em contato com superfícies ou materiais não estéreis, sob o risco de contaminar o procedimento;
- Para ajudar a prevenir a contaminação, após calçar as luvas, mantenha os braços erguidos a fim de reduzir o contato com portas, objetos ou maçanetas;
- Após o procedimento, descartar as luvas imediatamente.

REFERÊNCIAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Colocação e Retirada de Luvas Estéreis**. Rio de Janeiro, 2011.

LUVAS ESTÉREIS - COMO CALÇAR SEM CONTAMINAR. **Enfermagem online**. 2020. Disponível em: <https://enfermagemonline.com/luvas=-estereis/#:~:text=Ao%20utilizar%20luvas%20est%C3%A9reis%2C%20n%C3%A3o,com%20portas%2C%20objetos%20ou%20ma%C3%A7anetas>.

SEÇÃO III

VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS E AVALIAÇÃO DA DOR

A seção III deste manual contempla os procedimentos relacionados à verificação dos sinais vitais que, por sua vez, são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatória, respiratória, neural e endócrina do corpo. Estas ações possuem o objetivo de estabelecer os padrões basais, observar tendências, identificar problemas fisiológicos e monitorar a resposta do paciente ao tratamento.

CAPÍTULO 9

MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

Jorgivan Silva de Medeiros Filho
Friedrich Nietzsche Xavier Cisota
Vitória Yasmin Lopes Soares
Kalidia Felipe de Lima Costa

Definição

A monitorização cardíaca do paciente se responsabiliza por garantir o monitoramento contínuo da atividade elétrica do coração e a detecção de alterações de frequência e ritmo, transformando essas atividades elétricas em ondas registradas em tela.

Responsável pela prescrição

Médicos e enfermeiros.

Responsáveis pela execução

Enfermeiro e Técnicos em Enfermagem.

Finalidade

Oferecer registros fidedignos da monitorização cardíaca ao manter a visualização contínua da atividade elétrica do coração. Além de detectar arritmias e variações na pressão arterial.

Indicações

A verificação deve ser realizada após admissão do paciente na unidade de saúde, sendo procedimento padrão e obrigatório no processo de acolhimento. Além disso, o procedimento deve atender pacientes críticos com instabilidades hemodinâmicas para controles solicitados e pacientes submetidos à cardioversão e os que sofreram reversão após parada cardíaca.

Contraindicações/restrições

Quando o paciente apresentar alergia ou queimaduras na pele deve se atentar às restrições, observações e particularidades dos casos.

Materiais

Álcool à 70%; luvas de procedimento; máscara cirúrgica; cadeira e leito; instrumentos de registro (caneta e impressos para registro); solução antisséptica; gazes; gel para os eletrodos; monitor multiparamétrico com cabo de eletrocardiograma com três ou cinco condutores; eletrodos.

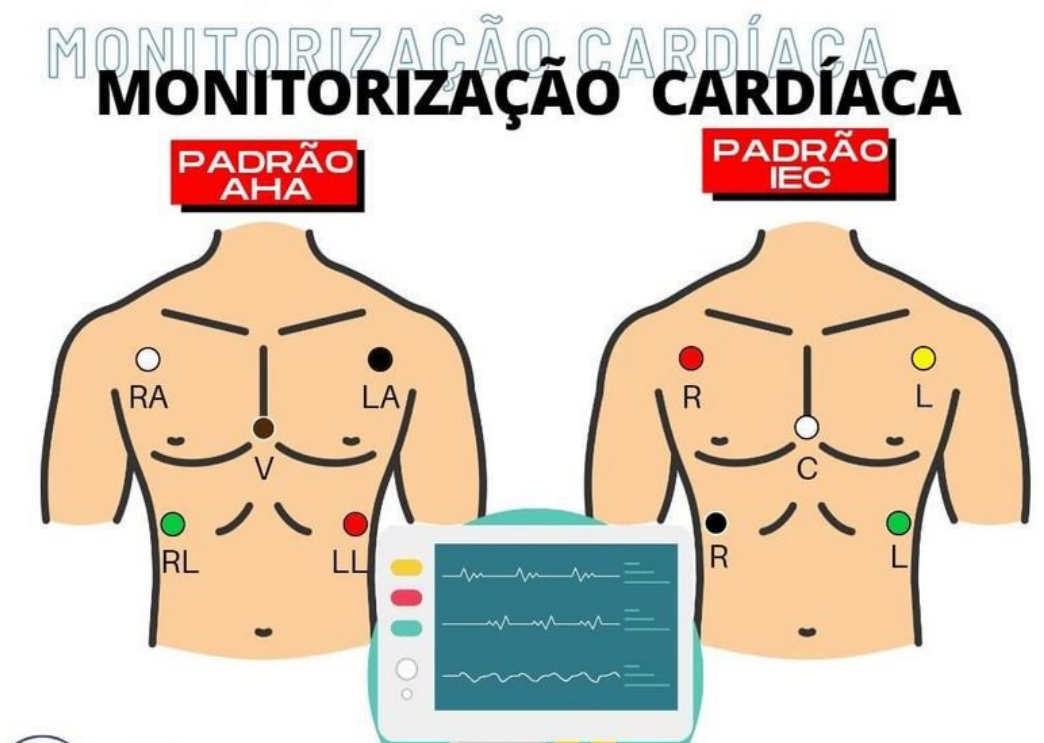
Descrição do procedimento

1. Identificar-se para o paciente/acompanhante;
2. Se o paciente estiver consciente, deve orientá-lo sobre o procedimento;
3. Realizar a higienização das mãos;
4. Reunir o material necessário e direcionar-se para o paciente;
5. Conferir a prescrição, o nome do paciente, enfermaria e leito;
6. Certificar-se que o paciente esteja na posição adequada, de preferência sentado ou deitado com a cabeceira elevada em 45.º a 60.º;
7. Realizar antisepsia no local que irá aderir o eletrodo com algodão e gaze embebida com álcool à 70%;
8. Realizar tricotomia no paciente (s/n);
9. Ligar o monitor;
10. Conectar os cabos ao monitor cardíaco multiparamétrico;
11. Conectar os cabos aos eletrodos;
12. Posicionar os eletrodos de acordo com as especificidades do aparelho no padrão AHA;
13. Se não concordar, use o padrão IEC;
14. Reposicionar a roupa de cama e roupa do paciente;
15. Retirar as luvas para procedimento;
16. Realizar a higienização das mãos;
17. Informar os valores encontrados ao paciente;
18. Anotar, nos impressos de registro, os valores obtidos no procedimento.

Intervenções de enfermagem/observações

- Evitar áreas com presença de curativos ou lesões;
- Não molhar os eletrodos durante o banho no leito;
- Certificar-se de que todo o equipamento elétrico e tomadas estão aterrados para evitar o choque elétrico no paciente e possíveis intercorrências;
- Avaliar a integridade da pele e posicionar os eletrodos diariamente conforme necessário;
- Caso o alarme soe, analisar a condição clínica do paciente, para verificar se o problema é uma arritmia verdadeira ou disfunção da máquina;
- Os eletrodos de monitorização devem ser substituídos e alternados de posição e fixação a cada 24 horas, por ocasião da higiene corporal, devendo ser colocados a uma distância de no mínimo 2 cm do local anterior a fim de prevenir irritação da pele.

Ilustração - Orientação sobre posicionamento dos eletrodos conforme os dois padrões aceitos na literatura



Fonte: Curso Operação e Resgate.

REFERÊNCIAS

CHULAY, Marianne; BURNS, Suzanne M. **Fundamentos de Enfermagem em Cuidados Críticos da AACN**. 2. ed. [s.l.]: AMGH Editora, 2012. 590 p.

COELHO, W. Assistência de enfermagem na monitorização hemodinâmica. **Manuais para provas e concursos em enfermagem**. 1 ed. SANAR, 2015. Cap.1.

HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H.. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. 2015 p.

KNOBEL, Elias. **Terapia Intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

MORSCH, José. **Monitorização cardíaca**: Quais os protocolos e melhores práticas. Morsch Telemedicina, 2022. Disponível em: <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/monitorizacao-cardiaca>.

O Sistema de Monitorização Cardíaca com 5 Eletrodos Provém de 2 Tipos Padronizados. **Curso Operação e Resgate**. Disponível em: <https://cursocor.com.br/o-sistema-de-monitorizacao-cardiaca-com-5-eletrodos-provem-de-2-tipos-padronizados/>

PADILHA *et al.* **Enfermagem em UTI: Cuidado do Paciente Crítico**. 1ª Ed. São Paulo: Manole, 2010.

VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; TORRE, Mariana (Ed.). Enfermagem em Terapia Intensiva: **Práticas Integrativas**. [s.l.]: Manole, 2017. 1024 p.

CAPÍTULO 10

AFERIÇÃO DO PULSO PERIFÉRICO

Felipe Gabriel Frutuoso Sousa
Vitória Yasmin Lopes Soares
Kalidia Felipe de Lima Costa

Definição

A palpação do pulso periférico pode revelar várias anormalidades. As condições normais avaliadas no pulso podem variar de 60 a 100 pulsações por minuto. Além do número de pulsações, é importante avaliar se elas são rítmicas ou não, bem como sua intensidade. Nesse sentido, será possível classificar os pulsos em rítmicos ou arrítmicos e cheios ou finos.

Responsável pela prescrição

Médico ou Enfermeiro.

Responsáveis pela execução

Enfermeiro e Técnicos em Enfermagem.

Finalidade

Avaliar e monitorar as condições hemodinâmicas do paciente de forma a diagnosticar alterações na frequência cardíaca e, verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso, obtendo, dessa forma, valores fidedignos para fundamentar ações e condutas de enfermagem e médicas;

Indicações

A verificação deve ser realizada após admissão do paciente na unidade de saúde, sendo procedimento padrão e obrigatório no processo de acolhimento. Além disso, se faz indicado também para o acompanhamento de pacientes com histórico de doenças cardíacas, ou relatando arritmia cardíaca, ou dor súbita no peito. A aferição do pulso é realizada anteriormente a testes cardiovasculares invasivos, procedimentos cirúrgicos, presença de hemorragias ou quadros de desidratação.

Contraindicações/restrições

Não se aplica.

Materiais

Álcool à 70%; EPIs (luvas de procedimento e máscara cirúrgica) (s/n); estetoscópio (apenas para pulso apical); algodão; relógio de pulso com ponteiro de segundos ou visor digital; instrumentos para registros do procedimento (caneta e impressos para registro).

Descrição do procedimento

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Reunir o material;
3. Identificar o paciente;
4. Explicar ao paciente sobre o procedimento;
5. Colocar o paciente sentado ou em decúbito dorsal, de maneira confortável;
6. Promover a privacidade do paciente;
7. Realizar a higienização das mãos;
8. Realizar a desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool à 70% (em caso de aferição do pulso apical);
9. Calçar luvas (s/n);
10. Colocar o dedo indicador e médio sobre uma artéria superficial, comprimindo-a levemente. Geralmente as artérias para escolha são: radial, braquial, carótida, femoral, poplítea e pediosa;
11. Contar os pulsos arteriais durante 60 segundos (1 minuto);
12. Determinar a frequência, ritmo e amplitude do pulso;
13. Realizar a higienização das mãos;
14. Informar os valores encontrados ao paciente;
15. Anotar, nos impressos de registro, os valores obtidos no procedimento.

Intervenções de enfermagem/observações

- Considerar os fatores relacionados com a história do paciente, valores habituais e risco de pulso anormalmente lento ou irregular;
- Não comprimir excessivamente a artéria, pois isto implicará em uma avaliação imprecisa;
- Em casos que o paciente estiver em decúbito dorsal, seu braço deverá estar reto, ao longo da lateral do corpo com o punho estendido reto. Caso esteja sentado, seu cotovelo deverá ser curvado a 90º (noventa graus) e o braço apoiado na cadeira ou no braço do profissional;
- Não utilizar o polegar para palpação, pois este confundirá o pulso do examinador com o do paciente devido à superficialidade da artéria no dedo polegar;
- Em casos que a pressão arterial sistólica seja menor que 80 mmHg, pode não ser possível palpar o pulso radial. Nessas situações, usar o pulso braquial ou apical para aferir a frequência cardíaca;
- Se houver quaisquer alterações ou anomalias significativas, comunicar ao enfermeiro ou ao médico imediatamente.

REFERÊNCIAS

CATÃO, Ana Carolina *et al.* **Verificação da Frequência do Pulso Radial em Adultos**. [S. l.: s. n.], 2012. Disponível em: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_23_verificacao_frequencia_pulso_radial_adultos.pdf. Acesso em: 16 nov. 2022.

POTTER, Patrícia A. *et al.* **Fundamentos de Enfermagem**. 9ª. ed. rev. [S. l.]: Elsevier Editora Ltda., 2017. ISBN 978-85-352-8701-1.

CAPÍTULO 11

AFERIÇÃO DA TEMPERATURA AXILAR

Monique Dantas do Rosário
Vitória Yasmin Lopes Soares
Kalidia Felipe de Lima Costa

Definição

A aferição da temperatura objetiva verificar o estado de alteração do paciente, assim como diagnosticar quadros de febre, hipotermia e problemas termorreguladores para auxiliar no diagnóstico clínico.

Responsável pela prescrição

Médico e Enfermeiro.

Responsáveis pela execução

Enfermeiro e Técnicos em Enfermagem.

Finalidade

Verificar o estado de alteração do paciente, como quadros de febre, hipotermia e problemas termorreguladores; auxiliar no diagnóstico e avaliação do quadro clínico; acompanhar a variação da temperatura; alertar para possível presença de infecção ou outras reações sistêmicas.

Indicações

A verificação deve ser realizada após admissão do paciente na unidade de saúde, sendo procedimento padrão e obrigatório no processo de acolhimento.

Contraindicações/restrições

Não se aplica, pois o mesmo não é invasivo, mas deve-se considerar casos de processos inflamatórios ou lesões axilares.

Materiais

Termômetro digital; algodão; álcool à 70%; instrumentos de registro (canta e impressos); EPIs (luvas de procedimento e máscara cirúrgica).

Descrição do procedimento

1. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
2. Realizar a higienização das mãos;
3. Realizar a higienização do termômetro utilizando álcool à 70%;
4. Posicionar o equipamento na região axilar e solicitar que o paciente permaneça com o membro superior junto ao tórax;
5. Aguardar 5 minutos ou até que o alarme sonoro do próprio termômetro soe;
6. Efetuar a leitura da temperatura no visor e desligar o termômetro depois da verificação;
7. Realizar, novamente, a higienização do termômetro com algodão embebido em álcool à 70%;
8. Realizar a higienização das mãos;
9. Informar os valores encontrados ao paciente explicando, conforme parâmetros descritos no Quadro 1;
10. Anotar, nos impressos de registro, os valores obtidos durante o procedimento.

Intervenções de enfermagem/observações

- Cada unidade de internação deve ter uma rotina para a conferência do funcionamento dos termômetros digitais;
- No caso de recém-nascidos o profissional de enfermagem deverá auxiliar na fixação do termômetro na axila, juntando delicadamente o membro superior ao tórax do recém-nascido;
- Observar a variação da temperatura corporal axilar;
- Não utilizar em locais com processo inflamatório e cirurgias recentes;
- Especial atenção para pacientes em precaução de contato. Nesse caso, o termômetro é individual e de uso exclusivo desse paciente;
- Atentar a privacidade do paciente quando na necessidade da exposição do tórax.

Quadro 1: Valores de referência para avaliação de temperatura corporal.

TERMINOLOGIA	TEMPERATURA
Hipotermia	Temperatura < 35°C
Afebril	Entre 36,1 a 37,2°C
Estado febril/subfebril	Entre 37,3 a 37,7°C
Febre/hipertermia	Entre 37,8 a 38,9°C
Pirexia	Entre 39 a 40°C
Hiperpirexia	Temperatura > 40°C

Fonte: autoria própria.

REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; et al. **Procedimentos de Enfermagem - Guia Prático**. Guanabara Koogan, 08/2009.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem**. 10^a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

PORTO, C. C. Exame Clínico. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

SCOPEL, V. M. P. RODRIGUES, R. M. Técnica e Prática de Enfermagem. São Paulo: Robe, 2001.

SILVA, L.D.; PEREIRA, S.R.M.; MESQUITA, M.F. Procedimentos de Enfermagem: semiótica para o cuidado. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

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

CAPÍTULO 12

AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Luis Felipe Lopes Fernandes
Isabelle Santos Nogueira
Vitória Yasmin Lopes Soares
Kalidia Felipe de Lima Costa

Definição

O procedimento trata-se de aferir a pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias quando o sangue é ejetado na corrente sanguínea pelo ventrículo esquerdo.

Responsável pela prescrição

Médico ou Enfermeiro

Responsáveis pela execução

Enfermeiro e Técnicos em Enfermagem.

Finalidade

Técnica auscultatória empregada com o objetivo de avaliar de forma indireta a pressão arterial através do uso de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide.

Indicações

A verificação deve ser realizada após admissão do paciente na unidade de saúde, sendo procedimento padrão e obrigatório no processo de acolhimento. Priorizando pacientes com sinais e sintomas de alteração na pressão arterial, com ou sem diagnóstico de doença crônica, de forma a auxiliar na avaliação da capacidade, estabilidade e eficácia do sistema cardiovascular do paciente.

Contraindicações/restrições

Atentar a casos de pacientes mastectomizadas ou fistulados, devendo ser evitada a realização do procedimento no membro correspondente ao lado afetado. Além disso, pacientes que realizaram atividades físicas anteriores à verifica-

ção devem aguardar cerca de 15min para realização do procedimento.

Materiais

Bandeja; esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide (manguito adulto ou pediátrico, a depender da estatura do paciente e circunferência do braço); estetoscópio; algodão; álcool à 70%; cadeira ou leito; EPIs (luvas de procedimento e máscara cirúrgica); instrumentos para registros do procedimento (caneta e impressos para registro).

Descrição do procedimento

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Reunir o material necessário, selecionando o manguito adequado para a circunferência do membro escolhido para a mensuração da pressão arterial;
3. Se apresentar e explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, utilizando uma linguagem de compreensão acessível;
4. Manter o paciente em repouso, acomodado na posição correta;
5. Remover as roupas do braço em que será colocado o manguito;
6. Posicionar o braço sobre a mesa, com a região palmar para cima e o cotovelo ligeiramente fletido, caso o paciente esteja sentado;
7. Posicionar o manguito justo sem folga cerca de 2-3 cm acima da fossa cubital, centralizado sobre a artéria braquial, alguns aparelhos apresentam uma seta indicando o meio da bolsa
8. Palpar o pulso radial;
9. Insuflar o manguito até que o pulso não seja mais palpável; essa manobra visa obter uma estimativa da pressão sistólica;
10. Desinsuflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de insuflar novamente;
11. Instruir o paciente e possível acompanhante a evitar ruídos durante o procedimento - Garantir uma melhor ausculta pelo profissional;
12. Palpar o pulso da artéria braquial, posicionando o diafragma do estetoscópio sobre este ponto;

13. Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos, posicionando a curvatura biauricular do mesmo para frente;
14. Fechar a válvula da pêra de borracha e insuflar o manguito até 30mmHg acima do valor encontrado no método palpatório anterior, verificado através do pulso radial;
15. Abrir lentamente a válvula;
16. Registrar a localização do ponteiro do manômetro quando ouvir o primeiro som arterial, batimento, representante da pressão sistólica;
17. Acompanhar o rebaixamento do ponteiro ou da coluna de mercúrio até o momento em que houver alteração súbita do som (abafamento, ausência) e registrar o valor obtido, como pressão diastólica;
18. Desinsuflar o manguito totalmente e aguardar um minuto para repetir o procedimento no outro membro, em caso de dúvida;
19. Retirar o estetoscópio e o esfigmomanômetro;
20. Proceder a higiene do estetoscópio e do esfigmomanômetro com algodão e álcool à 70%;
21. Realizar a higienização das mãos;
22. Informar os valores encontrados ao paciente;
23. Anotar, nos impressos de registro, os valores obtidos no procedimento.

Intervenções de enfermagem/observações

- É necessário que, em geral, o tamanho do manguito para cada paciente corresponda a $\frac{3}{4}$ de seu braço, de sua coxa ou de sua perna, conforme Tabela 1;

Tabela 1 – Dimensões do manguito para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos

Circunferência	Denominação do manguito	Largura do manguito	Comprimento da bolsa
≤ 6 cm	Recém-nascido	3 cm	6 cm
6-15 cm	Criança	5 cm	15 cm
16-21 cm	Infantil	8 cm	21 cm
22-26 cm	Adulto pequeno	10 cm	24 cm
27-34 cm	Adulto	13 cm	30 cm
35-44 cm	Adulto grande	16 cm	38 cm
45-52 cm	Coxa	20 cm	42 cm

Fonte: Malachias et al., 2017.¹⁶⁴

Fonte: Barroso et al., 2020

- É preciso deixar o paciente em repouso de 3 a 5 minutos, em um ambiente adequado e garantir que ele NÃO:

- Está com a bexiga cheia;
- Praticou atividade física, há pelo menos 60 minutos;
- Ingeriu bebidas alcoólicas, energéticas, café ou se alimentou;
- Fumou nos últimos 30 minutos;
- Está com alguma emoção forte, dor ou estresse;
- Utilizou medicamentos estimulantes adrenérgicos.

- Importante garantir que o paciente esteja em posicionamento adequado para o procedimento:

- O paciente deve estar sentado, as pernas não podem estar cruzadas, os pés devem estar apoiados no chão, e o dorso encostado na cadeira e relaxado;
- O braço que será utilizado para verificação deve estar na altura do coração, apoiado com a palma da mão aberta, voltada para cima;
- As roupas não devem estar apertadas de forma a garrotear o membro;
- Em casos de aferição em membros inferiores, o paciente deve estar em decúbito ventral, manguito colocado na coxa e estetoscópio sobre a artéria poplítea.

- Assegurar que os equipamentos utilizados para verificação do sinal vital estão validados e são periodicamente calibrados (de preferência a cada 6 meses);

- Em uma primeira avaliação, as medidas de pressão arterial devem ser realizadas em ambos os membros superiores e em caso de diferença, utiliza-se sempre o braço com o maior valor de pressão para as medidas subsequentes.
- Os valores coletados devem ser avaliados seguindo os parâmetros:

Tabela 2- Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
PA ótima	<120 e	<80
PA normal	120-129 e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139 e/ou	85-89
HAS Estágio 1	140-159 e/ou	90-99
HAS Estágio 2	160-179 e/ou	100-109
HAS Estágio 3	≥ 180 e/ou	≥110

Fonte: Barroso *et al.*, 2020.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021. DOI:10.36660/abc.20201238. Acesso em: 08 nov. 2022.

CAPÍTULO 13

AFERIÇÃO DE SATURAÇÃO PERIFÉRICA DE OXIGÊNIO

Felipe Gabriel Frutuoso Sousa

Vitória Yasmin Lopes Soares

Kalidia Felipe de Lima Costa

Definição

A oximetria capilar permite estimar, de maneira não invasiva, a saturação arterial de oxigênio, utilizando uma tecnologia que mede a absorção de duas fontes de luz, uma infravermelha e uma vermelha, detectando, dessa forma, a absorção de cada tipo de luz pelo sangue que pulsa nas artérias.

Responsável pela prescrição

Médico ou Enfermeiro.

Responsáveis pela execução

Enfermeiro e Técnicos em Enfermagem.

Finalidade

Aferir saturação parcial de oxigênio nos tecidos por monitorização não invasiva, obtendo, dessa maneira, valores fidedignos para afirmar a conduta das ações em enfermagem e médica.

Indicações

A verificação deve ser realizada após admissão do paciente na unidade de saúde, sendo procedimento padrão e obrigatório no processo de acolhimento. Indicada, de forma específica, também para pessoas com risco de desenvolver hipoxemia.

Contraindicações/restrições

Não é recomendável a aferição caso o paciente use unhas postiças; a hipotensão arterial pode interferir na estimativa da saturação; o mau posicionamento do sensor pode acarretar numa medição imprecisa; intoxicação por monóxido de carbono também pode ser um fator que torna imprecisa a medição.

Materiais

Álcool à 70%; algodão; EPIs (luvas de procedimento e máscara cirúrgica) (s/n); removedor de esmalte (s/n); bandeja; oxímetro de pulso; instrumentos para registros do procedimento (caneta e impressos para registro).

Descrição do procedimento

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Reunir o material necessário;
3. Identificar o paciente;
4. Explicar ao paciente sobre o procedimento;
5. Remover esmaltes ou unhas postiças do dedo a ser utilizado (s/n);
6. Posicionar o paciente sentado ou em decúbito dorsal (posição supinada) confortavelmente;
7. Realizar o acoplamento, de preferência no dedo médio ou indicador, e conferir a onda/intensidade da pulsação;
8. Deixar que oxímetro permaneça por 10 a 30 segundos ou até que o mesmo forneça leituras constantes e o visor da pulsação alcance força máxima a cada ciclo cardíaco;
9. Realizar a higienização das mãos;
10. Informar os valores encontrados ao paciente/acompanhante;
11. Anotar, nos impressos de registro, os valores obtidos no procedimento.

Intervenções de enfermagem/observações

- Na inviabilidade de aferição nos dedos das mãos, afere-se nos dedos dos pés (de preferência o hálux – “dedão do pé”);
- Na impossibilidade de aferição de ambos os membros superiores e inferiores, afere-se nos lóbulos das orelhas;
- O procedimento adotado na medida da saturação de oxigênio pode ser delegado ao auxiliar/técnico em enfermagem, exceto se o paciente estiver instável;

- A movimentação do paciente pode interferir na capacidade do oxímetro de processar a leitura;
- Se houver quaisquer alterações ou anomalias significativas, ou leitura de SpO₂ inferior a 90%, comunicar ao enfermeiro imediatamente.

REFERÊNCIAS

COUTINHO, Walter Luiz *et al.*, (ed.). **CLÍNICA MÉDICA**. 2^a. ed. [S. l.]: Manole Ltda., 2016. 1016 p. v. 2. ISBN 978-85-204-3615-8.

FREITAS, Karina Domingues de *et al.* **MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO - POPs**. 7. ed. rev. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/m-pop.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2022.

POTTER, Patrícia A. *et al.* **Fundamentos de Enfermagem**. 9^a. ed. rev. [S. l.]: Elsevier Editora Ltda., 2017. ISBN 978-85-352-8701-1.

CAPÍTULO 14

AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

Lucas Gabriel Candido do Vale
Vitória Yasmin Lopes Soares
Kalidia Felipe de Lima Costa

Definição

É a coleta de uma gota de sangue capilar por meio de punção para a monitorização dos valores glicêmicos, visando a identificação da presença ou ausência de alterações glicêmicas.

Responsável pela prescrição

Médico ou Enfermeiro.

Responsáveis pela execução

Enfermeiro e Técnicos em Enfermagem.

Finalidade

Obter, de maneira rápida, o nível de glicose na corrente sanguínea capilar e auxiliar por meio de punção digital. Dessa forma, os resultados coletados possibilitam realizar o controle da glicemia do paciente de acordo com a prescrição médica ou protocolo do setor. Além de garantir os cuidados adequados e específicos para o paciente de acordo com o resultado do nível de glicose.

Indicações

A verificação deve ser realizada após admissão do paciente na unidade de saúde, sendo procedimento padrão e obrigatório no processo de acolhimento. Sendo recomendado, de forma específica e priorizada para pessoas com quadros de pré-diabetes ou diabetes. Ressalta-se a necessidade de avaliação e reavaliação em casos de pacientes que apresentem sinais e sintomas de hiperglicemia, como: náusea, fadiga, vômitos, polidipsia, poliúria, hálito cetônico, estupor mental até estado comatoso. Também para pacientes com sinais e sintomas de hipoglicemia, como: taquicardia, palidez, sudorese, tremores, cefaleia, tontura, fraqueza, parestesia, distúrbios visuais e rebaixamento da consciência.

Contraindicações/restrições

Não se aplica.

Materiais

Prescrição e prontuário do paciente; instrumentos para registro do procedimento; caneta esferográfica; luvas de procedimento; máscara cirúrgica; bandeja retangular ou cuba; algodão ou gaze não estéril; álcool à 70%; glicosímetro; lanceta com trava de segurança descartável e estéril ou agulha do tipo 13x4,5; fitas reagentes para glicose, compatível com o aparelho de verificação; caixa para descarte de material biológico contaminado; caixa para descarte de material perfurocortante.

Descrição do procedimento

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Realizar a desinfecção da bandeja ou cuba com o álcool à 70%;
3. Reunir o material (algodão com álcool à 70%, algodão seco, lanceta, fita reagente e glicosímetro) dentro da bandeja;
4. Certificar-se de que a fita reagente está na validade, conferindo se o código é compatível com o aparelho;
5. Conferir a prescrição, o nome do paciente, enfermaria e leito;
6. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Ligar o glicosímetro;
9. Limpar a polpa digital escolhida com algodão seco;
10. Introduzir a fita apropriada no glicosímetro, evitando tocar na parte reagente;
11. Manter o membro do dedo a ser puncionado abaixo do nível do coração para facilitar o fluxo sanguíneo para o local;
12. Proceder à punção com a lanceta na face lateral da ponta do dedo escolhido;

13. Realizar compressão do dedo puncionado, aplicando e soltando a pressão alternadamente até que seja produzida uma gota de sangue na quantidade suficiente para a verificação do nível de glicemia capilar;
14. Colocar a gota de sangue no local indicado na fita;
15. Realizar uma leve compressão no local puncionado com uma bola de algodão seca até hemostasia;
16. Verificar o resultado no glicosímetro;
17. Informar ao paciente o valor obtido na medição;
18. Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado e desprezar os materiais utilizados no lixo apropriado;
19. Limpar o glicosímetro com álcool à 70%;
20. Retirar as luvas;
21. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e guardar em local apropriado;
22. Realizar a higienização das mãos;
23. Anotar, nos impressos de registro, os valores obtidos no procedimento, comunicando aos enfermeiros e/ou médico alterações significativas de valores.
24. Repetir o exame conforme prescrição médica;
25. Confirmar a indicação do exame em prescrição médica.

Intervenções de enfermagem/observações

- Comunicar ao enfermeiro do setor alterações no valor obtido para posterior conduta;
- Realizar rodízio nos locais de punção para evitar lesões na pele do paciente;
- Os resultados de glicemia são registrados em mg/dL;
- Ao abrir uma embalagem com as tiras reagentes, deve-se anotar o dia de abertura e utilizar as tiras dentro dos quatro meses seguintes. Após esta data, deve-se descartar estas tiras;

- Em caso de dúvida no resultado obtido, deve-se verificar o número do chip e confirmar se o número confere com o lote da tira reagente, verificar se a tira reagente está dentro do prazo de validade ou se aberta e deixada sem uso por mais de 4 meses;
- Assegurar-se que as fitas reagentes sejam mantidas dentro do frasco, protegidas da luz e da umidade para não serem inativadas;
- As lancetas são descartáveis, de uso único;
- Só coletar se o local da punção estiver totalmente seco, certificar-se se o álcool secou totalmente;
- Se o paciente estiver em uso de anticoagulantes, aumentar o tempo de compressão e/ou fazer curativo compressivo;
- Na impossibilidade de realizar a coleta nos dedos das mãos, a mesma pode ser realizada no lóbulo da orelha;
- Em lactentes a coleta deve ser realizada no calcâneo;
- Relacionar o valor glicêmico obtido com o momento da coleta e em casos de alteração, priorizar o atendimento;

Quadro 1: Valores de referência para a glicemia capilar

Hipoglicemia nível 1	54 a 70 mg/dL
Hipoglicemia nível 2	< 54mg/dL
Euglicemia	70 a 180 mg/dL ou 70 a 140 mg/dL
Hiperglicemia nível 1	> 180 mg/dL e < 249 mg/dL
Hiperglicemia nível 2	> 250 mg/dL

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes

REFERÊNCIAS

CORRER, C. **Teste de glicemia capilar na farmácia.** Clínicarx, 2022. Disponível em: <https://clnicarx.com.br/blog/teste-de-glicemia-capilar>. Acesso em 05 de nov. de 2022.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP's): serviço de enfermagem.** Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí, Teresina: IFPI, 2020.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP's): Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.** Secretaria Municipal de Saúde, Natal/RN, 2022.

SOKEM, J. A. dos S. **Controle de glicemia capilar em pacientes adultos.** Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, Mato Grosso do Sul, 2014.

MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ. **Teste de Glicemia Capilar.** Universidade Federal do Rio de Janeiro.

PRISCILA; ROSA, V. M.; GRANDI, F. T. **Glicemia Capilar.** Prefeitura de Goiânia, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Hipoglicemia: qual a melhor forma de corrigir?** Disponível em: <https://diabetes.org.br/hipoglicemia-qual-a-melhor-forma-de-corrir/>. Acesso em 02 de fev. de 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.** Clannad Editora Científica. 2019.

CAPÍTULO 15

AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Lucas Gabriel Candido do Vale

Vitória Yasmin Lopes Soares

Kalidia Felipe de Lima Costa

Definição

Realizar a avaliação física, verificando frequência, ritmo e qualidade do sistema e movimento respiratório, para que sejam coletadas informações para determinar o estado do paciente.

Responsável pela prescrição

Médico ou Enfermeiro.

Responsáveis pela execução

Enfermeiro e Técnicos em Enfermagem.

Finalidade

Identificar sinais e sintomas que possam apontar problemas respiratórios, que tenham a possibilidade de comprometer o estado físico no geral

Indicações

A verificação deve ser realizada após admissão do paciente na unidade de saúde, sendo procedimento padrão e obrigatório no processo de acolhimento, de forma a auxiliar na avaliação da capacidade, estabilidade e eficácia do sistema respiratório do paciente.

Contraindicações/restrições

Pacientes que realizaram esforço físico antes da avaliação devem aguardar 10 minutos para o início do procedimento.

Materiais

Álcool à 70%; relógio ou cronômetro; impresso para registro do paciente; caneta para registro; estetoscópio (s/n); luvas de procedimento (s/n).

Descrição do procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material;
3. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
4. Conferir o nome do paciente para garantir que o procedimento seja realizado no paciente o qual a prescrição foi feita;
5. Orientar a posição do paciente para que ele fique sentado ou deitado, deixando-o o mais confortável possível, para garantir a precisão da informação detectada;
6. Observar os movimentos do tórax ou abdômen, durante 01 minuto. (É importante que o paciente não perceba que sua respiração está sendo observada, pois pode interferir no padrão respiratório);
7. Contar um movimento para inspiração e expiração, observando o ritmo, profundidade e frequência da respiração;
8. Realizar a higienização das mãos;
9. Informar os valores coletados ao paciente, para garantir o direito e dever de transparência entre paciente e profissional;
10. Anotar as informações coletadas em impresso apropriado;
11. Repetir o procedimento conforme a prescrição médica e da enfermagem;
12. Comunicar ao enfermeiro e/ou médico, quando detectar valores diferentes da referência e alterações do padrão respiratório;
13. Manter o ambiente limpo e organizado.

Intervenções de enfermagem/observações

- Termos técnicos utilizados para definir aspectos relacionados à frequência respiratória:
 - Eupneico: presença de movimentos respiratórios com uma frequência dentro de parâmetros estabelecidos.
 - Bradipneico: movimentos respiratórios com uma frequência abaixo dos parâmetros estabelecidos.

- Taquipneia: movimentos respiratórios com uma frequência acima dos parâmetros estabelecidos.
- Apneia: ausência de movimentos respiratórios, que inclui um intervalo mínimo de 10 segundos entre as respirações.
- Dispneia: respiração curta, com dificuldade ou esforço, também pode ser definida como um termo utilizado para caracterizar a experiência subjetiva de desconforto respiratório.

Figura 1: Ciclo de Vida

CICLO DE VIDA					
Variações	Bebê (0-1 ano)	Primeira infância (1-5 anos)	Segunda infância (6-12 anos)	Adulto	Idosos (65 e mais)
Frequência respiratória/ Minuto	30-60	20-40	15-20	16-20	16-20
Padrão respiratório	Respiração abdominal irregular na frequência e profundidade	Respiração abdominal irregular	Respiração torácica regular	Respiração torácica regular	Respiração torácica regular
Parede Torácica	Fina, poucos músculos, costelas e esterno facilmente vistos	Igual à dos bebês, mas com mais gordura subcutânea	Mais gordura subcutânea depositada, estruturas menos proeminentes	Mais ou menos gordura subcutânea depositada, a depender do tipo físico	Fina estrutura saliente

Fonte: Taylor, 2008 p.1410

REFERÊNCIAS

FIGUEIRA, Maria *et al.* **Manual de enfermagem**: Instituto Materno-Infantil. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem, 2014. COSTA. Otorrinolaringologia. **Princípios e Prática**, 2º edição. Porto alegre: Artes Médicas, 2006.

LYNN, Pamela. Habilidades de enfermagem clínica de Taylor: **uma abordagem ao processo de enfermagem**, 2º edição. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SECRETARIA DA SAÚDE. **Manual técnico**: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica, 2º edição. São Paulo. 2015.131p. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/legislacao/Norma seRotinas02102015.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/legislacao/Norma%20seRotinas02102015.pdf). Acesso em: 24 DE Abr. 2019. 2.

SILVA, Sandra. **Manual de Procedimentos para Estágio em Enfermagem**. 3º edição. São Paulo: Martinari, 2010.

TAYLOR, C. **Fundamentos de Enfermagem**. 5º edição. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 1407- 1411.

Wong DL. **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8º edição. Rio de Janeiro: 2011.

CAPÍTULO 16

AVALIAÇÃO DA DOR

Letícia Lamonyele de Souza Costa

Vitória Yasmin Lopes Soares

Kalidia Felipe de Lima Costa

Definição

Determinar a intensidade da dor relativa a cada paciente, servindo, assim, como medida para basear o tratamento ou a conduta terapêutica mais adequada à condição dolorosa.

Responsável pela prescrição

Médico ou Enfermeiro.

Responsáveis pela execução

Enfermeiro e Técnicos em Enfermagem.

Finalidade

Mensurar corretamente a dor a fim de otimizar a terapêutica e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Indicações

A verificação deve ser realizada após admissão do paciente na unidade de saúde, sendo procedimento padrão e obrigatório no processo de acolhimento. Ressalta-se a realização em pacientes que apresentam queixas relacionadas à dor.

Contraindicações/restrições

Não se aplica.

Materiais

Sigla mnemônica ILIADI (início, localização, irradiação, aspecto, duração e intensidade); impressão física da escala visual/verbal; impressão física da escala de faces; EPIs (luvas de procedimento e máscara cirúrgica); instrumentos de registro (impressos de registro, caneta esferográfica).

Descrição do procedimento/justificativas

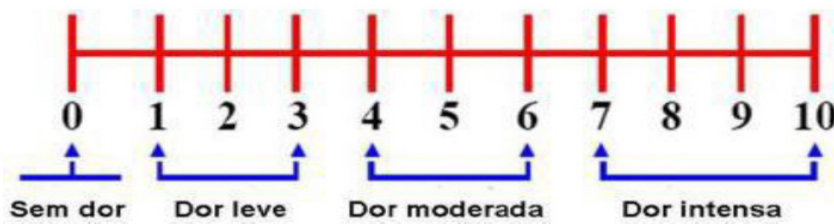
1. Chamar o paciente pelo nome completo e se direcionar para uma sala reservada (Paciente pediátrico deve entrar na sala acompanhada por um responsável);
2. Se apresentar para o paciente e/ou acompanhante;
3. Confirmar os dados do paciente na ficha de atendimento;
4. Realizar a consulta de enfermagem;
5. Questionar sobre o que motivou o direcionamento do paciente à unidade de saúde;
6. Indagar sobre os aspectos de saúde atuais;
7. Indagar acerca da história pregressa do paciente;
8. Selecionar a escala conforme a necessidade, Figura 2 ou Figura 3 (por exemplo, a escala de faces pode ser utilizada para avaliar pacientes adultos com a cognição comprometida e crianças);
9. Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o funcionamento da escala
10. Higienizar as mãos;
11. Calçar luvas de procedimento (s/n);
12. Realizar a avaliação se orientando pela sigla ILIADI (Figura 1);
13. Realizar a higienização das mãos;
14. Concluir o diagnóstico de enfermagem (seguir os 7 eixos para conclusão do diagnóstico de enfermagem presentes na NANDA internacional. foco do diagnóstico: sujeito do diagnóstico, julgamento (prejudicado, ineficaz), localização (oral, periférico, cerebral), idade, tempo (crônico, agudo, intermitente), categoria do diagnóstico (com foco no problema, de risco, de promoção da saúde);
15. Anotar, nos impressos de registro, as informações coletadas durante o procedimento.

Figura 1: Sigla mnemônica ILIADI



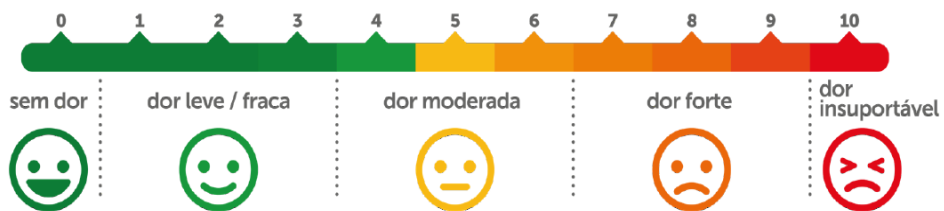
Fonte: Associação Beneficente Síria

Figura 2: Escala Visual/Verbal de intensidade numérica para avaliação da dor



Fonte: revista.uerj.br

Figura 3: Escala de Faces para avaliação da dor



Fonte: Escala de Faces (utilizada pelo Grupo de Estudos da Dor Hcor)

Intervenções de enfermagem/observações

- Registrar e comunicar sempre que o valor obtido for diferente de zero;
- Repetir a mensuração 1h após a administração de medicações VO e 30min após a administração de medicações injetáveis;
- Para dor considerada de leve intensidade (1 a 4) realizar medidas gerais como mudanças de decúbito, calor ou frio (se não houver contra-indicação);
- Dor considerada moderada (5 a 7) e Dor considerada intensa (>7), avaliar medicamentos prescritos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÍRIA. **Protocolo de dor**. São Paulo. 44p.

FIGUEIRA, AR; AMARAL, GMM da S.; CARMO, TIG c. **Avaliação e registro da dor no setor de emergência: um estudo transversal. Enfermagem: Cuidado Humanizado**, [S. l.], v. 11, não. 1 pág. e2712, 2022. DOI: 10.22235/ech.v11i1.2712. Disponível em: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/2712>. Acesso em: 19 nov. 2022.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. Tradução de Regina Machado Garcez. 11. ed. Porto Alegre: Artmed. 1187p.

SEÇÃO IV

CONTROLE CERVICAL E AVALIAÇÃO DO SISTEMA NERVOSO

A seção IV deste manual contempla orientações para realização de imobilização da região cervical, a fim de manter a restrição dos movimentos da coluna cervical de uma vítima de trauma. Encontra-se também ainda nesta seção escalas para avaliação do sistema nervoso, como: Escala de Cincinnati e Escala de Coma de Glasgow.

CAPÍTULO 17

USO DO COLAR CERVICAL

Letícia Emilly da Silva Morais

Alcivan Nunes Vieira

Definição

Selecionar e colocar o colar cervical conforme tamanho adequado, para a restrição dos movimentos da coluna cervical de uma vítima de trauma, mantendo a tração e o alinhamento da cabeça e do pescoço.

Responsável pela prescrição

Médico ou Enfermeiro.

Responsáveis pela execução

Técnico em enfermagem; Enfermeiro; Médico; Socorrista.

Finalidades

Restringir os movimentos da coluna cervical; Proporcionar maior segurança durante o transporte intra e extra hospitalar; evitar o agravamento de possíveis lesões.

Indicações

Restrição de movimentos da coluna cervical para evitar o agravamento de possíveis lesões.

Contraindicações/Restrições

Resistência ao movimento; Espasmos dos músculos do pescoço; Aumento da dor; Aumento do déficit neurológico (adormecimento, formigamento ou perda de habilidade motora); Comprometimento das vias aéreas ou da ventilação.

Materiais

EPIs; colar cervical nos tamanhos PP, P, M e G.

Descrição dos Procedimentos

1. Utilizar EPIs;
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente ou aos seus familiares/acompanhantes;
3. Profissional 1: realizar a estabilização manual, segurando a cabeça da vítima com cuidado e movendo-a até alcançar uma posição neutra;
4. Profissional 2: realizar a avaliação do pescoço e região mentoniana para rápida detecção de lesões que necessitem de abordagem antes da instalação do colar ou que impeçam sua instalação. Utilizando seus dedos, imaginar uma linha entre a parte inferior da mandíbula e o local onde o pescoço se une ao tórax; medir a distância entre o ponto onde termina o pescoço e começa o ombro;
5. Usando esta medida aproximada, selecionar o tamanho adequado do colar. No caso de colares ajustáveis, deve-se realizar o ajuste no tamanho indicado, certificando-se que este está travado no tamanho selecionado;
6. A medida exata do colar é a distância entre o ponto de referência (botão) e a borda inferior do plástico rígido; não considerar a medida até o emborrachado de espuma;
7. Enquanto a estabilização e alinhamento da cabeça são mantidos pelo profissional 1, o profissional 2 instala o colar. Com o paciente em decúbito dorsal horizontal (DDH), a colocação se inicia com a passagem do colar por trás, entre o pescoço e a superfície, complementando-se pelo ajuste do apoio mentoniano à frente, sob o mento sendo o ajuste final realizado através da fita de velcro;
8. Com o paciente sentado ou em pé, iniciar a instalação do colar pela adequação do apoio mentoniano do colar sob o mento, complementando-se com a passagem por trás do pescoço, sendo o ajuste final realizado através da fita de velcro;
9. Finalizar o ajuste do colar pela checagem do correto posicionamento: do apoio mentoniano do colar sob a mandíbula de um ângulo ao outro; do apoio esternal do colar sobre a região do esterno no tórax do paciente; e

dos apoios laterais do colar sobre as clavículas e trapézio;

10. Após a colocação do colar cervical, a estabilização manual da cabeça e do pescoço deve ser mantida até que o paciente seja colocado na prancha rígida e seja instalado o imobilizador lateral de cabeça.

Intervenções de Enfermagem/Observações

- O procedimento deverá ser realizado por duas pessoas.
- Manter sempre o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical.
- Vítimas inconscientes apresentam queda da base da língua e manobras manuais são necessárias para abertura das vias aéreas (Chin-Lift e Jaw Thrust), como a elevação do mento e uso de cânula orofaríngea, conforme POPs específicos.
- Registrar devidamente a assistência prestada na ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo constando o número do Coren de quem realizou a técnica.
- O tamanho do colar deve ser adequado para o biotipo de cada paciente.
- O colar não deve impedir a abertura da boca do paciente, seja espontânea ou realizada pelo profissional caso ocorra saída de secreção ou vômito.
- O colar não deve obstruir ou dificultar a ventilação.

REFERÊNCIAS

PHTLS/NAEMT. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. Tradução Renata Acavone ET al. – 7ªed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. MANUAL de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem. 2020. cap. POP 34 - Colocação de colar cervical, p. 140-142. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/POP_Enfermagem_2020.pdf. Acesso em: 20 nov. 2022.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO VALE DE SÃO FRANCISCO. Protocolos Institucionais. Procedimento - Colocação de colar cervical. cap. POP 033. p. 1-4. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/acesso-a-informacao/normas/protocolos-institucionais/Colocaodecolarcervical.pdf>.

CAPÍTULO 18

ESCALA DE CINCINNATI

Letícia Emilly da Silva Morais
Alcivan Nunes Vieira

Definição

Escala pré-hospitalar utilizada aplicada quando se suspeita de Acidente Vascular Encefálico.

Responsável pela prescrição

Médico; Enfermeiro.

Responsáveis pela execução

Técnico em enfermagem; Enfermeiro.

Finalidades

Identificar sinais de um AVE no APH através da avaliação da face, força motora e fala.

Indicações

Avaliação de 3 achados físicos sugestivos de AVE em menos de 1 minuto.

- 1) Paralisia facial
- 2) Paresia em MMSS
- 3) Alteração da fala

Contraindicações/Restrições

Sem contraindicações.

Materiais

EPIs.

Escala pré-hospitalar de Cincinnati

SAMU



Fonte: https://www.feiradesantana.ba.gov.br/samu192/protocolos/POP_AVC.pdf

Descrição dos Procedimentos

1. Colocar o paciente em posição sentada e confortável;
2. Atentar para o uso de EPIs;
3. Explicar o procedimento a ser realizado;
4. Avaliar:
 - a. Face: pedir para o paciente dar um sorriso e avaliar a simetria labial/facial;
 - b. Força motora: pedir para o paciente levantar os braços com a palma das mãos para cima e avaliar se há indicativo da perda de força ou do movimento;
 - c. Fala: pedir ao paciente para repetir uma frase (Exemplo: o rato roeu a roupa do rei de Roma) ou alguma música e avaliar a compreensão da frase;
5. Interpretação:
 - a. Pacientes com aparecimento súbito de um destes três achados possui 72% de probabilidade de ser acometido por um AVE;
 - b. Se os três achados estiverem presentes a probabilidade passa a ser maior que 85%.

Intervenções de Enfermagem/Observações

- Avaliar o paciente pela sequência ABCDE;
- Aplicar os procedimentos relacionados à Segurança do Paciente se for identificada a suspeita de AVE (Exemplos: prevenção de queda; prevenção de Lesão por Pressão; identificação do paciente);
- Aplicar o Suporte Básico de Vida (s/n);
- O atendimento adequado para evitar maiores danos e salvar a vida é de até 3 horas a partir do início dos sintomas.

REFERÊNCIAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE FEIRA DE SANTANA. POP 02: Acidente Vascular Cerebral. Escala de Cincinnati. p. 7-9. 2020. Disponível em: https://www.feiradesantana.ba.gov.br/samu192/protocolos/POP_AVC.pdf. Acesso em: 20 nov de 2022.

CAPÍTULO 19

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Letícia Emilly da Silva Morais
Alcivan Nunes Vieira

Definição

Avaliar os parâmetros de abertura ocular, resposta verbal, resposta motora e o Reflexo Fotomotor, aplicando a pontuação conforme previsto na escala.

Responsável pela prescrição

Médico ou Enfermeiro.

Responsáveis pela execução

Médico; Enfermeiro; Técnico em Enfermagem.

Finalidades

- Avalia o nível de consciência por meio de quatro parâmetros:
- Abertura ocular;
- Resposta verbal;
- Resposta motora;
- Reflexo Fotomotor;

Indicações

Avaliar o nível de consciência do paciente.

Contraindicações/Restrições

Sem contraindicações.

Não se realiza a avaliação por meio da ECG em pacientes sob efeito de sedação.

Materiais

EPIs; caneta esferográfica; lanterna.

Figura 1. Escala de coma de glasgow.

Variáveis		Escore
 Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
 Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
 Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimentos de retirada	4
	Flexão normal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
 Resposta Pupilar	Nenhuma	2
	Apenas uma reage ao estímulo luminoso	1
	Reação bilateral ao estímulo	0

Fonte: Ministério da Saúde (2018).

Descrição de procedimentos

Como utilizar a escala (Figura 1):

1. Identificar fatores que podem interferir na capacidade de resposta do paciente. Exemplos: intubação orotraqueal, sedação, trauma de membros.
2. É importante considerar na avaliação se o paciente possui alguma limitação anterior ou devido ao ocorrido que o impede de reagir adequadamente naquele tópico (Ex: paciente surdo não poderá reagir normalmente ao estímulo verbal).
3. Observar o paciente e ficar atento a qualquer comportamento espontâneo dentro dos três componentes da escala.
4. Estimular uma resposta, caso o paciente não reaja espontaneamente nos tópicos de avaliação.

Abordar o paciente na ordem abaixo:

- a. Estímulo sonoro: pedir (em tom de voz normal ou em voz alta s/n) para o paciente realizar a ação desejada.
- b. Estímulo físico: Aplicar pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supra orbitária.

SEÇÃO V

PROCEDIMENTOS RELACIONADOS AO SISTEMA RESPIRATÓRIO

A seção V deste manual contempla as técnicas que auxiliam no tratamento de quadros de redução da saturação de oxigênio no sangue e desconforto respiratório, que são feitas a partir de diferentes equipamentos e condutas.

CAPÍTULO 20

OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA FACIAL NÃO REINALANTE

Nicole Liv Ullman Freitas Rêgo
Alcivan Nunes Vieira

Definição

O ar é arrastado pela força de cisalhamento nos limites do fluxo de jato de oxigênio que passa através de um orifício, fornecendo oxigênio para o paciente.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Equipe de enfermagem, Fisioterapeuta, Médico.

Finalidades

Fornecer oxigênio para o seu transporte adequado no sangue, diminuir o trabalho respiratório, reduzir o estresse do miocárdio e melhorar a perfusão tecidual.

Indicações

Pacientes com importante desconforto respiratório, que necessitam de O₂, mas que se mantêm responsivos e com ventilação espontânea.

Contraindicações/Restrições

Pacientes com rebaixamento do nível de consciência.

Materiais

EPIs; máscara facial não-reinalante; fluxômetro; fonte de oxigênio; extensor em PVC/ látex; oxímetro de pulso.

Descrição dos Procedimentos

1. Higienizar as mãos;
2. Utilizar EPIs;

3. Comunicar ao paciente sobre a realização do procedimento;
4. Posicioná-lo confortavelmente com cabeceira elevada ou em posição de Fowler;
5. Adaptar o extensor/látex da máscara ao fluxômetro;
6. Regular a velocidade do fluxo de O₂, de acordo com a FiO₂ prevista na prescrição médica, entre 6 e 15 L/min;
7. Colocar a máscara sobre o nariz e boca do paciente, fixando-a com o elástico por trás da cabeça;
8. Registrar o procedimento e seus resultados no prontuário do paciente;
9. Monitorar o paciente observando os parâmetros de saturação de oxigênio e o trabalho respiratório após a instalação da máscara;
10. Registrar a assistência prestada em ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo de quem realizou o procedimento.

Intervenções de Enfermagem/Observações

- Considerar a velocidade do fluxo de acordo com a concentração de O₂ desejada (FiO₂);
- Algumas situações comprometem a leitura dos parâmetros no oxímetro, como esmalte escuro nas unhas, hipoperfusão sanguínea, coloração do leito ungueal entre outros.

REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, Maria I, *et al.* **Procedimentos de Enfermagem - Guia Prático**, 2ª edição. Guanabara Koogan, 2017.

EBSERH Hospitais Universitários Federais, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **POP: Oxigenioterapia hospitalar em adultos e idosos** – Unidade de reabilitação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. 2020.

CAPÍTULO 21

OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI]

Nicole Liv Ullman Freitas Rêgo
Alcivan Nunes Vieira

Definição

O ar é arrastado pela força de cisalhamento nos limites do fluxo de jato de oxigênio que passa através de um orifício. Fornece uma determinada concentração de oxigênio em fluxos iguais ou superiores ao fluxo inspiratório máximo do paciente, assegurando uma FiO_2 conhecida.

Responsável pela prescrição

Médicos.

Responsáveis pela execução

Fisioterapeutas e Equipe de enfermagem.

Finalidades

Oferecer oxigênio suplementar para pacientes com insuficiência respiratória e assegurar a oferta de uma FiO_2 elevada, conforme as demandas metabólicas do paciente.

Indicações

Pacientes com hipoxemia moderada a grave que necessitam de controle rigoroso da oferta de O_2 e sinais de desconforto respiratório e $SatO_2 < 94\%$.

Contraindicações/Restrições

Seguir a prescrição quanto ao fluxo e à FiO_2 desejada; qualquer intercorrência deve ser informada aos profissionais da equipe.

Não usar este dispositivo quando houver Rebaixamento do Nível de Consciência.

Materiais

EPIs; máscara de Venturi e conectores diversos (diluidores codificados de concentração); látex; fluxômetro; fonte de oxigênio; umidificador e água bidestilada.

Descrição dos Procedimentos

1. Higienizar as mãos e usar EPIs;
2. Montar a bandeja com o material necessário;
3. Explicar a realização do procedimento ao paciente;
4. Posicioná-lo confortavelmente com cabeceira elevada ou em posição de Fowler;
5. Instalar fluxômetro na rede de oxigênio;
6. Montar o umidificador com água destilada estéril até o nível indicado no frasco e fixar a etiqueta de identificação com a data de instalação do dispositivo;
7. Conectar o umidificador no fluxômetro e conectar firmemente a máscara à traqueia, e selecionar o diluidor conforme a prescrição;
8. Cada cor de diluidor corresponde à oferta de uma concentração diferente de oxigênio. Esta informação está contida no próprio diluidor. Conectar o látex no umidificador e na extremidade de entrada do diluidor;
9. Certificar-se de que não existe vazamento de oxigênio na conexão do fluxômetro ou no umidificador;
10. Calçar luvas de procedimento;
11. Posicioná-lo confortavelmente com cabeceira elevada ou em posição de Fowler;;
12. Posicionar a máscara de maneira confortável no paciente. Aplicar a máscara sobre a boca e nariz do paciente para formar uma vedação eficaz e abrir válvula de O₂;
13. Regular o fluxômetro de oxigênio conforme a FIO₂ almejada e segundo a indicação do fluxo presente em cada diluidor; pois, cada cor corresponde a uma concentração diferente de oxigênio;
 - Laranja: 50%
 - Rosa: 40%
 - Verde: 35%

- Branco: 31%
- Amarelo: 28%
- Azul: 24%

14. Orientar o paciente a respirar com o auxílio da máscara;
15. Verificar se o paciente se encontra confortável e manter o leito em ordem;
16. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
17. Registrar no prontuário do paciente.

Intervenções de Enfermagem/Observações

- A equipe de enfermagem deve observar e anotar os seguintes sinais sobre os pacientes que estão recebendo oxigênio: nível de consciência, frequência e padrão respiratório, perfusão periférica, saturação de oxigênio, frequência cardíaca, pressão arterial.
- Identificar sinais e sintomas de toxicidade por oxigênio: desconforto subesternal, parestesias, dispneia, agitação psicomotora, fadiga, mal-estar, dificuldade respiratória progressiva, hipoxemia refratária, atelectasia alveolar e infiltrado alveolar nas radiografias de tórax.

REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, Maria I, *et al.* **Procedimentos de Enfermagem - Guia Prático**, 2ª edição. Guanabara Koogan, 2017.

EBSERH Hospitais Universitários Federais, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **POP: Oxigenioterapia hospitalar em adultos e idosos** – Unidade de reabilitação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. 2020.

CAPÍTULO 22

OXIGENOTERAPIA POR CATETER DE OXIGÊNIO

Nicole Liv Ullman Freitas Rêgo
Alcivan Nunes Vieira

Definição

Técnica que emprega o uso de dispositivo via cateter nasal para suplementação de oxigênio, atendendo à demanda de alguns pacientes.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Equipe de enfermagem.

Finalidades

Presença de sinais de hipoxemia e hipóxia tissular como: mudança na frequência ou padrão respiratório, dispneia, taquipneia; saturação de O₂ reduzida; taquicardia; sinais de esforço respiratório; utilização da musculatura acessória; tiragem intercostal; agitação, desorientação, quadros agudos de asma descompensada ou fadiga respiratória.

Indicações

Pacientes conscientes, com respiração espontânea e leve desconforto respiratório, que necessitam de baixo fluxo de oxigênio.

Contraindicações/Restrições

Pacientes com baixo nível de consciência.

Materiais

Cateter nasal tipo óculos; fluxômetro; fonte de oxigênio; extensão/látex; umidificador e água bidestilada; oxímetro; EPIs.

Descrição dos Procedimentos

1. Higienizar as mãos e utilizar os EPIs;

2. Comunicar o paciente sobre o procedimento prescrito;
3. Instalar oximetria de pulso no paciente;
4. Instalar a fonte de O₂ com o fluxômetro;
5. Conectar o umidificador;
6. Conectar o cateter nasal ao látex, abrir e regular o fluxômetro;
7. Introduzir cada uma das extremidades do cateter em cada narina;
8. Passar cada um dos ramos dos óculos por trás dos pavilhões auriculares esquerdo e direito e ajustá-los na região submaxilar, sem apertar;
9. Ajustar volumes de 1L/min até o limite de 6L/min, de acordo com a prescrição médica; ; posicionar o paciente confortavelmente com cabeceira elevada ou em posição de Fowler;
10. Observar saturação de oxigênio de acordo com oximetria de pulso, se disponível;
11. Realizar higienização das mãos;
12. Registrar o procedimento e seus resultados em prontuário.

Intervenções de Enfermagem/Observações

- Orientar o paciente quanto à importância da respiração nasal;
- Realizar higienização das cavidades nasais e manter permeabilidade das vias aéreas superiores, sempre que necessário;
- Verificar o posicionamento correto do cateter, a fim de ofertar a quantidade correta de oxigênio;
- Caso seja necessário repor solução no umidificador, desprezar o líquido e realizar novo preenchimento após a higienização do frasco.

REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, Maria I, *et al.* **Procedimentos de Enfermagem - Guia Prático**, 2ª edição. Guanabara Koogan, 2017.

EBSERH Hospitais Universitários Federais, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **POP: Oxigenioterapia hospitalar em adultos e idosos** – Unidade de reabilitação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. 2020.

CAPÍTULO 23

OVACE - OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO

Nicole Liv Ullman Freitas Rêgo
Alcivan Nunes Vieira

Definição

Obstrução de vias aéreas causada por aspiração de corpo estranho, geralmente localizado na laringe ou traqueia, que pode ser um evento potencialmente fatal.

Responsável pela prescrição

Médico, Enfermeiro.

Responsáveis pela execução

Médicos, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem.

Finalidades

Desobstruir vias aéreas quando obstruídas por corpos estranhos.

Indicações

Paciente com obstrução parcial ou total da via aérea, consciente ou inconsciente;

Paciente que não consegue falar ou tossir e que apresentam ruídos na respiração.

Contraindicações/Restrições

Paciente inconsciente.

Materiais

Reanimador manual – bolsa-válvula-máscara; fonte de oxigênio; Desfibrilador Externo Automático (DEA); oxímetro de pulso; cânula orofaríngea; aspirador manual de secreções; tubo orotraqueal (suporte avançado de vida); EPI.

Descrição dos Procedimentos

1. Avaliar a responsividade do paciente;

2. Identificar se o paciente consegue falar ou tossir. O paciente que tosse é considerado com obstrução parcial e, nesse caso, incentivar que ele continue tentando tossir;
3. Caso o paciente não consiga tossir a obstrução é total; comunicá-lo de que você deverá realizar uma manobra para desengasgá-lo;
4. Posicionar-se de lado e ligeiramente atrás do paciente;
5. Segurar o tórax do paciente com a mão não dominante e incline ela para frente de modo que, caso o objeto que causa a obstrução seja liberado, facilite a sua saída pela boca;
6. Aplicar 5 tapas na região interescapular com a mão dominante, utilizando a região central da mão.
7. Certificar após os golpes nas costas de que a obstrução foi solucionada, se sim, interromper o procedimento
8. Se o procedimento anterior não foi efetivo, iniciar a manobra de compressão abdominal (Heimlich);
9. Posicionar-se atrás do paciente, com seu corpo lateralizado, apoiando no dorso do paciente, com seus braços à altura da crista ilíaca;
10. Posicionar uma das mãos fechada, com a face do polegar encostada na parede abdominal, entre apêndice xifoide e a cicatriz umbilical;
11. Com a outra mão espalmada sobre a primeira, comprimir o abdômen em movimentos rápidos, direcionados para dentro e para cima (em J);
12. Repetir a manobra até a desobstrução ou o paciente tornar-se não responsivo.
13. Realizar compressões fortes repetindo-as por 5 vezes
14. Caso a obstrução ainda persista, continue alternando entre os 5 golpes nas costas e as 5 compressões abdominais até que haja a desobstrução ou até que o paciente fique inconsciente.

Obstrução grave em paciente irresponsivo

1. Diante de não responsividade e ausência de respiração com pulso, posicio-

nar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida e executar compressões torácicas com objetivo de remoção do corpo estranho;

2. Abrir vias aéreas, visualizar a cavidade oral e remover o corpo estranho, se visível e alcançável (Com pinça);
3. Se nada encontrado, realizar 1 insuflação e se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;
4. Caso não haja sucesso pode-se tentar a visualização direta por laringoscopia e a remoção com a utilização da pinça de Magill;
5. Tentar a ventilação transtraqueal (cricotireoidostomia por punção);
6. Considerar o transporte imediato, mantendo as manobras básicas de desobstrução;
7. Avaliar a ocorrência de PR ou PCR;
8. Em caso de PR e/ou PCR iniciar o suporte básico, ou avançado de vida, conforme as condições clínicas do paciente;
9. Havendo desobstrução da via aérea, registrar a ocorrência no prontuário.

Intervenções de Enfermagem/Observações

Caso o paciente fique inconsciente após as tentativas, segue com reanimação cardiopulmonar.

REFERÊNCIAS

Corpo de bombeiros militar do distrito federal. Comando especializado em grupoamento de atendimento de emergência pré-hospitalar. **Procedimento operacional padrão (POP) OVACE 1.0/2022**. Distrito Federal, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde - SAS Departamento de Atenção Hospitalar às Urgências - DAHU. **Protocolo SAMU 192 - Suporte Avançado de Vida**. Distrito Federal/Brasília, 2014.

CAPÍTULO 24

ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES DA CAVIDADE ORAL E NASOTRAQUEAL

Nicole Liv Ullman Freitas Rêgo

Alcivan Nunes Vieira

Definição

A aspiração consiste na remoção de secreções por meio de inserção de cateter de aspiração nas vias aéreas, cavidade oral e nasofaringe do paciente, pelo método de sucção em sistema aberto ou fechado.

Responsável pela prescrição

Médico; Enfermeiro.

Responsáveis pela execução

Equipe de enfermagem.

Finalidades

Garantir ventilação e oxigenação adequadas; promover e auxiliar no tratamento das infecções respiratórias; remover secreção da via aérea, cavidade oral e nasal.

Indicações

Paciente incapaz de eliminar de maneira eficiente o acúmulo de secreção, sangue ou corpo estranho das vias aéreas superiores.

Contraindicações/Restrições

Traumas de crânio, face, pescoço e coagulopatias.

Materiais

EPIs; gazes estéreis; bandeja ou cuba; sonda compatível; toalha de rosto ou papel toalha; frasco coletor de secreção; luva estéril; SF 0,9%; ampola de ABD; fonte de vácuo ou aspirador portátil; fonte de oxigênio; cateter de aspiração de tamanho apropriado; oxímetro de pulso (s/n).

Descrição dos Procedimentos

1. Higienizar as mãos e usar EPIs;

2. Preparar o material e levar para próximo do paciente;
3. Verificar o funcionamento da rede de vácuo ou do aspirador portátil e da fonte de oxigênio;
4. Comunicar ao paciente e/ou ao acompanhante sobre o procedimento;
5. Posicionar o paciente em decúbito dorsal com a cabeceira elevada a 30° colocando-o em semi-fowler quando consciente;
6. Quando estiver inconsciente lateralizar a cabeça do paciente;
7. Proteger o tórax do paciente com papel toalha;
8. Calçar luvas de procedimento;
9. Aproximar o recipiente para descarte de material sujo;
10. Posicionar-se ao lado do leito de forma que a mão não dominante fique mais próxima da fonte de vácuo;
11. Abrir o pacote de gazes estéreis;
12. Abrir o pacote do sistema de aspiração e conectá-lo à fonte de vácuo;
13. Abrir o cateter de aspiração de calibre compatível com a situação, com técnica asséptica e colocá-lo no interior do pacote de gaze;
14. Mensurar o tamanho da sonda tomando como referências a ponta do lóbulo da orelha a ponta do nariz
15. Abrir os frascos de SF 0,9%, realizando assepsia dos mesmos no local de abertura com algodão embebido em álcool à 70%;
16. Abrir o vácuo canalizado ou ligar o aspirador portátil;
17. Com a mão não dominante conectar a ponta da extensão do sistema de aspiração, abrir a fonte de vácuo, segurar o cateter de aspiração/ponta rígida e conectá-la à ponta do sistema de aspiração;
18. Abrir o cateter de aspiração com o polegar (para o cateter com válvula digital) ou clampear a extensão do látex;
19. Introduzir o cateter nas narinas, inicialmente, posicioná-lo no local determinado e liberar o fluxo para aspiração;

20. Introduzir o cateter na cavidade oral em seguida, posicioná-lo no local determinado e liberar o fluxo para aspiração;
21. Promover a aspiração lenta e em movimentos circulares, por 10 a 15 segundos em cada cavidade;
22. Repetir o processo até observar a limpeza completa da via aérea, assegurando um intervalo para avaliar a condição respiratória e saturação de oxigênio do paciente;
23. Instilar SF 0,9% nos orifícios do cateter de aspiração para limpeza do lúmen durante o procedimento e após a sua realização;
24. Fechar a fonte de vácuo ou desligar o aspirador portátil;
25. Desprezar o material contaminado em local adequado;
26. Retirar as luvas e realizar higienização das mãos;
27. Registrar o procedimento em prontuário, incluindo aspecto, quantidade de secreções e resposta do paciente.

Intervenções de Enfermagem/Observações

- O procedimento de aspiração de secreções contidas nas vias aéreas superiores e inferiores poderá ser realizado por enfermeiros e/ou técnicos em enfermagem;
- Quando o paciente apresentar sinais de gravidade e/ou instabilidade hemodinâmica deverá ser realizado pelo enfermeiro com o auxílio de um técnico em enfermagem;
- Analisar durante todo o procedimento o risco de comprometimento da função cardiopulmonar, a presença de náuseas e vômito;
- Realizar o procedimento quantas vezes for necessário;
- Interromper o procedimento e oxigenar o paciente imediatamente caso haja queda brusca da saturação.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 557/2017**. Brasília/DF. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html. Acesso em: 12 out. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão - POPS** / Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Ribeirão Preto, 2022. p. 538.

CAPÍTULO 25

ASPIRAÇÃO DE TUBO OROTRAQUEAL E TRAQUEÓSTOMO

Nicole Liv Ullman Freitas Rêgo

Alcivan Nunes Vieira

Definição

Técnica de retirada de secreções endotraqueais, via tubo orotraqueal (TOT) ou cânula de traqueostomia (TQT), através de um cateter que será introduzido na área desejada, o qual estará acoplado ao sistema de sucção.

Responsável pela prescrição

Médico, enfermeiro.

Responsáveis pela execução

Enfermagem.

Finalidades

Manter vias aéreas inferiores permeáveis e sem acúmulo de secreções; garantir ventilação e oxigenação adequadas; diminuir o trabalho respiratório; garantir uma oxigenação adequada; normalizar os gráficos de fluxo e pressão.

Indicações

Paciente com presença de secreção em via aérea artificial; ruídos adventícios à ausculta; alterações na curva de fluxo do ventilador; queda da saturação de oxigênio.

Contraindicações/Restrições

Pacientes instáveis clinicamente.

Materiais

EPIs; gazes estéreis; sonda de aspiração (tamanho ideal = $(n \cdot \text{do TOT} - 2) \times 2$); luvas de procedimento; luvas estéreis; algodão; Soro Fisiológico 0,9%; fonte de vácuo ou aspirador portátil; fonte de oxigênio; frasco de aspiração; papel toalha; oxímetro de pulso; estetoscópio; reanimador manual (dispositivo bolsa-válvula-máscara).

Descrição dos Procedimentos

1. Higienizar as mãos e usar EPIs;
2. Preparar o material e levar para próximo do paciente;
3. Comunicar ao paciente e/ou ao acompanhante sobre o procedimento;
4. Posicionar o paciente em decúbito dorsal com a cabeceira elevada de 30^o a 45^o ;
5. Aproximar o recipiente para descarte de material sujo;
6. Testar fonte de vácuo ou aspirador portátil e a fonte e oxigênio;
7. Posicionar-se ao lado do leito de forma que a mão não dominante fique mais próxima da fonte de vácuo;
8. Calçar luvas de procedimento;
9. Proteger o tórax do paciente com papel toalha;
10. Abrir o pacote de gazes estéreis;
11. Abrir o pacote do sistema de aspiração e conectá-lo à fonte de vácuo;
12. Abrir o cateter de aspiração de calibre compatível e colocá-la no interior do pacote de gaze;
13. Abrir os frascos de SF 0,9%;
14. Abrir o vácuo canalizado ou ligar o aspirador portátil;
15. Com a mão não dominante, conectar a ponta da extensão do sistema de aspiração e abrir a fonte de vácuo;
16. Segurar o cateter de aspiração e conectá-la à ponta do sistema de aspiração;
17. Desconectar a traqueia do respirador deixando a extremidade distal suspensa;
18. Para o paciente em uso de TOT introduzir o cateter até encontrar resistência ou até o paciente tossir; em seguida recue 1 cm;
19. Soltar o polegar para abrir o cateter;
20. Realizar movimentos circulares com o cateter entre o polegar e indicador, à

medida que vai retirando lentamente o cateter de aspiração; aspirando por 10 segundos;

21. Reconectar a traqueia do ventilador no TQT e avaliar a necessidade de repetir o procedimento;
22. Avaliar a função respiratória do paciente;
23. Com a mão não dominante, instilar SF 0,9% no cateter de aspiração para lavar o interior do cateter e do sistema de aspiração;
24. Esperar alguns segundos até que o paciente recupere a respiração para repetir o procedimento;
25. Remover as gazes ao redor do estoma e limpar o estoma com gaze embebida em SF 0,9%;
26. Dobrar duas gazes ao meio e colocá-las ao redor do estoma, protegendo o pescoço do contato com a cânula;
27. Trocar o cadarço de fixação da cânula e reposicionar o paciente confortavelmente (s/n);
28. Descartar o material contaminado;
29. Recompôr o leito e realizar higienização das mãos;
30. Registrar o procedimento no prontuário, a característica das secreções e intercorrências.

Intervenções de Enfermagem/Observações

- Observar a saturação de oxigênio antes e após a aspiração.
- Não aplicar sucção enquanto o cateter estiver sendo introduzido.
- Mantenha o pescoço em posição neutra em vítimas de trauma, para evitar trauma secundário na coluna cervical.
- Vítimas inconscientes apresentam queda da língua e manobras manuais são necessárias, como a elevação do mento e pronação da mandíbula. A pronação da mandíbula é uma intervenção mais indicada para pacientes vítimas de trauma visando promover a imobilização manual da coluna cervical.

REFERÊNCIA

Conselho federal de enfermagem. **Resolução COFEN Nº 557/2017**. Brasília/DF. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html. Acesso em: 12 out. 2022.

Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão - POPs** / Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Ribeirão Preto, 2022. P. 538. Acesso em 12 out. 2022.

SEÇÃO VI

PROCEDIMENTOS RELACIONADOS AO SISTEMA DIGESTIVO

A seção VI deste manual contempla os procedimentos relacionados ao sistema digestivo como a lavagem gástrica, sondagem nasogástrica e sondagem nasoenteral, os quais podem ter várias finalidades, principalmente tratando-se de condições ou necessidades que requerem a utilização da sonda, como por exemplo: o esvaziamento gástrico, administração de medicamentos e a lavagem gástrica.

CAPÍTULO 26

SONDAGEM NASOGÁSTRICA

Letícia Emilly da Silva Morais

Alcivan Nunes Vieira

Definição

Consiste na introdução de uma sonda de calibre variado, através do nariz (em adultos) ou da boca (em RN e lactentes), até a cavidade gástrica. Seu uso deve ser criterioso e pelo menor tempo possível, a fim de reduzir possíveis complicações, tais como: lesões nasais e orofaríngeas, infecção – bronco pulmonar e estenose esofágica.

Responsável pela prescrição

Médico; Enfermeiro.

Responsáveis pela execução

Médico; Enfermeiro.

Finalidades

Esvaziamento do conteúdo gástrico (intoxicações exógenas); lavagem gástrica (hemorragia digestiva alta; intoxicações exógenas); indicada também para alimentar ou medicar, em pacientes impossibilitados de deglutir.

Indicações

Drenagem e/ou lavagem gástrica; alimentação e/ou administração de medicação; obtenção de conteúdo gástrico para análise.

Contraindicações/Restrições

Suspeita de fratura de base de crânio; suspeita de Trauma Raquimedular.

Materiais

EPIs; bandeja; biombo; papel toalha; sonda nasogástrica (levine) de numeração já escolhida ou sonda enteral (Dobbhoff), com fio guia (mandril); esparadrapo; xilocaína gel; gazes; seringas de 20 ml; estetoscópio; extensão de borracha (latex); saco coletor; abaixador de língua; SF 0,9%; lanterna; cuba rim.

Descrição dos Procedimentos

1. Verificar a indicação da sondagem;
2. Lavar as mãos;
3. Atentar para o uso de EPIs;
4. Explicar o procedimento ao paciente, mesmo que ele esteja inconsciente; explicar também para o familiar ou acompanhante;
5. Colocar o paciente em decúbito dorsal, em posição de Fowler ou posição sentada, (pacientes com rebaixamento do nível de consciência colocar a cabeceira da cama no mínimo com 30° de elevação);
6. Assegurar a privacidade do paciente com biombos; colocar papel toalha sob o pescoço;
7. Calçar as luvas de procedimentos;
8. Testar a narina que melhor funciona, ocluindo cada lado do nariz separadamente; escolha aquela que apresenta o melhor fluxo de ar, identificando algum fator que contraindique sua passagem (obstrução nasal, desvio de septo, presença de secreção);
9. Fazer (ou solicitar ao paciente que o faça) a higienização das narinas com papel toalha (ou SF 0,9% e gaze). Nesta etapa verificar o uso de prótese dentária e retirá-la com o consentimento do paciente;
10. Usar uma sonda com o tamanho ideal para o biotipo do paciente (adulto, criança) e conforme a finalidade do procedimento.
11. Tirar a sonda da embalagem e segurá-la com a gaze; medir o comprimento da sonda desde a ponta do nariz até o lóbulo da orelha, seguindo para baixo até a ponta do apêndice xifoide e acrescentar a distância do apêndice xifoide até o ponto médio da cicatriz umbilical (5 a 10 cm conforme o biotipo do paciente e a ausculta do ar injetado no estômago através de uma seringa).
12. Marcar o local com o esparadrapo para visualizar o tamanho a ser introduzido;
13. Lubrificar a sonda com xilocaína gel por aproximadamente uns 10 cm do seu comprimento;

14. Flexionar o pescoço aproximando o queixo do tórax, pedindo ao paciente para realizar movimentos de deglutição;
15. Introduzir a sonda pela narina escolhida até ultrapassar a epiglote (sentido cranial para trás, para baixo);
16. Voltar a cabeça para posição neutra;
17. Continuar introduzindo a sonda até o ponto marcado na sonda;
18. Fazer os testes para certificar o posicionamento correto da sonda (aspirar o conteúdo gástrico; injetar 10 ml de ar e auscultar o som);
19. Observar a presença de dispneia, cianose ou dificuldade para falar; caso identifique um desses sinais retirar a sonda imediatamente;
20. Fixar a sonda prendendo-a com esparadrapo enlaçado e fixá-la no nariz e na testa sem tracionar a narina. Em seguida fixar com esparadrapo, frouxamente, o cateter à parte anterior do ombro do paciente;
21. Em caso de prescrição de sifonagem, adaptar um coletor de sistema aberto na extremidade da sonda;
22. Posicionar o paciente de maneira confortável;
23. Recolher o material utilizado, deixando o leito do paciente em ordem;
24. Desprezar os resíduos;
25. Retirar a luva de procedimento;
26. Realizar a higienização das mãos;
27. Descrever o procedimento realizado da ficha do paciente, assim como suas intercorrências;
28. Checar horário, data com rubrica de quem instalou a sonda.

Intervenções de enfermagem/observações

- A Passagem de sonda orogástrica é indicada quando há contra-indicação da passagem de sonda pelo nariz. O procedimento é o mesmo descrito acima, apenas modificando o local de inserção do nariz para boca, diminuindo o tamanho da sonda a ser inserida em 10 cm;

- Testes para certificar o posicionamento da sonda gástrica:
 1. Pegar a ponta da sonda e encaixar a seringa e aspirar: observar se há o retorno de suco gástrico ou restos alimentares;
 2. Injetar ar com auxílio da seringa de 20 ml e auscultar com estetoscópio a região hipogástrica concomitante; se a sonda se localizar no estômago serão auscultados ruídos hidroaéreos;
- Dispneia, tosse e cianose são indicativos que a sonda está sendo dirigida para o trato respiratório; retirar a sonda imediatamente;
- Trocar a fixação da sonda diariamente ou sempre que estiver solta, ou suja;
- O procedimento em pacientes entubados acoplados à Ventilação Mecânica Invasiva segue as etapas já previstas neste POP;
- Adotar medidas para prevenir ou minimizar a ocorrência de lesões orais, nasais, esofágicas e gástricas.
- Manter o posicionamento da sonda, movimentando-a a cada 24 horas com a seguinte manobra:
 1. Tracionar a sonda para fora entre 08 a 10 cm; limpar com gaze e retornar à posição anterior; trocar a fixação de esparadrapo caso seja preciso; manter as narinas limpas;
- Lavar a sonda após a infusão de líquidos ou medicamentos para evitar a sua obstrução;
- Para retirar a sonda, remova o esparadrapo e peça para o paciente deglutir um pouco de água para lubrificar a sonda; puxar a sonda para fora.
- Registrar o procedimento realizado e especificar por qual narina a sonda foi introduzida, os testes de posicionamento da sonda, se ocorreram intercorrências durante o procedimento, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário.

REFERÊNCIAS

COFEN. Resolução COFEN Nº 619/2019. **Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019_75874.html

Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão - POPs** / Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2022. 539 p.

CAPÍTULO 27

SONDAGEM NASOENTERAL

Letícia Emilly da Silva Morais

Alcivan Nunes Vieira

Definição

Consiste na introdução de uma sonda de calibre variado, com fio guia, através da via nasal ou oral, até a primeira região do duodeno.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Médico; Enfermeiro.

Finalidades

Instituir uma via para a alimentação do paciente e administrar medicamentos.

Indicações

Alimentação e/ou administração de medicação; necessidade de permanência prolongada do dispositivo.

Contraindicações/Restrições

Suspeita de fratura de base de crânio.

Materiais

EPIs; bandeja; papel toalha; sonda enteral Dobbhoff com fio guia (mandril); esparadrapo ou micropore; xilocaína gel; gazes; seringas de 20 ml; estetoscópio; extensão de borracha; saco coletor; cuba rim; álcool a 70%; abaixador de língua; SF 0,9%; lanterna.

Descrição dos procedimentos

1. Conferir a prescrição;
2. Higienizar as mãos;

3. Reunir o material, levar até o leito do paciente e colocar em local acessível;
4. Dirigir-se ao quarto do paciente e orientar sobre o cuidado que será realizado;
5. Confirmar a identificação do paciente e explicar o procedimento ao mesmo ou ao seu acompanhante, se for o caso;
6. Usar o biombo para assegurar a privacidade;
7. Verificar o uso de próteses dentárias móveis pelo(a) paciente, solicitando que as retire. Se não puderem ser removidas pelo(a) paciente use os equipamentos de proteção individual e retire-as;
8. Elevar cabeceira em posição Fowler, se possível;
9. Colocar EPIs;
10. Proteger o tórax do paciente com a toalha ou papel toalha;
11. Tirar a sonda da embalagem e segurá-la com a gaze; medir o comprimento da sonda desde a ponta do nariz até o lóbulo da orelha, seguindo para baixo até a ponta do apêndice xifóide e acrescentar 10 a 20 cm conforme o biotipo do paciente ou adotar a marcação pré estabelecida pelo fabricante da sonda.
12. Marcar este ponto na sonda com fita esparadrapo ou micropore;
13. Observar se a sonda demarca o limite de sua inserção e avaliar a conduta a ser adotada, a medição conforme orientado neste capítulo ou a indicação do fabricante da sonda.
14. Higienizar as narinas, (s/n);
15. Inspeccionar as condições da cavidade oral e da cavidade nasal com a lanterna, para detectar anormalidades e definir em qual narina será introduzida a sonda;
16. Lubrificar a ponta da sonda (cerca de 10 centímetros) com xilocaína geleia a 2%;
17. Introduzir a sonda na narina escolhida, solicitando que o paciente tente deglutir (quando possível). A flexão cervical, nesta tarefa, pode ser útil em pacientes intubados e sedados;

18. Inserir o restante da sonda até o ponto de demarcação de forma suave;
19. Testar o posicionamento da Sonda Nasoenteral (SNE), conectando uma seringa de 20 ml e aspirando o conteúdo gástrico ou injetando 20 ml de ar pela sonda enquanto é feita a ausculta do quadrante abdominal superior esquerdo;
20. Fixar a SNE colocando um pedaço de micropore na aba do nariz depois de limpa e seca, por cima deste um pedaço de esparadrapo. Fixar ainda com um pedaço de esparadrapo tipo borboleta, enrolando-o na sonda (na ausência de curativo para fixação de SNE);
21. Encaminhar o paciente para exame de radiografia;
22. Após a confirmação radiográfica da posição da SNE, retirar o fio guia, tracionando-o firmemente e segurando a sonda para evitar que ela seja tracionada também. Guardá-lo em uma embalagem limpa e mantê-la junto aos pertences do paciente; ele será usado caso a sonda precise ser reintroduzida;
23. Fechar a sonda;
24. Identificar a sonda com fita de esparadrapo com data, hora e profissional responsável;
25. Posicionar o paciente em decúbito lateral direito para facilitar a migração da sonda para o duodeno;
26. Descartar o material contaminado conforme o protocolo institucional;
27. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
28. Realizar as anotações de enfermagem registrando: hora do procedimento, calibre, volume aspirado (se for o caso), teste auscultatório e intercorrências;
29. O médico deverá solicitar o Raio-x abdominal para verificar o posicionamento da sonda.

Intervenções de enfermagem/observações

- No que compete a equipe de enfermagem: este procedimento é privativo do enfermeiro.

- Realizar o teste de ausculta com estetoscópio e introdução de ar com seringa de 20 ml na região hipogástrica, imediatamente antes de administrar dieta ao paciente.
- Inspeccionar diariamente as narinas para avaliar a necessidade de aliviar pressões da sonda.
- Lavar a sonda com 20 ml de água antes e após a administração da dieta ou de medicamentos;
- Manter cabeceira elevada (fowler) enquanto a dieta é administrada;
- O ideal é que o paciente esteja em jejum de 4 horas antes da passagem da sonda enteral, pois a presença de alimento no estômago pode precipitar o vômito durante o procedimento e aumentar o risco de broncoaspiração

REFERÊNCIAS

COFEN. Resolução COFEN Nº 619/2019. **Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019_75874.html

Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão - POPs** / Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2022. 539 p.

CAPÍTULO 28

LAVAGEM GÁSTRICA

Letícia Emilly da Silva Morais

Alcivan Nunes Vieira

Definição

Lavagem gástrica é um procedimento terapêutico que consiste na irrigação e aspiração do conteúdo gástrico por meio de cateter.

Responsável pela prescrição

Médico; Enfermeiro.

Responsáveis pela execução

Enfermeiro.

Finalidades

Realizar a remoção do conteúdo gástrico quando houver ingestão de substância tóxicas ou irritantes; promover a drenagem do conteúdo gástrico quando indicado.

Indicações

É indicada na abordagem do paciente com diagnóstico de intoxicações exógenas.

Contraindicações/Restrições

Paciente com Glasgow < 8, exceto se for intubado; pacientes com suspeita de fratura de base de crânio; ingestão de cáusticos ou corrosivos, com exceção do Paraquat, por apresentar efeito sistêmico muito importante; ingestão de hidrocarbonetos com alta volatilidade; varizes de esôfago de grosso calibre; hematemese volumosa; cirurgia recente do trato gastrintestinal; ingestão de materiais sólidos com pontas; ingestão de pacotes contendo drogas.

Materiais

EPIs (Luvas de procedimento, gorro, máscara, óculos de proteção individual); cateter nasogástrico; bandeja; seringa de 20 ml; estetoscópio; micro-

pore ou esparadrapo; biombo; gaze; xilocaína gel; dispositivo coletor; papel toalha; SF 0,9%; equipo macrogotas; suporte de soro.

Descrição dos procedimentos

1. Verificar prescrição médica;
2. Higienizar as mãos;
3. Reunir o material e levá-lo próximo ao paciente;
4. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento que será realizado;
5. Utilizar biombo, (s/n);
6. Posicionar o paciente em posição de Fowler ou semi-Fowler.
7. Proteger o tórax do paciente com papel toalha;
8. Realizar a inserção do cateter nasogástrico conforme o POP específico (Sondagem Nasogástrica), de calibre adequado para que consiga drenar o conteúdo gástrico;
9. Caso o paciente já esteja com o cateter, verificar se está posicionado corretamente;
10. Conectar o cateter ao equipo com soro fisiológico 0,9% e infundir o volume prescrito lentamente;
11. Fechar a pinça rolete do equipo após ter sido infundida a quantidade de soro indicada;
12. Aspirar o efluente gástrico utilizando uma seringa, em seguida clampar a extremidade do cateter para impedir o retorno do conteúdo aspirado para o estômago;
13. Desconectar o equipo do soro ou a seringa do cateter e conectar este ao dispositivo coletor e deixar em drenagem espontânea até que não saia mais conteúdo gástrico;
14. Repetir os procedimentos de infusão e drenagem até que o retorno do conteúdo gástrico seja límpido;
15. Lavar a sonda com 20 ml de água destilada a fim de evitar obstrução;

16. Deixar o paciente de maneira confortável no leito, em decúbito lateral esquerdo para facilitar o esvaziamento do estômago;
17. Desprezar material contaminado em local apropriado;
18. Higienizar as mãos;
19. Realizar o registro do procedimento, destacando: o horário, o volume infundido, às características do conteúdo gástrico (aspecto, coloração e volume), bem como as intercorrências, se houver;
20. Avaliar sinais vitais, débito urinário e nível de consciência a cada 15 min;
21. Comunicar ao médico qualquer alteração observada;
22. Caso haja indicação, após a lavagem gástrica pode ser administrado o carvão ativado misturado em água destilada ou SF 0,9%.

Intervenções de enfermagem/Observações

- Prevenção de broncoaspiração: fazer a aspiração nasotraqueal ou realizar o teste para confirmar se a sonda está no estômago;
- Verificar sinais de insuficiência respiratória;
- Manter o decúbito elevado para diminuir risco de broncoaspiração;
- Prevenção de distensão abdominal: inserir a quantidade de líquido recomendada;
- Observar se a quantidade de líquido drenada é a mesma quantidade administrada: caso não seja pode ter ocorrido distensão gástrica.

REFERÊNCIAS

COFEN. **Parecer Técnico: lavagem gástrica.** Disponível em: http://www.cofen-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-lavagem-gastrica_5622.html

COFEN. **Resolução COFEN Nº 619/2019.** Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019_75874.html

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO VALE DE SÃO FRANCISCO. Protocolos Institucionais. **Procedimento - Lavagem gástrica.** 2020. cap. POP 024. p. 1-5. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/aceso-a-informacao/normas/protocolos-institucionais/Lavagemgstrica.pdf>. Acesso em 20 nov de 2022.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE DOENÇAS. Protocolos Institucionais. **Procedimento/Rotina - Lavagem gástrica.** 2022. cap. POP 028. p. 1-3. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-norte/hdt-uft/aceso-a-informacao/gestao-documental/pop-procedimento-operacional-padrao/divisao-de-enfermagem-1/pop-028-denf-lavagem-gastrica.pdf>. Acesso em 20 nov de 2022.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Procedimentos e rotinas operacionais de saúde 2022/2023. Tarefa: **Lavagem intestinal.** 03 jan de 2022. p. 29-30. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2022/05/POP-SAUDE-SOCIOEDUCATIVO-2022-2023.pdf>. Acesso em 20 nov de 2022.

SEÇÃO VII

PROCEDIMENTOS RELACIONADOS AO SISTEMA GENITURINÁRIO

A seção VII contempla os métodos que auxiliam nos quadros de problema de armazenamento de urina e esvaziamento da bexiga de forma eficiente, evitando a retenção urinária e controlando as perdas indesejadas.

CAPÍTULO 29

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO

Nicole Liv Ullman Freitas Rêgo
Alcivan Nunes Vieira

Definição

Método padrão de acesso à bexiga urinária através de um cateter flexível de modo retrógrado do meato uretral até a bexiga.

Responsável pela prescrição

Enfermeiro, Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiro.

Finalidades

Esvaziamento imediato da bexiga em paciente com retenção urinária aguda; possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução do fluxo urinário; promover conforto do paciente com incontinência urinária, hiperplasia prostática e bexiga neurogênica; monitoramento do débito urinário.

Indicações

Paciente com retenção urinária.

Contraindicações/Restrições

Contraindicações relativas: estenose uretral; cirurgia de reconstrução uretral ou cirurgia vesical e trauma uretral.

Materiais

Bandeja; cateter uretral de calibre compatível; gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%; kit de cateterismo vesical estéril contendo 1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça; campo fenestrado; pacote de gaze estéril; seringa de 20 ml; bolsa coletora; solução antisséptica aquosa; SF 0,9%; comadre; sabonete neutro; luvas de procedimento; luvas estéreis; bacia com água; duas compressas ou toalha; biombo; EPI.

Descrição dos Procedimentos

1. Explicar o procedimento e finalidade ao paciente;
2. Manter a privacidade do paciente;
3. Colocar o paciente em decúbito dorsal com as pernas estendidas;
4. Calçar luvas de procedimento e fazer higiene íntima do paciente;
5. Higienizar a região genital da paciente com sabonete líquido ou solução degermante;
6. Retirar as luvas de procedimentos e lavar as mãos;
7. Abrir o pacote de cateterismo vesical;
8. Colocar a solução antisséptica estéril dentro da cuba redonda;
9. Colocar dentro do campo do cateterismo: sonda vesical, coletor, seringa e gaze; a testagem do balonete é definida por rotina institucional.
10. Abrir a embalagem do coletor posicionando a ponta da extensão sobre o campo;
11. Calçar as luvas estéreis
12. Aspirar a ABD com ajuda de outra pessoa;
13. Conectar a sonda à extensão do coletor;
14. Fazer antisepsia na região pubiana e vulva e utilizando gazes estéreis montada em pinça e embebidas no antisséptico aquoso, preferencialmente, em movimento único utilizando uma gaze para cada região, desprezando-a em seguida;
15. Iniciar pelos grandes lábios, pequenos lábios direito e esquerdo no sentido de cima para baixo e mantendo uma gaze embebida em solução anti séptica sobre o meato urinário;
16. Remover a solução com SF 0,9%;
17. Colocar o campo fenestrado;
18. Passar o gel anestésico lubrificante desde a ponta da sonda até 4 cm adiante no sentido da bifurcação;

19. Com os dedos da mão não dominante afastar suavemente os pequenos lábios, com a mão dominante segure a sonda, solicitando ao paciente que respire profundamente na medida em que a sonda é introduzida até haver retorno da urina;
20. Insuflar o balão e tracione suavemente a sonda até atingir o colo vesical;
21. Fixar a sonda na região da face interna da coxa;
22. Colocar a bolsa coletora na parte inferior da cama do paciente, do mesmo lado em que foi fixado o cateter, abaixo do nível da bexiga;
23. Recolher o material, organizar o leito e higienizar as mãos;
24. Registrar o procedimento, volume e as características da urina eliminada.

Intervenções de Enfermagem/Observações

- Registrar o número do cateter, data e horário, carimbo e assinatura de quem realizou o procedimento;
- Identificar a bolsa coletora com data, hora, volume injetado no balonete, número da sonda, nome do executor do procedimento;
- Encaminhar o material utilizado para o destino adequado;
- Não existe recomendação embasada em pesquisa de padronização de tempo para troca rotineira do cateter, a troca deve considerar a avaliação do paciente, presença de infecção e o funcionamento do cateter.
- Fatores que influenciam o tempo de permanência do cateter: ingestão hídrica e alimentar, pH da urina, histórico de incrustações, ITU de repetição.

REFERÊNCIAS

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 450/2013**, 11 de dezembro de 2013. Normatiza o procedimento de sondagem vesical no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Disponível em: . Acesso em: 15 mai 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão - POPs** / Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Ribeirão Preto, 2022. P. 538. Acesso em 12 out. 2022.

EBSERH. Universidade Federal de Alagoas. Hospital universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA-Ufal. **POP 029 - Cateterismo Vesical de Demora**. Alagoas, 2021.

CAPÍTULO 30

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO

Nicole Liv Ullman Freitas Rêgo

Alcivan Nunes Vieira

Definição

Método padrão de acesso à bexiga urinária em que se passa um cateter flexível de modo retrógrado da uretra até a bexiga.

Responsável pela prescrição

Enfermeiro e Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiro.

Finalidades

Possibilitar a eliminação da urina em paciente com retenção urinária ou incontinência urinária; pacientes imobilizados no leito, inconscientes; monitoramento do débito urinário.

Indicações

Paciente com retenção urinária; pacientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução, promover conforto do paciente com incontinência urinária, hiperplasia prostática e bexiga neurogênica.

Contraindicações/Restrições

Contraindicações relativas: estenose uretral; cirurgia de reconstrução uretral; cirurgia vesical; ou trauma uretral.

Materiais

Bandeja; cateter uretral de calibre compatível; gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%; kit de cateterismo vesical estéril contendo 1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça; campo fenestrado; pacote de gaze estéril; seringa 10ml e 20ml; 2 ampolas de ABD; cateter; bolsa coletora; solução antisséptica aquosa; SF 0,9%; comadre; sabonete neutro; luvas de procedimento; luvas estéreis; bacia

com água; compressas ou toalha; biombo; equipamentos de proteção individual

Descrição dos Procedimentos

1. Higienizar as mãos e usar EPIs;
2. Preparar todo o material necessário;
3. Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado e manter a privacidade dele;
4. Posicionar o paciente em decúbito dorsal com as pernas estendidas e afastadas;
5. Colocar uma toalha ou lençol embaixo das nádegas e coxas do paciente;
6. Higienizar a região perineal e genital do paciente com sabonete líquido ou solução degermante
7. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
8. Abrir o pacote estéril de cateterismo, com cuidado para não contaminar e abrir pacote de gaze dentro da cuba;
9. Umedecer as gazes na cuba com solução antisséptica aquosa, preferencialmente;
10. Abrir todo o material estéril em cima do campo: cateter uretral, as seringas, a bolsa coletora; a testagem do balonete é definida por rotina institucional;
11. Calçar a luva estéril;
12. Retirar o êmbolo da seringa de 10mL e solicitar que o auxiliar despeje cerca de 10 mL do gel hidrossolúvel lubrificante ou gel anestésico à 2% dentro da mesma, desprezando a primeira gota, recolocar o êmbolo e retirar o ar da mesma, deixando-a em cima do campo;
13. Conectar o cateter à bolsa coletora, mantendo o sistema de drenagem fechado;
14. Manter o clamp da extensão aberto e o clamp da bolsa coletora fechado;
15. Com a mão não dominante expor o prepúcio e segurar cuidadosamente o corpo do pênis. Manter o eixo do pênis em ângulo reto em relação ao corpo. Esta mão permanece nesta posição durante a realização do procedimento;

16. Realizar a antissepsia da região perineal com solução padronizada, usando uma pinça estéril na mão dominante, partindo da uretra para a periferia (região distal); remover o antisséptico com gaze embebida com SF 0,9%.
17. Colocar campo fenestrado;
18. Introduzir o gel lubrificante através do meato uretral;
19. Manter o pênis posicionado a 90º, tracionando-o levemente antes de introduzir o cateter;
20. Avançar com o cateter até sua bifurcação, observando até que a urina flua pela sua extremidade. Se houver resistência, não forçar, pedir para o paciente respirar fundo e lentamente para promover um relaxamento do esfíncter e facilitar a entrada do cateter;
21. Abaixar o pênis e segurar firmemente o cateter com a mão não dominante até injetar a ABD (15 a 20 ml) na válvula de insuflação do balão;
22. Tracionar o cateter delicadamente até obter resistência e fixá-lo com fita ao nível da bifurcação do cateter na região suprapúbica ou na região anterior da coxa, permitindo livre movimentação dos membros inferiores;
23. Colocar a bolsa coletora na parte inferior da cama do paciente, do mesmo lado em que foi fixado o cateter, abaixo do nível da bexiga;
24. Recolher o material, organizar o leito e higienizar as mãos;
25. Registrar o procedimento, volume e características da urina eliminada.

Intervenções de enfermagem/observação

Encaminhar o material utilizado para o destino adequado.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 450/2013**, 11 de dezembro de 2013. Normatiza o procedimento de sondagem vesical no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Disponível em: . Acesso em: 15 mai 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão - POPs** / Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Ribeirão Preto, 2022. P. 538. Acesso em 12 out. 2022.

EBSERH. Universidade Federal de Alagoas. Hospital universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA-Ufal. **POP 029 - Cateterismo Vesical de Demora**. Alagoas, 2021.

CAPÍTULO 31

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO MASCULINO

Nicole Liv Ullman Freitas Rêgo

Alcivan Nunes Vieira

Definição

Sonda/cateter estéril inserido pela uretra até interior da bexiga, por meio de técnica asséptica, para drenar a diurese do paciente com finalidade terapêutica ou de conforto.

Responsável pela prescrição

Enfermeiro e Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiro.

Finalidades

Promover o esvaziamento da bexiga em caso de retenção urinária e mediante a necessidade de coletar urina para realização de exames livres de contaminação.

Indicações

Paciente com retenção urinária aguda, obtenção de amostra de urina estéril para exames laboratoriais.

Contraindicações/Restrições

Estenose uretral; cirurgia de reconstrução uretral/cirurgia vesical; trauma uretral.

Materiais

Bandeja; cateter uretral de calibre compatível; gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%; kit de cateterismo vesical estéril contendo 1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça; campo fenestrado; pacote de gaze estéril; solução antisséptica aquosa; SF 0,9%; seringa 10ml; cateter; coletor de urina; comadre; sabonete neutro; luvas de procedimento; luvas estéreis; bacia com água; duas compressas

ou toalha; biombo; equipamentos de proteção individual.

Descrição dos Procedimentos

1. Higienizar as mãos;
2. Preparar todo o material necessário;
3. Separar o material necessário para higienização do períneo;
4. Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado e manter a privacidade dele;
5. Posicionar o paciente em decúbito dorsal com as pernas estendidas e afastadas;
6. Colocar uma toalha ou lençol embaixo das nádegas e coxas do paciente;
7. Higienizar a região perineal e genital do paciente com sabonete líquido ou solução degermante;
8. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
9. Abrir o pacote estéril de cateterismo, com cuidado para não contaminar e abrir pacote de gaze dentro da cuba;
10. Umedecer as gazes na cuba com solução antisséptica aquosa, preferencialmente;
11. Abrir todo o material estéril em cima do campo: cateter uretral, as seringas, a bolsa coletora;
12. Calçar a luva estéril;
13. Retirar o êmbolo da seringa de 10mL e solicitar que o auxiliar despeje cerca de 10 mL do gel hidrossolúvel lubrificante ou gel anestésico à 2% dentro da mesma, desprezando a primeira gota, recolocar o êmbolo e retirar o ar dela, deixando-a em cima do campo;
14. Conectar o cateter à bolsa coletora, mantendo o sistema de drenagem fechado;
15. Manter o clamp da extensão aberto e o clamp da bolsa coletora fechado;
16. Com a mão não dominante expor o prepúcio e segurar cuidadosamente o

corpo do pênis. Manter o eixo do pênis em ângulo reto em relação ao corpo. Esta mão permanece nesta posição durante a realização do procedimento;

17. Usando uma pinça estéril na mão dominante, realizar a antisepsia da região perineal com solução padronizada, partindo da uretra para a periferia (região distal);
18. Colocar campo fenestrado;
19. Introduzir o gel lubrificante através do meato uretral;
20. Manter o pênis posicionado a 90º, tracionando-o levemente e introduzir o cateter;
21. Avançar com o cateter até haver o retorno da urina. Se houver resistência, não forçar, pedir para o paciente respirar fundo e lentamente para promover um relaxamento do esfíncter e facilitar a entrada do cateter;
22. Verificar a saída de diurese pelo cateter, deixando-a cair no coletor de urina;
23. Após a saída completa da diurese, clampear o cateter com a pinça e removê-lo;
24. Recolher o material, organizar o leito e higienizar as mãos;
25. Registrar o procedimento, volume e características da urina eliminada.

Intervenções de Enfermagem/Observações

Encaminhar o material utilizado para o destino adequado.

REFERÊNCIAS

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 450/2013**, 11 de dezembro de 2013. Normatiza o procedimento de sondagem vesical no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Disponível em: Acesso em: 12 out. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão - POPs** / Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Ribeirão Preto, 2022. P. 538. Acesso em 12 out. 2022.

EBSERH. Hospital Universitário Da Universidade Federal Da Grande Dourados - UFGD. **POP 075 - Cateterismo Vesical de Alívio Masculino**. Dourados, 2022.

CAPÍTULO 32

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO FEMININO

Nicole Liv Ullman Freitas Rêgo

Alcivan Nunes Vieira

Definição

Sonda/cateter estéril inserido pela uretra até interior da bexiga, por meio de técnica asséptica, para drenar diurese do paciente com finalidade terapêutica.

Responsável pela prescrição

Enfermeiro e Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiro.

Finalidades

Promover o esvaziamento da bexiga em caso de retenção urinária e mediante a necessidade de coletar urina para realização de exames livres de contaminação.

Indicações

Paciente com retenção urinária aguda, obtenção de amostra de urina estéril para exames laboratoriais.

Contraindicações/Restrições

Estenose uretral; cirurgia de reconstrução uretral ou cirurgia vesical e trauma uretral.

Materiais

Bandeja; Cateter uretral de calibre compatível; Gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%; Kit de cateterismo vesical estéril contendo 1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça; Campo fenestrado; Pacote de gaze estéril; Solução anti-

séptica aquosa de PVPI ou solução de clorexidina; Seringa 10ml; Cateter; Coletor de urina; Comadre; Sabonete neutro; Luvas de procedimento; Luvas estéreis; Bacia com água; Duas compressas ou toalha; Biombo; Equipamentos de Proteção Individual.

Descrição dos Procedimentos

1. Higienizar as mãos;
2. Separar o material necessário para higienização do períneo;
3. Orientar a paciente quanto ao procedimento a ser realizado;
4. Fechar a porta do local e/ou colocar biombo para manter a privacidade da paciente;
5. Calçar luvas de procedimento e fazer higiene íntima do paciente;
6. Higienizar a região genital da paciente com sabonete líquido ou solução degermante;
7. Retirar as luvas de procedimentos e lavar as mãos;
8. Abrir o pacote de cateterismo vesical;
9. Colocar a solução antisséptica estéril dentro da cuba redonda;
10. Colocar dentro do campo do cateterismo: sonda vesical, coletor, seringa e gaze;
11. Abrir a embalagem do coletor posicionando a ponta da extensão sobre o campo;
12. Calçar as luvas estéreis;
13. Calçar luvas de procedimento e fazer higiene íntima do paciente;
14. Higienizar a região genital da paciente com sabonete líquido ou solução degermante;
15. Fazer antissepsia na região pubiana e vulva e utilizando gazes estéreis montada em pinça e embebidas no antisséptico aquoso, preferencialmente, em movimento único utilizando uma gaze para cada região, desprezando-a em seguida;

16. Iniciar pelos grandes lábios, pequenos lábios direito e esquerdo no sentido de cima para baixo e mantendo uma gaze embebida em solução antisséptica sobre o meato urinário;
17. Colocar o campo fenestrado;
18. Passar o gel anestésico lubrificante desde a ponta da sonda até 4 cm adiante no sentido da bifurcação;
19. Com os dedos da mão não dominante afastar suavemente os pequenos lábios, com a mão dominante segure a sonda, solicitando ao paciente que respire profundamente na medida em que a sonda é introduzida até haver retorno da urina;
20. Introduzir lentamente o cateter lubrificado no meato uretral da paciente até a saída da urina;
21. Liberar os lábios vaginais, mas manter o cateter seguro e verificar a saída de urina no coletor;
22. Após a saída completa da diurese, clampear o cateter com a pinça e removê-lo;
23. Recolher o material, organizar o leito e higienizar as mãos;
24. Registrar o procedimento, volume e características da urina eliminada.

Intervenções de Enfermagem/Observações

Encaminhar o material utilizado para o destino adequado.

REFERÊNCIAS

POTTER, P. A. *et al.* **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 450/2013**, 11 de dezembro de 2013. Normatiza o procedimento de sondagem vesical no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília: 2013.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN no 680/2021**. Normatiza o procedimento de sondagem vesical no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília: 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão - POPs**. Divisão de Enfermagem. Ribeirão Preto, 2022. p. 538.

EBSERH. Universidade Federal do Tocantins. Hospital de Doenças Tropicais. **POP 002 - Cateterismo Vesical de Alívio Feminino**. Tocantins,

SEÇÃO VIII

PROCEDIMENTOS RELACIONADOS AO SISTEMA TEGUMENTAR

A Seção VIII deste material contempla as atividades da equipe de enfermagem nos procedimentos relacionados ao sistema tegumentar nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), tendo como objetivo: realizar o procedimento de curativos em feridas para auxiliar no processo de cicatrização.

CAPÍTULO 33

CURATIVOS DE FERIDAS CIRÚRGICAS E TRAUMÁTICAS

Mariana Mayara Medeiros Lopes
Vitória Maria de Medeiros Luz Cunha
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento com intuito de limpar lesão e diminuir a concentração de bactérias no local. Tendo como objetivo proporcionar o processo de cicatrização da lesão.

Responsável pela prescrição

Médicos e Enfermeiros.

Responsáveis pela execução

Equipe de enfermagem.

Finalidades

Proporcionar o processo de cicatrização da lesão no sistema tegumentar.

Indicações

Pacientes com feridas cirúrgicas e traumáticas.

Restrições

Procedimentos que necessitem de desbridamento conservador é ato privativo do enfermeiro.

Materiais

EPIs (máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental, luvas, gorro e propés); bandeja; cuba; pacote de curativo estéril; gazes estéreis; esparadrapo impermeável 5×4,5; fita hipoalérgica microporosa 10mm x 10m; fita hipoalérgica microporosa 25 mm x 10 m; lâmina de bisturi com cabo estéril, (s/n); soro fisiológico à 0,9% morno de 100 ou 250 ml; solução (sabão ou aquosa) à base de PHMB; Agulha 40x12 para lavagem da ferida; ataduras de crepe (6, 10, 15 cm); compressa

estéril; luvas estéreis; luvas de procedimento; ácidos graxos essenciais (AGE) 180 - 220 ml; coberturas padronizadas pela secretaria de saúde; lixo para material contaminado.

- **Descrição dos Procedimentos**

- **Anamnese:** coletar todo o histórico, definindo a queixa principal relacionada à lesão, seu tempo de surgimento, tratamentos anteriores, comorbidades e fatores que podem interferir na cicatrização, como por exemplo a nutrição, higiene, comorbidades, tabagismo, etc.

- **Exame Físico:** avaliar as condições gerais do paciente, como a nutrição, hábitos de higiene, condições da pele, autocuidado, perfusão tecidual, sensibilidade, dor, sinais de inflamação e infecção, deformidades como atrofias e calosidades. Já na avaliação local da ferida é preciso levantar dados quanto à sua classificação, etiologia, localização, dimensões, tecidos presentes, quantidade e características do exsudato, borda, pele peri lesional, estadiamento e dor. Verificar a localização da ferida, atrofias musculares, edema, exames do pulso pedioso e tibial posterior, para a detecção de possível insuficiência arterial, alterações de sensibilidade e sinais de inflamação. A avaliação neurológica ajuda a detectar problemas de sensibilidade.

Outro aspecto que auxilia o raciocínio clínico é o preparo do leito da ferida, através de uma ferramenta específica com o objetivo de sistematizar a avaliação do paciente com ferida através da utilização do acrônimo da palavra inglesa TIMERS (T: viabilidade do tecido; I: infecção/inflamação; M: balanço de umidade; E: borda da ferida; R: reparo/regeneração e S: fatores sociais e relacionados ao paciente).

- **Limpeza/curativo**

1. Usar EPIs;
2. Higienizar as mãos ou realizar antissepsia com álcool 70%;
3. Reunir o material e levá-lo próximo ao paciente;
4. Verificar condições de esterilização nos pacotes utilizados para o curativo (data de validade, integridade dos pacotes, etc.);
5. Apoiar material sobre a mesa auxiliar, ou carrinho de curativo;

6. Colocar o lixo contaminado do lado oposto do material estéril;
7. Garantir a privacidade do paciente;
8. Calçar as luvas de procedimentos;
9. Explicar o procedimento ao paciente;
10. Colocar em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
11. Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica.
12. Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
13. Perfurar na parte superior do frasco do SF a 0,9% com agulha 40x12, retirando a agulha;
14. Umedecer o esparadrapo ou micropore com SF a 0,9% para facilitar a retirada;
15. Remover o curativo antigo, de forma isenta de trauma à lesão;
16. Se as gazes estiverem aderidas na ferida, umedecê-las antes de retirá-las;
17. Desprezar essas luvas em lixo adequado;
18. Calçar novas luvas de procedimento;
19. Avaliar características da ferida e exsudato;
20. Realizar a limpeza da ferida com SF a 0,9% em jato, conforme prescrição de enfermagem, evitando-se friccionar o leito lesional com gases;
21. Havendo solução (aquosa ou sabão) de PHMB, fazer a aplicação, seguindo as recomendações do fabricante;
22. Se houver mais de uma ferida, iniciar pela menos contaminada;
23. Escolher a cobertura e/ou seguir a prescrição da enfermagem;
24. Retirar luvas de procedimento e calçar luvas estéreis;
25. Cobrir a ferida com cobertura primária prescrita pelo enfermeiro para manter o leito lesional nas condições adequadas;
26. Cobrir a ferida com cobertura secundária (gaze/compressas estéreis)

e fixar com micropore ou atadura (s/n);

27. Retirar as luvas e desprezá-las em lugar adequado;
28. Higienizar as mãos;
29. Anotar o procedimento e próxima troca no prontuário do paciente, assinar e carimbar;
30. Manter o setor em ordem.

Intervenções de Enfermagem/Observações

- Cobertura primária é a que permanece em contato direto com a ferida;
- Cobertura secundária é a cobertura seca colocada sobre a cobertura primária, quando necessário para absorção de exsudato e proteção mecânica da lesão;
- Cobertura mista engloba vários tipos de coberturas de alta tecnologia que atuam como coberturas primárias e secundárias ao mesmo tempo.
- A troca do curativo será prescrita de acordo com a avaliação da ferida e o tipo de cobertura utilizada;
- Proceder à desinfecção da bandeja ou mesa auxiliar após a execução de cada curativo;
- Após cada curativo, encaminhar o material usado ao expurgo da unidade;
- O lixo deverá estar próximo do local onde se realiza o procedimento para descarte dos resíduos.
- O enfermeiro deve avaliar os curativos, criando uma rotina no serviço, para orientação da equipe e boa evolução das lesões;
- A troca de curativo deve ser feita de acordo com a prescrição do enfermeiro que realizou o procedimento, realizando novo procedimento de limpeza e troca de curativo
- (ou trocando a cobertura secundária) a cada 24 horas ou quando o curativo estiver úmido, saturado de exsudato, sujo ou solto;
- Iniciar o enfaixamento sempre, no sentido distal para o proximal para

evitar garroteamento do membro;

- Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada;
- Estar atento a pacientes com diminuição ou perda da sensibilidade local na hora do enfaixamento;
- A recomendação atual, para realização do curativo consiste em manter a ferida limpa, úmida e coberta, exceto incisões fechadas e locais de inserção cateteres e introdutores e fixadores externos;
- Cada ferida tem a sua especificidade e uma forma de tratamento específico que deve ser avaliada e ter seu curativo prescrito pelo enfermeiro.

REFERÊNCIAS

SECRETARIA DA SAÚDE. **Protocolo para o Tratamento de Feridas**. Guarulhos, SP, 2022. Disponível em: <https://www.guarulhos.sp.gov.br/sites/default/files/file/arquivos/Protocolo%20Para%20o%20Tratamento%20de%20Feridas.pdf>

SOUNHIA, C. M. *et al.* **Manual de Curativos**. Prefeitura Municipal de Campinas, Campinas, SP, v. 2021. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/Manual_Curativos.pdf

VIÉGAS, M. C.; SILVA, B. C. C. **Procedimento Operacional Padrão: Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Distrito Federal, 19 set. 2018. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/acesso-a-informacao/documentos-institucionais/pops/comissao-de-prevencao-e-tratamento-de-feridas/pop-8-2_coberturas-para-feridas.pdf.

SOUSA, M. S. C. *et al.* **Feridas & curativos: guia prático de condutas**. 1. ed. Salvador: Editora Sanar, 2020.

SEÇÃO IX

MEDIDAS DE HIGIENE E CONFORTO

A seção IX deste manual contempla as medidas de higiene e conforto de pacientes hospitalizados ou que tenham evoluído a óbito.

CAPÍTULO 34

PREPARO DO CORPO PÓS MORTE

Lara Livia Vieira Viana
Rita de Cássia Alves Santana
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento realizado em pacientes que evoluíram a óbito.

Responsável pela prescrição

Médico e Enfermeiros.

Responsáveis pela execução

Equipe de Enfermagem.

Finalidade

Promover o adequado, ético e respeitoso manejo do corpo após a confirmação do óbito a fim de evitar incidentes e constrangimentos.

Indicações

Pacientes após confirmação do óbito.

Contraindicações/restrições

O corpo não deverá ser tamponado nos seguintes casos: causa da morte desconhecida, restrição religiosa (judaica), embalsamamento ou necropsia; é indicado coletar swab (pós-morte) em paciente com suspeita de Covid-19/H1N1, caso não tenha sido coletado em vida. Deve-se proceder à coleta do swab imediatamente após a confirmação do óbito conforme POP específico de coleta; não retirar a pulseira de identificação.

Materiais

Gorro; óculos de proteção ou protetor facial; máscara; luvas de procedimento; biombo; bandeja; algodão; atadura de crepe; maca de transporte; lençóis; 2 etiquetas de identificação de óbito; fita crepe; tesoura; cobertura para óbito (cobre corpo); bisturi; seringas; pinça longa (cheron); gazes; cesto de roupa suja; saco

plástico para lixo comum; esparadrapo;

Descrição do procedimento

1. Após a despedida dos familiares (caso houver), higienizar as mãos e realizar paramentação com os EPIs;
2. Reunir os materiais e promover privacidade, utilizando biombo (s/n);
3. Desligar todos os equipamentos;
4. Aspirar secreções, retirar dispositivos invasivos (sondas, drenos e cateteres) e realizar higienização do corpo (s/n);
5. Tamponar os orifícios usando algodão ou gazes, sendo as regiões dos ouvidos, nariz, boca, região vaginal, uretral e anal (s/n); para as regiões retal e vaginal, recomenda-se o uso de pinça longa;
6. Manter decúbito dorsal horizontal com braços fletidos sobre o tórax, conter a mandíbula, as mãos sobre o abdome e os pés com atadura crepe;
7. Realizar duas identificações: uma anexada ao corpo na região torácica com nome, RG, data e horário do óbito e Unidade de Pronto Atendimento - UPA; outra após envolver o corpo com a cobertura de óbito com as mesmas informações;
8. Encaminhar o corpo ao necrotério com auxílio do maqueiro;
9. Desprezar todo material descartável no lixo de infectantes e os materiais metálicos no expurgo, realizar desinfecção terminal dos materiais e equipamentos;
10. Retirar as luvas e desprezá-las no lixo infectante e proceder à higienização das mãos após o procedimento;
11. Encaminhar os materiais sujos à Central de Material Esterilizado (CME);
12. Realizar a limpeza dos equipamentos (bombas de infusão, monitor cardíaco, manguitos) e comunicar ao serviço de limpeza para realizar desinfecção do leito;
13. Proceder às anotações de enfermagem no prontuário do paciente, constando: data e horário do óbito, nome do médico que constatou o óbito, descri-

ção dos cuidados realizados; horário da transferência do corpo, identificação da pessoa que recebeu os pertences, intercorrências e outros achados importantes.

Intervenções de enfermagem/observações

- Em caso de detecção do COVID providenciar etiqueta escrito “RISCO BIOLÓGICO – TIPO 3”;
- Descartar os perfurocortantes em recipientes apropriados, identificando a caixa com “RISCO BIOLÓGICO – TIPO 3”;
- Fixar etiqueta de “RISCO BIOLÓGICO – TIPO 3” no saco mortuário (cobre corpo).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA, 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Procedimento Operacional Padrão: POP's Enfermagem do Hospital Gaffree - UNIRIO**. Rio de Janeiro: EBSEH, 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Procedimento Operacional Padrão preparo do corpo pós-morte do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. João Pessoa: EBSEH, 2022.

TRINDADE, V., SALMON, V.R.R. Sistematização de enfermagem: morte e morrer. **Revista das Faculdades Santa Cruz**, v. 9, n. 2, p. 115-137, 2013.

CAPÍTULO 35

BANHO NO LEITO

Lara Livia Vieira Viana
Rita de Cássia Alves Santana
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento realizado em pacientes com dificuldade de locomoção ou restrição de movimentos. Realizado com o intuito de retirar sujidades e promover higiene e conforto ao paciente acamado.

Responsável pela prescrição

Médicos e Enfermeiros.

Responsáveis pela execução

Equipe de Enfermagem.

Finalidade

Higienização de paciente acamado, a fim de diminuir a flora de microrganismos maléficos à saúde do paciente e de promover conforto e bem-estar aos mesmos.

Indicações

Todo paciente que não estiver em condições de ser encaminhado para realizar o banho de aspersão ou ablução.

Contraindicações/restrições

Evitar a exposição desnecessária do paciente; evitar manter o paciente desaquecido; observar a temperatura da água, tendo em vista a sensação térmica do paciente, evitando uma diferença térmica intensa; evitar jogar as roupas sujas no chão; atentar para a prevenção de acidentes em caso de uso de equipamentos; padronizar o horário do banho, respeitando a preferência e necessidade do paciente. o tempo recomendado para paciente crítico é entre 20 e 25 minutos.

Materiais

Luvas de procedimento, óculos protetores, avental e máscara cirúrgica; toalha; roupa de cama (lençol, fronha, traçado, etc.); bacia; álcool; sabão líquido; jarro com água morna; balde grande para coletar a água com resíduos; biombo, se não houver cortinas na unidade do paciente; cesto de roupa suja; compressas de banho nas quantidades que forem necessárias; fraldas (s/n).

Descrição do procedimento

1. Fechar cortinas do leito ou colocar o biombo;
2. Informar procedimento para acompanhante e paciente;
3. Higienizar as mãos;
4. Trazer material de banho (compressas de banho, cubas para armazenamento da água, clorexidina degermante e sabão com o pH entre 4,5 e 5,5, cesto de roupa suja);
5. Se houver corrente de ar, fechar as janelas ou portas;
6. Baixar ou retirar as grades do leito;
7. Retirar as roupas de cama;
8. Colocar luvas;
9. Despir o paciente;
10. Despejar a água do jarro na bacia e verificar a temperatura da água está ambiente;
11. Umedecer a compressa de banho e ensaboá-la com sabonete líquido;
12. Higienizar os olhos, iniciando do ângulo interno para o externo, depois o rosto, as orelhas e o pescoço seguindo em ordem céfalo-caudal;
13. Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passá-la na região ensaboada, removendo todas as sujidades da pele;
14. Secar a região com a toalha;
15. Despejar a água da bacia no balde e enchê-la novamente com água limpa da jarra;

16. Retirar a camisola ou pijama do paciente protegendo-o com o lençol, evitando mudança brusca de temperatura e exposição desnecessária;
17. Colocar a toalha sob o membro superior do, oposto ao lado do profissional, passar a compressa ensaboada, iniciando pelas axilas até o pulso;
18. Repetir os passos de enxaguar a compressa, desprezar a água no balde, assim como os passos para higienizar o outro membro;
19. Imergir as mãos na bacia de lavar e secar as mãos;
20. Remover o lençol que está cobrindo o membro superior, tórax e abdômen;
21. Expor o tórax e o abdômen, mantendo a toalha nas regiões abaixo do quadril;
22. Higienizar o tórax e o abdome, iniciando pela região supraclavicular até o final da região hipogástrica;
23. Fazer a higiene íntima;
24. Seguir todos os passos da higienização dos membros superiores, para a higienização dos membros inferiores;
25. Subir ou colocar a grade do lado da cama para, para modificar a posição para decúbito lateral;
26. Posicionar em decúbito lateral, com o dorso voltado para o lado do profissional;
27. Estender a toalha sobre o lençol na região dorsal do paciente, desde o ombro até o quadril;
28. Higienizar a região posterior do pescoço e o dorso, até a região glútea;
29. Despejar a água da bacia no balde e enchê-la novamente com água limpa da jarra;
30. Trocar compressa e higienizar novamente a região glútea;
31. Secar a região com a toalha desprezando-a no cesto de roupa suja;
32. Cobrir o paciente com o lençol;
33. Trocar roupa de cama e colocar a suja no cesto de roupa suja;

34. Levantar grades;
35. Realizar higiene oral, conforme protocolo;
36. Recompôr a unidade e deixar o paciente em posição segura e confortável;
37. Recolher, guardar e dar destino adequado aos materiais;
38. Retirar luvas e higienizar as mãos;
39. Realizar as anotações de enfermagem, constando as condições gerais do paciente, presença de lesões, ou de sinais sugestivos de úlcera por pressão, cuidados prestados e ocorrências adversas e as medidas resolutivas a serem tomadas.

Intervenções de enfermagem/observações

- Avaliar risco de ressecamento da pele, principalmente em pessoas idosas;
- Trocar os panos sempre que necessário.

REFERÊNCIAS

GONÇALO et al. **BANHO NO LEITO: TÉCNICA, ASPECTOS ÉTICOS E NOVAS TECNOLOGIAS** -SECAD."Portal.secad.artmed.com.br, setembro de 2018, portal.secad.artmed.com.br/artigo/banho-no-leito-tecnica-aspectos-eticos-e-novas-tecnologias#_id ParaDest-39. Acesso em 23 nov. 2022.

LIMA, DALMO e LACERDA. Repercussões oxi-hemodinâmicas do banho no paciente em Estado crítico adulto hospitalizado: revisão sistemática. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, abr. 2010, pp. 278-285, 10.1590/s0103-21002010000200020. Acesso em 30 nov. 2021.

PORTILHO, G. UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS. ESCOLA SUPERIOR EM SAÚDE. MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM. **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA de ENFERMAGEM EM UNIDADE de TERAPIA INTENSIVA: IMPLEMENTAÇÃO de PROTOCOLO de BANHO NO LEITO PARA PACIENTES ADULTOS CRÍTICOS**. 2019, p.33.

CAPÍTULO 36

HIGIENE ORAL

Lara Livia Vieira Viana

Rita de Cássia Alves Santana

Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Cuidados bucais realizados no indivíduo, com finalidade de preservar a limpeza e diminuir o risco de contaminações na boca.

Responsável pela prescrição

Médico e enfermeiros.

Responsáveis pela execução

Equipe de Enfermagem.

Finalidade

Higienização da cavidade oral do paciente acamado, a fim de evitar o risco de proliferação de microrganismos maléficos à saúde do paciente e de promover conforto e bem-estar ao mesmo.

Indicações

Todo paciente que não estiver em condições de realizar seu autocuidado oral.

Contraindicações/restrições

Padronizar o horário da higiene bucal, respeitando a preferência e necessidade do paciente; este protocolo deve ser realizado, no mínimo, de 12/12 horas ou sempre que se realizar aspiração de secreções em cavidade oral; manter a cabeça elevada 30° (confirmar antes se não há restrições para mudança de decúbito do paciente no leito); evitar prática em pacientes agitados ou em situação de agressividade, pelo risco de trauma, com movimentação mandibular restritiva, ou com elevado risco ou presença de sangramento ativo e/ou lesões extensas em cavidade bucal.

Materiais

Creme dental ou solução antisséptica bucal; copo descartável; abaixador de língua (ou palito de madeira); água; cuba rim; gazes; toalha.

Descrição do procedimento

1. Conferir a identificação da paciente;
2. Avaliar nível de consciência do paciente bem como sua função cognitiva e musculoesquelética para a colaboração do mesmo no procedimento, além da possível presença de feridas na região bucal;
3. Explicar o procedimento ao paciente e ao familiar;
4. Reunir material;
5. Avaliar a capacidade do paciente para segurar e manipular a escova de dentes. Orientar o paciente a não morder;
6. Aproveitar o momento da higiene oral para completar o exame físico da paciente;
7. Discutir as preferências com a paciente ou acompanhante em relação a ela mesma realizar a escovação dos dentes enquanto você apenas auxilia nessa higiene;
8. Elevar a cabeceira do leito e abaixar a grade lateral;
9. Realizar a higienização das mãos (ver POP de Higienização das Mãos);
10. Calçar luvas de procedimento;
11. Colocar a toalha sobre o tórax da paciente;
12. Envolver o abaixador de língua com gaze, umedecida em solução apropriada e realizar a limpeza da parte superior, inferior, língua e face interna das bochechas de dentro para fora;
13. Utilizar bacia ou cuba rim para o paciente “bochechar”, se possível;
14. Limpar a língua;
15. Enxugar os lábios com a toalha;
16. Lubrificar os lábios com lubrificante disponível, para prevenção das rachaduras;

17. Descartar o material utilizado ou levar para o expurgo, no caso do uso do abaixador de língua de metal;
18. Retirar e desprezar as luvas de procedimento;
19. Realizar o procedimento quantas vezes for necessário;
20. Deixar o leito em ordem e o paciente confortável;
21. Higienizar as mãos;
22. Realizar as anotações de enfermagem, constando as condições gerais do paciente, presença de lesões, cuidados prestados e ocorrências adversas e as medidas resolutivas a serem tomadas.

Intervenções de enfermagem/observações

- Padronizar o horário da higiene bucal, respeitando a preferência e necessidade do paciente.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA, 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Procedimentos operacionais padrão do Hospital da Universidade Federal do Vale do São Francisco**. Petrolina: EBSEH, 2022.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Procedimento Operacional Padrão: Higiene bucal em pacientes internatos em UTI adulto ou pediátrica**. São Paulo: AMIB, 2020.

Gaetti-Jardim, Ellen, et al. Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: revisão da literatura e proposta de protocolo de higiene oral. **Revista de Atenção à Saúde**, vol. 11, n.º 35, 14 de maio de 2013, seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1769, 10.13037/rbcs.vol11n35.1769. Acesso em 18 mar. 2021.

HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. HEGV**. 2012. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d747ba8b2b.pdf. Acesso em 07 nov 18.

CAPÍTULO 37

HIGIENIZAÇÃO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA

Lara Livia Vieira Viana
Rita de Cássia Alves Santana
Nicole Liv Ullman Freitas Rêgo
Alcivan Nunes Vieira
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Fazer a retirada de toda e qualquer sujidade da subcânula, cânula interna ou intermediária de traqueostomia.

Responsável pela prescrição

Médico e Enfermeiro.

Responsáveis pela execução

Equipe de enfermagem; Fisioterapeuta.

Finalidades

Garantir de modo sistematizado a limpeza da subcânula, cânula interna ou intermediária de traqueostomia e manter/assegurar manutenção da via aérea pérvia.

Indicações

Paciente com cânula de traqueostomia com presença de sujidades visíveis.

Contraindicações/Restrições

Instabilidade hemodinâmica; Insuficiência Respiratória Aguda com comprometimento da ventilação.

Materiais

EPIs; luva de procedimento; luva estéril; gaze estéril; sonda de aspiração nº 12 ou 14; 50 cm de cadarço com proteção; 01 pacote de curativo; saco de lixo; 01 escovinha para limpeza do intermediário (subcânula) ou 1 êmbolo de 1 seringa de

1 ml; 1 pacote de higiene oral ou outro com cuba e pinça estéril; SF 0,9%.

Descrição dos Procedimentos

1. Higienizar as mãos e paramentar-se adequadamente;
2. Preparar material e ambiente;
3. Explicar ao paciente/acompanhante os objetivos e as etapas do procedimento;
4. Colocar paciente em posição segura e confortável, preferencialmente Fowler;
5. Abrir o pacote de higiene oral e adicionar o soro na cuba;
6. Calçar luva de procedimento;
7. Destruar e remover a cânula interna da traqueostomia e colocá-la na cuba;
8. Realizar a limpeza introduzindo a escovinha ou o êmbolo de seringa de 1 ml no intermediário, irrigando-o com SF 0,9% até não visualizar nenhuma crosta;
9. Enxaguar a subcânula e secá-la com gaze estéril;
10. Avaliar a ostomia quanto à fase de cicatrização, presença de infecção ou sinais flogísticos;
11. Recolocar a cânula interna e travá-la;
12. Descartar o material utilizado e organizar ambiente;
13. Higienizar as mãos;
14. Registrar o procedimento realizado no prontuário.

Intervenções de Enfermagem/Observações

- Realizar orientações ao paciente, com apoio emocional e segurança na manutenção da oclusão da cânula;
- Trocar o cadarço se sujo ou úmido;
- Manter cuidados com fixação e higienização da cânula e pele periestoma;
- Manter vigília sobre permeabilidade das vias aéreas e manutenção sinais

vitais dentro da normalidade;

- Realizar aspiração de cavidade oral e vias aéreas superiores (s/n);
- Retirar oclusão no caso de alteração de sinais vitais e sintomas de desconforto respiratório após avaliação do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

EBSERH. Hospitais Universitários Federais, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **POP – Procedimento operacional padrão: Cuidados com a cânula de traqueostomia.** Santa Catarina, 2020.

SEÇÃO X

PROTOCOLOS OPERACIONAIS RELACIONADOS AO ACESSO VENOSO E INFUSÕES

A seção X deste manual contempla os procedimentos relacionados ao acesso venoso e infusões, com o intuito elucidar e informar os profissionais acerca das maneiras de atuação e descrição destes procedimentos.

CAPÍTULO 38

PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

Lara Livia Vieira Viana
Rita de Cássia Alves Santana
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Introdução de cateter endovenoso em uma veia periférica, através da técnica de punção.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem.

Finalidade

Promover a administração efetiva de medicação endovenosa, contrastes, nutrientes, líquidos eletrólitos, hemoderivados e coleta de sangue.

Indicações

Pacientes submetidos a tratamento hospitalar ou ambulatorial que necessitam de infusão de medicamentos ou soluções pela via intravenosa, bem como pacientes que necessitam coletar amostras de sangue.

Contraindicações/restrições

Procedimento contraindicado em locais que apresentem lesões de pele como infecções, queimaduras e lesões traumáticas, hiperemia local, flebite, edema, infiltração intravenosa prévia, esclerose de veias e em fístula arteriovenosa no membro, membro superior homólogo à mastectomia com ressecção de linfonodos e em casos de distúrbios graves de coagulação.

Materiais

Bandeja ou cuba rim; luvas de procedimento; cateter intravenoso perifé-

rico com numeração adequada (jelco ou scalp); garrote ou torniquete; algodão; solução antisséptica alcoólica; fita adesiva hipoalergênica, esparadrapo ou filme semipermeável para fixação; materiais complementares, de acordo com o procedimento a ser desenvolvido, tais como: sistema de infusão montado, ou seringa com medicamento, ou outra solução, ou frascos para coleta sangue, etc.).

Descrição do procedimento

1. Higienizar as mãos conforme o protocolo estabelecido;
2. Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao paciente e/ou familiar, ou acompanhante;
3. Levar a bandeja (cuba rim) para perto do paciente, colocando a bandeja sobre a mesinha de cabeceira;
4. Selecionar o local de acesso mais adequado com vistas à indicação e condição do paciente. Dê preferência para os membros superiores, no sentido distal para proximal;
5. Posicionar o paciente de forma confortável com o local de punção visível;
6. Escolher o cateter adequado ao calibre do vaso periférico, levando em consideração também a idade do paciente;
7. Garrotear o membro onde será realizada a punção, em aproximadamente 7,5 a 10 cm acima do local escolhido, de modo que não interfira no fluxo arterial, além de solicitar que o paciente mantenha a mão fechada (não colocar o garrote sobre as articulações);
8. Realizar antissepsia do local da punção com algodão embebido em solução antisséptica alcoólica, em sentido único, proximal para distal ou movimentos circulares do centro para fora;
9. Aguarde a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção;
10. Tracionar a pele com o polegar abaixo do local a ser puncionado para minimizar a mobilidade da veia;
11. Introduzir o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, a um ângulo de 15° a 45°, até a cateterização do vaso;
12. Em caso de punção com cateter sobre agulha (jelco), ao perceber retorno

- sanguíneo, parar a introdução do mandril e introduzir apenas o cateter;
13. Após punção pressionar com o polegar a pele onde está apontado o dispositivo e retirar o mandril (em caso de jelco);
 14. Retirar o garrote e solicitar que o paciente abra a mão;
 15. Conectar o extensor ou o equipo de soro, devidamente preenchido com soro, ou a seringa no dispositivo intravenoso;
 16. Realizar a fixação de forma que não interfira na visualização e avaliação do local;
 17. Verificar se a solução flui de maneira adequada, observando se há a presença e infiltração no local;
 18. Identificar o acesso venoso periférico (data, nome de quem realizou a punção, tipo e calibre utilizado);
 19. Desprezar o material utilizado e descartar os perfurocortantes em local apropriado;
 20. Deixar o paciente em posição confortável e seguro no leito;
 21. Retirar as luvas;
 22. Higienizar as mãos;
 23. Proceder às anotações de enfermagem, constando: tipo do dispositivo e calibre que foram utilizados, número de tentativas de punção, local de inserção, ocorrências adversas e as medidas tomadas.

Intervenções de enfermagem/observações

- Em adultos, as veias de escolha para canulação periférica são as das superfícies dorsal e ventral dos antebraços. As veias de membros inferiores não devem ser utilizadas a menos que seja absolutamente necessário, em virtude do risco de embolias e tromboflebitas;
- Um novo cateter periférico deve ser utilizado a cada tentativa de punção no mesmo paciente.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília**, 2017 Borges, Lucas, et al. “UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO VALE DO SÃO FRANCISCO Sumário.” 2022.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO HOSPITAL GAFFREE-UNIRIO.EBSERH. 2018. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132789/1132848/POP+1.13_ADMINISTRA%C3%87%-C3%83O+DE+MEDICAMENTOS+POR+VIA+ENDOVENOSA.pdf/81858b47-ce1c-4cde-b6ed6050ee391f56. Acesso em: 20 de nov. 2022.

CAPÍTULO 39

INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE INFUSÃO INTRAVENOSA

Lara Livia Vieira Viana
Rita de Cássia Alves Santana
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento realizado para aplicação de fluidos diretamente na veia por um determinado período de tempo com a finalidade de absorção direta na corrente sanguínea.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem.

Finalidade

Facilitar aplicação direta de fluidos na veia por meio de um cateter esterilizado por um determinado período de tempo.

Indicações

Indicado para pacientes que necessitam de infusão de algum medicamento ou solução que não podem ser administradas por outras vias.

Contraindicações/restrições

Contraindicado em locais que apresentem lesões de pele como infecções, queimaduras e lesões traumáticas, hiperemia local, flebite, edema, infiltração intravenosa prévia, esclerose de veias e em fístula arteriovenosa no membro, membro superior homólogo à mastectomia com ressecção de linfonodos e em casos de distúrbios graves de coagulação.

Materiais

Bandeja ou cuba rim; luvas de procedimento; cateter intravenoso periférico com numeração adequada (jelco ou scalp); garrote ou torniquete; algodão;

solução antisséptica alcoólica; fita adesiva hipoalergênica, esparadrapo ou filme semipermeável para fixação; solução venosa com o equipo de administração conectado, preparado para o uso com dispositivo multívia, de preferência; suporte para terapia venosa; esparadrapo bandeja.

Descrição do procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Realizar limpeza da bandeja com álcool 70% e esperar secagem;
3. Organizar o material na bandeja; levar a bandeja (cuba rim) para perto do paciente, colocando a bandeja sobre a mesinha de cabeceira;
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado;
5. Posicionar o suporte para terapia venosa;
6. Pendurar a solução venosa com o equipo já previamente preparada;
7. Selecionar o local de punção analisando as condições da rede venosa, estado geral e idade do paciente;
8. Garrotear o membro onde será realizada a punção, em aproximadamente 7,5 a 10 cm acima do local escolhido;
9. Colocar luvas de procedimento;
10. Realizar antissepsia do local da punção com algodão embebido em solução antisséptica alcoólica, em sentido único, proximal para distal ou movimentos circulares do centro para fora;
11. Aguardar a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção;
12. Tracionar a pele com o polegar abaixo do local a ser puncionado para minimizar a mobilidade da veia;
13. Introduzir o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, a um ângulo de 15° a 45°, até a cateterização do vaso;
14. Em caso de punção com cateter sobre agulha (jelco), ao perceber retorno sanguíneo, parar a introdução do mandril e introduzir apenas o cateter;

15. Retirar o garrote, remover o mandril e adaptar o equipo e seringa, caso haja necessidade de coleta de sangue;
16. Realizar a fixação do dispositivo com esparadrapo de modo que não interfira na avaliação e visualização do local;
17. Realizar identificação do curativo constando as informações de data, hora, calibre do cateter utilizado e profissional responsável pelo procedimento;
18. Descartar os materiais utilizados em local apropriado;
19. Higienizar as mãos;
20. Deixar o paciente em posição confortável e seguro no leito;
21. Proceder às anotações de enfermagem, constando: tipo do dispositivo e calibre que foram utilizados, número de tentativas de punção, local de inserção, ocorrências adversas e as medidas tomadas.

Intervenções de enfermagem/observações

- A manutenção do acesso deve ser feita rotineiramente, no mínimo a cada troca de plantão. Recomenda-se o uso da escala de estadiamento do tecido extravasado da unidade;
- Conforme recomendado pelo *Center for Diseases Control and Prevention*, o dispositivo intravenoso deve permanecer por até 96 horas, caso não haja a presença de sinais flogísticos;
- Em casos específicos de pacientes com difícil acesso, a decisão de manter o cateter além do período recomendado dependerá da avaliação rotineira. Para isso, analisar fatores como: integridade da pele, sítio de inserção, terapia prescrita e permeabilidade do tecido;
- Em emergências em que o acesso foi realizado com comprometimento da técnica asséptica o cateter deverá ser trocado o mais rápido possível para evitar futuras infecções ao paciente;
- Realizar o flushing e aspiração para verificar o retorno de sangue antes de cada infusão para evitar complicações e garantir o funcionamento do cateter;
- Na impossibilidade de realizar o flushing ou ausência de retorno sanguíneo de um cateter venoso central, realizar maior investigação da causa (ex: proble-

ma mecânico, fibrina ou trombose na ponta do cateter, mau posicionamento do cateter);

- Não infundir solução em caso de resistência;
- Não utilizar água estéril para o flushing;
- Em casos de evento adverso durante a terapia intravenosa, o profissional deverá comunicar por escrito.

REFERÊNCIAS

RABELLO, Cristina, et al. **“Manual de Transfusão”**. [S.i]: Semsas, 2018. Disponível em: www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/Manual-Comit%25C3%25AA-Transfusional.pdf&ved=2ahUKEwiJvpuxvMX7AhXDBMbkGHQLIATwQFnoECA8QAQ&usg=AOvVaw3S4XwWCu3m8cySulVuC1p_. Acesso em 24 nov. 2022.

LUIZA, A.; CLEUBER, G. Acesso Venosa E Punção Arterial. **Vittalle - Revista de Ciências Da Saúde**, v. 33, N.1, 2022. Disponível em: www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=periodicos.furg.br/vittalle/article/download/13252/8843/42392&ved=2ahUKEwji=2-mvs7XAh5XHbkGHbVxDZMQFnoECAwQAQ&usg=AOvVaw19QZ IDdbShdSk6RjLnyc6c. Acesso em 24 nov. 2022.

RAVAGNANI, Cristiane. **HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE de MEDICINA de BOTUCATU -UNESP GERÊNCIA de ENFERMAGEM** Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro S/N -Unesp -Campus de Botucatu OPERACIONAL PROCEDIMENTO PADRÃO DA GERÊNCIA de ENFERMAGEM Revisão No: POP GE 092 -INSTALAÇÃO E RETIRADA de HEMOCOMPONENTES.

CAPÍTULO 40

ADMINISTRAÇÃO DE HEMODERIVADOS

Alex Riquelme de Almeida Barreto

Lara Lívia Vieira Viana

Rita de Cássia Alves Santana

Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento realizado para a administração de componentes derivados do sangue, por meio da industrialização do sangue: albumina; imunoglobulinas e fatores da coagulação (Fator I – Fibrinogênio, Fator VIII, Fator vW – von Willebrand, Fator IX Fator X XIII, CPP – Complexos Protrombínicos, CPPA – Complexo Protrombínicos Parcialmente Ativado), entre outros.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem.

Finalidade

Estabelecer a rotina para a instalação e controle da transfusão de hemoderivados com a finalidade de reduzir os riscos de reações adversas à transfusão.

Indicações

Os hemoderivados são indicados para prevenção de hemorragias e antes de procedimentos invasivos ou tratamento de sangramento em pacientes hemofílicos portadores de inibidores. Ademais, também podem ser utilizados durante o sangramento de pacientes portadores de deficiência de algum fator de coagulação.

Contraindicações/restrições

A terapia com hemoderivados só deve ser realizada em pacientes com pres-

crição médica, evitando-se pacientes com febre instalada.

Materiais

EPIs (Luvas de procedimento, gorro, máscara cirúrgica e jaleco ou avental) material: termômetro; estetoscópio; esfigmomanômetro (ou aparelho de pressão digital); bandeja; algodão/gaze; álcool a 70%; garrote; bandeja; cateter intravenoso periférico (preferencialmente jelco); esparadrapo; seringa; soro fisiológico 0,9%, em caso de reação anafilática; hemoderivado; formulário de infusão de hemoderivados.

Descrição do procedimento

1. Conferir na solicitação e prescrição médica de hemoderivados se as informações estão completas;
2. Ir até o setor de distribuição do hemocentro e apresentar a solicitação do hemoderivado;
3. Transportar até a unidade de internação do paciente os frascos de hemoderivados em caixa térmica com gelox a fim de manter a temperatura ideal de estoque, sendo de 2 a 8°C positivos;
4. Verificar o tipo e a quantidade de hemoderivados e registrar a entrada dos mesmos nos impressos padronizados da instituição;
5. Observar se há prescrito algum medicamento endovenoso para aquele horário. Caso tenha, comunicar-se com o enfermeiro responsável sobre o melhor horário para a transfusão. Em caso de pacientes que requeiram a administração contínua de medicamentos, proceder à transfusão em via exclusiva;
6. Identificar o paciente (nome e número do prontuário, número da enfermaria e leito) e confirmar a prescrição médica;
7. Certificar que o paciente ou responsável legal está ciente e autorizado a transfusão. A recusa deverá ser registrada em prontuário e comunicada ao médico solicitante;
8. Realizar a higienização das mãos com água e sabão;
9. Separar uma bandeja para o procedimento;
10. Realizar a desinfecção da bandeja com algodão ou gaze embebida em álcool

- a 70% em movimento unidirecional e aguardar a secagem espontânea;
11. Higienizar as mãos;
 12. Separar o material para o procedimento e colocá-lo na bandeja;
 13. Calçar luvas de procedimento e colocar gorro;
 14. Em caso de administração de fatores de coagulação, checar as informações de validade e prescrição. Após isso, o hemoderivado deverá ser diluído conforme as informações do fabricante. O conteúdo já diluído deverá ser conectado a seringa a agulha/filtro de transferência para aspirar o conteúdo do frasco.
 15. Identificar a seringa com o nome do paciente e o nome do hemoderivado e colocá-la na bandeja, protegendo o êmbolo com a embalagem original;
 16. Levar a bandeja até o leito do paciente colocá-la na mesa de cabeceira do paciente;
 17. Apresentar-se ao paciente e conferir os dados de identificação do mesmo;
 18. Explicar ao paciente e acompanhante o procedimento a ser realizado;
 19. Aferir os sinais vitais (frequência cardíaca, temperatura e pressão arterial);
 20. Escolher o local para aplicação levando em consideração a anatomia e estado do paciente. Dar preferência aos membros superiores;
 21. Garrotear o membro cerca de 7,5 cm a 10 cm acima do local escolhido para aplicação;
 22. Utilizar o jelco para puncionar um acesso venoso periférico;
 23. Injetar o hemoderivado de lentamente seguindo a margem de tempo estipulada para cada tipo de hemoderivado;
 24. Observar sinais de reação anafilática (rush cutâneo, taquicardia, prurido, dor torácica, náusea, vômito, dispneia e taquipneia);
 25. Retirar o jelco e comprimir o local puncionado durante cinco minutos;
 26. Verificar novamente os sinais vitais após a infusão;
 27. Deixar o paciente confortável;

28. Retirar as luvas de procedimento;
29. Descartar o material utilizado em local apropriado;
30. Higienizar as mãos;
31. Efetuar o registro do hemoderivado com data, horário e os SSVV pré e pós-infusão em impresso preconizado pela instituição;
32. Checar o horário de infusão na prescrição médica do paciente;
33. Em caso de pacientes avaliados por balanço hídrico, registrar o volume infundido do hemoderivado em ficha própria do setor de internamento, no espaço reservado para infusão de hemocomponentes, no horário de início da transfusão;
34. Manter a avaliação do paciente, nas 24 horas após a transfusão, devido à possibilidade de desenvolvimento de reações adversas durante este período.

Intervenções de enfermagem/observações

- A indicação de transfusão poderá ser objeto de análise por médico do serviço de hemoterapia;
- A solicitação de transfusão sanguínea bem como a solicitação de reserva de hemoderivados para procedimentos cirúrgicos deverão ser realizados preferencialmente no período diurno, salvo em casos de urgência ou emergência;
- Medicamentos não devem ser adicionados à bolsa do hemoderivado.

REFERÊNCIAS

RABELLO, Cristina, et al. “**Manual de Transusão**”. [S.i]: Semsas, 2018. Disponível em: www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/Manual-Comit%25C3%25AA-Transfusional.pdf&ved=2ahUKEwiJvpuxvMX7AhXDBMbkGHQLIATwQFnoECA8QAQ&usg=AOv-Vaw3S4XwWCu3m8cySulVuC1p_. Acesso em 24 nov. 2022.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 5 de 28/09/2017** (Origem PRT MS/GM 158/2016). Anexo IV – Do sangue, componentes e derivados. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=37&data=05/02/2016>>. Acesso em: 19 de nov. de 2022.

SOUZA, Vanilda e MARTINELL, Wesley. **Pop de Infusão Intravenosa**. EBSERH, 13 de novembro de 2019. Disponível em: docs.google.com/document/d/1_rk2IGV-VCOL5-tyM7XBp3_l4nPQr8haHRZLoYPvQOWk/edit?usp=sharing. Acesso em 24 nov. 2022.

SEÇÃO XI

PROCOLOS OPERACIONAIS PADRÃO RELACIONADOS À ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A seção XI deste manual contempla os Protocolos Operacionais Padrão relacionados à administração de medicamentos que, por sua vez, consiste na aplicação de uma solução medicamentosa no organismo por meio das vias de administração, sendo estas vias orais, sublinguais, nasais, oftálmicas, retais, intramusculares, dentre outras. Essa prática exige profissionais de responsabilidade, habilidades, conhecimentos com intuito de garantir a segurança do paciente e minimizar os possíveis erros de medicação.

CAPÍTULO 41

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAVENOSA (IV/EV)

Ana Beatriz da Silva
Mariana Mayara Medeiros Lopes
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento padrão para realizar administração de medicamentos via intravenosa, por meio de uma técnica asséptica.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Finalidade

Realizar administração de medicação por via intravenosa de maneira asséptica; proporcionar uma infusão segura; manter o acesso venoso pérvio; reduzir o número de Infecções Relacionadas à Assistência / da corrente sanguínea.

Indicações

Administração de medicações que devem ser absorvidas de forma imediata, como em uma emergência; recuperação do equilíbrio hidroeletrólítico; infusão de soluções hipertônicas, pela maior facilidade de serem diluídas no sangue; administração de medicamentos que poderiam irritar o trato digestivo; Infusão de grandes volumes de líquidos; administração contínua de medicação.

Contraindicações/restrições

Medicações que não possuem formulação para via endovenosa; impossibilidade de obtenção de uma via para acesso venoso.

Materiais

1 Seringa de 5ml (AVP) ou 10ml (AVC); agulha de 40x12mm e 25x08mm; soro fisiológico a 0,9%; equipo de infusão apropriado; algodão embebido em solução antisséptica (álcool a 70% ou clorexidina alcoólica); luvas de procedimento; máscara cirúrgica; gorro; bandeja; prescrição médica/ medicamento prescrito e diluente; suporte de soro; fita adesiva hipoalergênica ou esparadrapo.

Descrição do procedimento

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Separar o material necessário na bandeja;
3. Colocar EPIs recomendados (máscara, gorro e luvas);
4. Realizar o preparo da medicação no momento da administração, utilizando técnica asséptica;
5. Limpar ampola ou frasco ampola com solução antisséptica;
6. Verificar duas vezes o rótulo do medicamento comparando com a prescrição médica;
7. Quando necessário, reconstituir com água destilada ou diluente recomendado pelo fabricante;
8. Diluir conforme volume e tipo de solução prescritos;
9. Rotular a medicação com o nome completo, leito do paciente, registro, nome da substância do medicamento, dosagem, volume total (incluindo o diluente) e a hora da administração;
10. Conferir os nove certos na administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação certa, forma certa e resposta certa;
11. Identificar-se ao paciente, avaliar seu estado geral e perguntar se possui alergia medicamentosa;
12. Comparar mais uma vez a prescrição médica com a medicação preparada, bem como com a pulseira de identificação do paciente;
13. Explicar a finalidade da medicação, assim como possíveis efeitos ad-

versos;

14. Conectar o equipo de infusão à bolsa ou frasco com o medicamento, colocar no suporte de soro, preencher o equipo abrindo a pinça de regulação do fluxo. Uma vez preenchido, fechar a pinça e colocar o protetor do equipo;
15. Realizar assepsia com algodão embebido em álcool a 70% das conexões do acesso, aguardar que seque espontaneamente;
16. Conferir a viabilidade do acesso através de aspiração para verificar retorno sanguíneo e realizar flushing pulsátil com 5ml de cloreto de sódio a 0,9%, caso seja acesso venoso periférico ou 10ml, caso seja acesso venoso central;
17. Adaptar o equipo já preenchido ao conector do acesso;
18. Regular a velocidade do fluxo da solução, conforme prescrição médica;
19. Após a infusão do medicamento, desconectar o equipo, limpar o conector com álcool a 70% e irrigar a linha realizando flushing pulsátil com 5 ml de cloreto sódio a 0,9%, caso seja acesso venoso periférico ou 10 ml, caso seja acesso venoso central;
20. O equipo poderá ser reutilizado nas infusões intermitentes pelo prazo de 24h, desde que seja mantido estéril e datado;
21. Realizar checagem da administração do medicamento na prescrição médica.

Justificativas

- Optar inicialmente se possível pela punção das extremidades, evitando proximidade as articulações;
- Após a entrada da medicação na corrente sanguínea, ela começa a agir imediatamente, não havendo maneira de interromper sua ação;
- Fique atento às possíveis reações durante a administração de medicamentos EV, tais como reações pirogênicas, anafiláticas ou outras queixas do paciente

Intervenções de enfermagem/observações

- Informar ao paciente que droga vai administrar;
- Atentar-se aos 9 certos da medicação;
- Utilizar técnica asséptica no preparo e administração do medicamento;
- Verificar se o paciente não é alérgico ao medicamento;
- Preparar o medicamento de cada paciente separadamente e não administrar medicamentos preparados por outros;
- Identificar o acesso com data e horário da instalação;
- Manter permeabilidade do acesso com Cloreto de sódio 0,9%;
- Observar sinais flogísticos, como eritema, edema, turgor, calor e dor;
- Qualquer dúvida sobre a prescrição, preparo e administração, esclarecer com o médico responsável ou enfermeiro supervisor.

REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S; FAKIH, F. T; CANTERAS, L. M. S; TERERAN, N. P; CARNEIRO, I. A. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara, 2017. p. 424.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de procedimentos operacionais padrão (pop's)**: serviço de enfermagem. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. **Manual de procedimentos operacionais padrão – pops**. Ribeirão Preto: Prefeitura municipal de ribeirão preto, 2022.

CAPÍTULO 42

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR (IM)

Ana Beatriz da Silva
Mariana Mayara Medeiros Lopes
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento padrão para realizar administração de medicamentos via intramuscular, por meio de uma técnica asséptica.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem.

Finalidades

Preparar e administrar por via intramuscular (IM) medicamentos que não podem ser absorvidos diretamente pela mucosa gástrica; obter ação mais rápida do que VO; Reduzir a dor e minimizar a irritação cutânea local pela vedação do medicamento no tecido muscular.

Indicações

Administração de medicações que devem ser absorvidas de forma mais rápida que a via oral e/ou que são irritantes e mais viscosos que não sejam absorvidos por outras vias de administração;

Medicamentos que são irritantes e mais viscosos que não sejam absorvidos em outros locais, como sistema digestivo, tecido subcutâneo e outros.

Contraindicações/Restrições

Lesões na pele; doenças crônicas específicas; medicamentos que não reagem

bem nessa via.

Materiais

Prescrição médica; álcool a 70%; bandeja; medicamento; curativo bandagem s/n; recipiente para descarte de material perfuro cortante; algodão; seringa de 3, 5 ou 10 ml; agulha para aspiração (40x1,2 / 30x0,8 / 25x0,8mm); agulha para aplicação (30x0,8 / 30x0,7 / 25x0,8 / 25x0,7 / 25x0,6 / 20 x 0,55mm); luvas de procedimento e máscaras.

Descrição dos procedimentos:

1. Acolher o paciente e se apresentar;
2. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
3. Verificar a prescrição e certificar-se que está completa: o nome do paciente, o medicamento, a dose, a via e o horário;
4. Questionar o paciente e família sobre histórico de alergias;
5. Preparar o medicamento para um paciente de cada vez, conferir sua data de validade;
6. Conferir os nove certos na administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação certa, forma certa e resposta certa;
7. Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios de assepsia;
8. Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola conforme procedimento operacional;
9. Trocar a agulha por uma compatível com o medicamento e as condições da musculatura do paciente;
10. Organizar o material na bandeja e transportá-lo até o paciente;
11. Explicar o procedimento ao paciente. Nesse momento, quando possível, comunicar qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação;
12. Garantir a privacidade do paciente, fechando cortinas, biombo, portas, etc.

13. Selecionar a região apropriada para a injeção;
14. Inspecionar o local da pele avaliando existência de equimose, inflamação, edema, entre outros;
15. Observar a integridade e o tamanho do músculo;
16. Posicionar o paciente dependendo da posição escolhida (ortostática, sentada, Sims ou pronada);
17. Calçar as luvas de procedimento;
18. Delimitar a área intramuscular de escolha;
19. Com a mão de apoio, fazer uma prega para imobilizar o músculo;
20. Inserir a agulha num ângulo de 90º em relação ao músculo e soltar a prega;
21. Puxar lentamente o êmbolo da seringa para certificar-se de que não há retorno sanguíneo (se houver retorno sanguíneo, não administrar o medicamento e reiniciar todo o procedimento);
22. Injetar lentamente o conteúdo da seringa, empurrando o êmbolo;
23. Retirar a seringa/agulha com um único movimento e colocar sobre a bandeja (sem encapar);
24. Comprimir levemente o local com algodão seco, sem massagear. Fazer um curativo (s/n);
25. Observar o local da aplicação e anotar qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber o medicamento;
26. Orientar o paciente para que comunique caso perceba alguma reação no local;
27. Deixar o paciente em posição confortável;
28. Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
29. Desprezar o material no lixo apropriado.
30. Checar no prontuário a administração e anotar qualquer intercorrência.

Justificativas

Medicações oleosas devem ser administradas por meio da técnica em Z, para impedir que a medicação não extravase. A região ventroglútea é a mais indicada para a realização de medicações IM, uma vez que não possui tantos riscos como na região dorso glútea; Deve-se idealizar um plano de rodízio dos locais de administração para todos os pacientes que requeiram administração intramuscular frequente, ou seja, alternar todos os locais possíveis de administração da terapêutica prescrita, para evitar a repetição de locais de administração.

Intervenções de enfermagem/observações:

- Atentar-se à conferência de todo procedimento;
- Utilizar técnica asséptica no preparo e administração do medicamento;
- Verificar se o paciente não é alérgico ao medicamento;
- Preparar o medicamento de cada paciente separadamente e não administrar medicamentos preparados por outros;
- Qualquer dúvida sobre a prescrição, preparo e administração, esclarecer com o médico responsável ou enfermeiro supervisor;
- Informar ao paciente que droga vai administrar;
- Observar sinais de edema, inflamação e dor no local de administração;
- Realizar rodízio nos locais de administração, ao administrar mais de uma medicação.

REFERÊNCIAS

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Administração de Medicamentos por Via Intramuscular**. São Paulo, 2010. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/administracao_de_medicamentos_por_via_intramuscular.pdf. Acesso em: 17 out. 2022.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de procedimentos operacionais padrão (pop's):** serviço de enfermagem. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. **Manual de procedimentos operacionais padrão – pops**. Ribeirão Preto: Prefeitura municipal de ribeirão preto, 2022.

CAPÍTULO 43

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRADÉRMICA (ID)

Ana Beatriz da Silva
Mariana Mayara Medeiros Lopes
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento padrão para realizar administração de medicamentos via intradérmica, por meio de uma técnica asséptica.

Responsável pela prescrição

Médico

Responsáveis pela execução

Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem.

Finalidades

Diagnosticar reações de hipersensibilidade (provas de PPD para TB); Sensibilidade de algumas alergias; Dessensibilização; Vacina.

Indicações

Testes de hipersensibilidade; imunização BCG; administração de anestésicos locais.

Contraindicações/Restrições

Presença de lesões no local de aplicação; administração de medicamentos incompatíveis com essa via.

Materiais:

Prescrição médica (s/n); bandeja; medicamento/vacina/teste; recipiente de material perfurocortante; seringa 1ml; agulha 13x0,45mm ou menor; algodão; álcool 70% (s/n); luvas de procedimento.

Descrição dos procedimentos

1. Higienizar as mãos;

2. Identificar o paciente, perguntando seu nome completo;
3. Verificar a prescrição e certificar-se de que está completa: verificar o nome do paciente, o medicamento, a dose, a via e o horário;
4. Questionar o paciente ou familiares sobre histórico de alergias;
5. Preparar o medicamento/vacina/teste para um paciente de cada vez, conferir a sua data de validade, identificar a seringa com o medicamento, organizar o material na bandeja e transportá-lo até o paciente;
6. Conferir os nove certos na administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação certa, forma certa e resposta certa;
7. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento. Nesse momento, quando possível, comunicar ao paciente qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação;
8. Escolher o local de aplicação, preferencialmente na parte anterior do antebraço, que não seja pigmentado ou tenha muitos pelos;
9. Calçar as luvas de procedimento e colocar óculos de proteção (para teste tuberculínico);
10. Solicitar ao paciente que estenda o cotovelo e apoie o antebraço sobre uma superfície plana;
11. Delimitar o local de acordo com a finalidade do procedimento: três a quatro centímetros abaixo da fossa ante cubital e um palmo acima do punho (terço médio da face anterior do antebraço) para testes de sensibilidade, processo de dessensibilização e teste tuberculínico. Para administração da vacina BC-G-ID, o local de administração é a inserção inferior do deltoide direito.
12. Realizar antissepsia no local da injeção utilizando bola de algodão embebida em álcool 70% (s/n), com movimento circular, firme e único, de dentro pra fora. Após, deixar secar completamente (30 segundos);
13. Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios de assepsia;
14. Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola conforme procedimen-

to operacional;

15. Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto;
16. Usar a mão não dominante para esticar as dobras da pele no local da injeção;
17. Colocar a agulha com bisel para cima formando com a pele um ângulo de 5 a 15°, colocando a agulha quase paralela à superfície da pele;
18. Introduzir o bisel da agulha através da epiderme aproximadamente 3 mm abaixo da superfície da pele. A extremidade da agulha poderá ser vista embaixo da pele;
19. Injetar o líquido lentamente, ao mesmo tempo em que observa o surgimento de uma pápula pálida de aproximadamente 6 mm. Normalmente a resistência é sentida. Quando não, a agulha está muito profunda, remova e recomece o procedimento;
20. Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção e não fazer compressão no local.
21. Caso seja necessário enxugar alguma gota de solução do local, utilizar gaze seca;
22. Colocar o paciente em posição confortável;
23. Reconstituir a unidade;
24. Descartar os perfuro cortantes em recipiente rígido e os demais materiais em local adequado;
25. Retirar as luvas;
26. Higienizar as mãos;
27. Checar o medicamento administrado na prescrição médica;
28. Registrar o procedimento.

Justificativas

Para administração de imunobiológicos seguir orientações do protocolo do Programa de Imunização. Para realização de PPD seguir POP específico.

Intervenções de enfermagem/observações

- Via ID suporta um volume máximo de 0,5mL por injeção;
- Lembrar-se da importância de identificar os nove certos para administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa;
- Não administrar a injeção se a pele do paciente não estiver completamente seca, pois a presença de água, álcool ou umidade na pele pode inativar o antígeno;
- Não injetar a solução até que o bisel tenha sido introduzido completamente, evitando possível extravasamento;
- Não é necessária a troca de agulhas no momento da aplicação.

REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S; FAKIH, F. T; CANTERAS, L. M. S; TERERAN, N. P; CARNEIRO, I. A. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara, 2017. p. 424.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de procedimentos operacionais padrão (pop's)**: serviço de enfermagem. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. **Manual de procedimentos operacionais padrão – pops**. Ribeirão Preto: Prefeitura municipal de ribeirão preto, 2022.

CAPÍTULO 44

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÂNEA (SC)

Ana Beatriz da Silva
Mariana Mayara Medeiros Lopes
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento padrão para realizar administração de medicamentos via subcutânea, por meio de uma técnica asséptica.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Finalidades

Promover lenta absorção da medicação, através dos capilares, de forma contínua e segura.

Indicações

Aplicação de insulina; medicamentos anticoagulantes; paciente muito fraco para usar medicações via oral; náuseas e vômitos persistentes; disfasia severa.

Contraindicações/Restrições

Presença de lesões no local de aplicação; recusa do paciente.

Materiais

Bandeja; medicamento prescrito e diluente do medicamento; luvas de procedimento; agulha descartável 25x0,7, 25x0,8 ou 30x7,0 para preparo; agulha 13x0,45mm para aplicação; seringa descartável de 1ml; algodão, gaze estéril e álcool 70%.

Descrição dos procedimentos

1. Higienizar das mãos;
2. Identificar o paciente, perguntando seu nome completo;
3. Verificar a prescrição e certificar-se de que está completa: verificar o nome do paciente, o medicamento, a dose, a via e o horário;
4. Questionar o paciente ou familiares sobre histórico de alergias;
5. Acolher o paciente;
6. Higienizar as mãos;
7. Verificar a prescrição;
8. Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola conforme procedimento operacional;
9. Conferir os nove certos na administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação certa, forma certa e resposta certa;
10. Identificar o paciente, orientar o procedimento e comunicar o início do mesmo;
11. Atentar-se para a privacidade do paciente;
12. Escolher o local de aplicação, realizando rodízio dos locais frequentemente e verificar a integridade da pele;
13. Posicionar o paciente de acordo com a área selecionada para aplicação;
14. Calçar as luvas de procedimento;
15. Realizar antissepsia da região com algodão embebido em álcool 70%. Posicionar o chumaço no centro da região a ser limpa e faça movimento circular do centro para bordas aproximadamente 5 cm;
16. Segurar a bola de algodão entre o terceiro e quarto dedos da mão não dominante;
17. Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto;

18. Pinçar a pele com os dedos polegar e indicador da mão não dominante, mantendo até o fim da aplicação;
19. Segurar a seringa (como um dardo) entre o polegar e indicador da mão dominante;
20. Inserir a agulha no ângulo de 45 a 90° e para paciente obeso ângulo de 90°;
21. Injetar o medicamento de forma lenta (1 ml/10s);
22. Soltar a pele e colocar algodão seco na pele próximo da inserção da agulha;
23. Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção, aplicando algodão seco;
24. Colocar curativo bandagem (s/n);
25. Descartar a seringa na caixa de perfurocortante;
26. Retirar as luvas;
27. Higienizar as mãos;
28. Registrar o procedimento.

Intervenções de enfermagem/observações

- Medicamentos anticoagulantes somente devem ser aplicados na região dos flancos;
- Evitar região peri umbilical;
- Para insulina diária alterne os locais de aplicação;
- Perfurar um vaso sanguíneo nesta via é muito raro, por isso aspiração não é necessária;
- Para administração de imunobiológicos seguir orientações do protocolo do Programa de Imunização;
- Para administração de insulina seguir orientações do protocolo do Programa de Doenças Crônicas Não Transmissíveis;
- Volume máximo para essa via: 1,5ml.

REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S; FAKIH, F. T; CANTERAS, L. M. S; TERERAN, N. P; CARNEIRO, I. A. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara, 2017. p. 424.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de procedimentos operacionais padrão (pop's)**: serviço de enfermagem. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. **Manual de procedimentos operacionais padrão – pops**. Ribeirão Preto: Prefeitura municipal de ribeirão preto, 2022.

CAPÍTULO 45

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL (VO)

Ana Beatriz da Silva
Mariana Mayara Medeiros Lopes
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento padrão para realizar administração de medicamentos via oral, por meio de uma técnica asséptica.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares em Enfermagem.

Finalidades

Administrar medicamentos por via oral, de forma segura e eficaz, a fim de produzir efeitos sistêmicos após a absorção no trato digestório.

Indicações

Para pacientes que podem ingerir medicamentos pela boca; pacientes que não possuam dificuldade de engolir; pacientes orientados e crianças pequenas.

Contraindicações/Restrições

Pacientes em coma, sem condições de deglutir; Pacientes com lesões na via oral.

Materiais:

Bandeja; copo descartável pequeno para medicação; copo descartável médio com água; medicamento prescrito; luvas de procedimento; triturador de comprimidos (s/n).

Descrição dos procedimentos:

1. Orientar o paciente e/ou familiar sobre o procedimento realizado;
2. Lavar as mãos com água e sabão;
3. Preparar o material necessário;
4. Conferir os nove certos na administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação certa, forma certa e resposta certa;
5. Reunir o material na bandeja;
6. Posicionar o paciente adequadamente na posição sentada;
7. Higienizar as mãos;
8. Calçar as luvas de procedimento;
9. Abrir o envoltório do medicamento e colocar no copo de acordo com a apresentação;
10. Oriente o paciente a colocar o medicamento na boca, ofereça água para auxiliar na deglutição do comprimido;
11. Se o comprimido for mastigável, oriente o paciente a mastigá-lo completamente antes de deglutir;
12. Desprezar os resíduos em local próprio;
13. Retirar a luva de procedimento;
14. Realizar a higienização das mãos;
15. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente.

Justificativas

Ao administrar medicamentos via oral, deve-se atentar ao horário, uma vez que deve-se dar preferência aos horários diferentes das refeições, para a absorção ser mais rápida.

Intervenções de enfermagem/observações

- Atentar-se aos 9 certos da medicação;

- Utilizar técnica asséptica no preparo e administração do medicamento;
- Verificar se o paciente não é alérgico ao medicamento;
- Na administração de medicamentos ácidos ou que contenham ferro para evitar lesão ou tingimento dos dentes, forneça-os por meio de um canudo;
- Medicamentos de sabor desagradável quando fornecidos por canudos diminui o contato com as papilas gustativas, melhorando o sabor;
- Os comprimidos sulcados (possuem uma linha dividindo-o), de modo que possam ser partidos. Sem a divisão não tem como garantir uma medida exata;
- Na administração de soluções pode ser usado a equivalência de medidas como as que seguem: 1 colher de sopa = 15 ml, 1 colher de sobremesa = 10ml, 1 colher de chá = 5ml, 1 colher de café = 3 ml, 1 ml = 20 gotas, 1 gota = 3 microgotas;
- Ingerir mais de um medicamento ao mesmo tempo para sintomatologia diferente pode ocorrer interação medicamentosa;
- Alguns medicamentos não podem ser triturados por perderem a eficácia, caso haja necessidade de macerar, consulte o profissional prescritor ou leia as instruções contidas na bula.

REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S; FAKIH, F. T; CANTERAS, L. M. S; TERERAN, N. P; CARNEIRO, I. A. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara, 2017. p. 424.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de procedimentos operacionais padrão (pop's)**: serviço de enfermagem. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. **Manual de procedimentos operacionais padrão – pops**. Ribeirão Preto: Prefeitura municipal de Ribeirão Preto, 2022.

CAPÍTULO 46

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBLINGUAL (SL)

Ana Beatriz da Silva
Mariana Mayara Medeiros Lopes
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento padrão para realizar administração de medicamentos via sublingual, por meio de uma técnica asséptica.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares em Enfermagem.

Finalidades

Preparar e administrar medicamentos por via sublingual (SL), utilizando a mucosa oral como via de absorção, para efeito mais rápido ou em situações em que o medicamento é inativado pelo suco gástrico.

Indicações

Administração de medicamentos com urgência; administração de medicamentos em caso de infarto; idosos e crianças que não conseguem engolir comprimidos.

Contraindicações/Restrições

Medicações que não possuem formulação para via SL; Impossibilidade de o paciente absorver o medicamento.

Materiais:

Bandeja; copo descartável pequeno para medicação; medicamento prescrito; luvas de procedimento.

Descrição dos procedimentos

1. Lavar as mãos conforme POP de lavagem simples das mãos;
2. Verificar prescrição médica que deve conter o nome do paciente, nº do leito, nome do medicamento, dose, via de administração, horário, frequência da administração;
3. Fazer a desinfecção do balcão de preparo de medicamentos e da bandeja;
4. Reunir o material necessário;
5. Fazer o rótulo do medicamento contendo, nome do paciente, nº do leito, nome do medicamento, dose, via, horário;
6. Colocar em uma bandeja o copo descartável contendo o medicamento com a identificação;
7. Deixar para retirar o invólucro do medicamento diante do paciente, antes de administrá-lo;
8. Levar o medicamento próximo ao leito do paciente;
9. Conferir o nome completo do paciente, leito, medicamento e via de administração;
10. Identificar o grau de dependência do paciente (verificar condições clínicas para prevenção de complicação e administração do medicamento adequado, principalmente nível de consciência, reflexo de deglutição, presença de náuseas, vômitos e sinais vitais);
11. Explicar ao paciente e ao acompanhante o procedimento e informar o medicamento a ser administrado e via (utilizar forma clara de falar, como exemplo: deixar a medicação embaixo da língua até que se dilua completamente);
12. Posicionar o paciente com a cabeceira elevada, em uma posição favorável;
13. Não permitir que a medicação permaneça na mesa de cabeceira para ser administrada posteriormente, evitando que outro paciente a tome por engano e garantindo que a medicação seja tomada;
14. Conferir os nove certos na administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orienta-

ção certa, forma certa e resposta certa;

15. Oferecer a medicação ao paciente;
16. Colocar o medicamento sob a língua do paciente, caso esteja impossibilitado. Se as condições do paciente permitirem, solicitar que o mesmo o coloque;
17. Inspecionar regularmente a mucosa oral do paciente para ver se há irritação provocada pela administração sublingual repetida;
18. Deixar o paciente em posição confortável e a mesa de cabeceira do paciente em ordem;
19. Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
20. Higienizar as mãos;
21. Registrar na folha de observações complementares de enfermagem e comunicar ao enfermeiro aspectos relacionados a vômitos, recusa, reações do paciente, dificuldade de deglutição, etc.;
22. Checar a prescrição médica conforme normativa.

Intervenções de enfermagem/observações

- Atentar-se aos 9 certos da medicação;
- Verificar se o paciente não é alérgico ao medicamento;
- Qualquer dúvida sobre a prescrição, preparo e administração, esclarecer com o médico responsável ou enfermeiro supervisor;
- Informar ao paciente que droga vai administrar;
- Certifique-se de quais medicamentos podem ser administrados por via sublingual (apresentação própria);
- Verifique o nível de consciência do paciente, a fim de avaliar se a terapia medicamentosa por via sublingual deve ser revista pelo médico;
- Não ingerir mais de um medicamento ao mesmo tempo para sintomatologia diferente, pois pode ocorrer interação medicamentosa;

- Evitar ingestão de líquidos e/ou alimentos durante absorção da medicação;
- Nem todo medicamento via oral pode ser administrado via sublingual.

REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S; FAKIH, F. T; CANTERAS, L. M. S; TERERAN, N. P; CARNEIRO, I. A. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2017. p. 424.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de procedimentos operacionais padrão (pop's): serviço de enfermagem**. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. **Manual de procedimentos operacionais padrão – pops**. Ribeirão Preto: Prefeitura municipal de ribeirão preto, 2022.

CAPÍTULO 47

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR SONDA NASOGÁSTRICA (SNG)

Ana Beatriz da Silva
Mariana Mayara Medeiros Lopes
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento padrão para realizar administração de medicamentos via nasogástrica, por meio de uma técnica asséptica.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem.

Finalidades

Garantir a administração de medicamentos adequadamente pela via gástrica a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias, em pacientes impossibilitados de deglutição.

Indicações

Pacientes com SNG, inconscientes ou impossibilitados de engolir.

Contraindicações/Restrições

Traumas nasais e maxilofaciais graves; obstrução da sonda.

Materiais:

Prescrição médica; bandeja; medicamento; recipiente descartável; 2 seringas 20ml; luvas de procedimentos; estetoscópio; triturador; 30ml de água filtrada e/ou mineral.

Descrição dos procedimentos

1. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional;

2. Verificar a prescrição médica;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Preparar os medicamentos para um paciente de cada vez;
5. Conferir o nome do paciente, data de validade, posologia, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;
6. Retirar cada medicamento(s) da embalagem para preparar em um copo descartável;
7. No caso de múltiplos medicamentos, triturá-los e diluí-los separadamente em água devido ao risco de incompatibilidade físico-química;
8. Dissolver o medicamento em água (s/n). Recomenda-se o uso de macerador;
9. Usar dispositivos adequados de medida ao entornar os líquidos e verificar a quantidade de medicamento ao nível dos olhos;
10. Aspirar o medicamento em seringa;
11. Calçar luvas de procedimentos;
12. Verificar o posicionamento da SNG conforme procedimento operacional padrão;
13. Se estiver em infusão de dieta, antes de passar o medicamento, interromper a dieta;
14. Lavar a sonda com 15 a 30 mL de água;
15. Conectar a seringa na ponta da sonda certificando que está realmente no local adequado;
16. Administrar o medicamento lentamente;
17. Administrar água 15 a 30mL para lavar a sonda após a administração do medicamento;
18. No caso de múltiplos medicamentos, entre um medicamento e outro deverá ser lavado com 5 a 15 mL de água;
19. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional;
20. Registrar o procedimento.

Intervenções de enfermagem/observações

- Sempre que possível, utilize medicamentos com apresentação em solução ou suspensão a fim de prevenir obstrução e facilitar a infusão;
- Antes de triturar os comprimidos, confirme com o farmacêutico se eles podem ser triturados;
- Medicamentos bucais, sublinguais, com revestimento entérico ou de liberação lenta não podem ser triturados. As cápsulas não devem ser rompidas nem diluídas;
- Para pacientes imunossuprimidos, é recomendado o uso de água destilada estéril, para diluir e lavar a sonda;
- O volume de água utilizado para dissolver o medicamento e para lavar a sonda deve ser previamente definido, levando-se em consideração a idade e a condição clínica do paciente (p. ex., risco de restrição hídrica, etc.);
- Sempre que possível, evite horários de medicação que interrompam a infusão da dieta enteral;
- Considere a necessidade de jejum (prévio ou posterior) e a interação entre o medicamento e a dieta em uso ou com outros medicamentos, no mesmo horário;
- Não faça misturas entre medicamentos ou entre medicamentos e dietas;
- A lavagem da sonda após a administração da dieta ou de medicamentos é importante a fim de se prevenir obstruções.

REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S; FAKIH, F. T; CANTERAS, L. M. S; TERERAN, N. P; CARNEIRO, I. A. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2017. p. 424.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de procedimentos operacionais padrão (pop's): serviço de enfermagem**. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. **Manual de procedimentos operacionais padrão – pops**. Ribeirão Preto: Prefeitura municipal de ribeirão preto, 2022.

CAPÍTULO 48

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA DERMATOLÓGICA

Ana Beatriz da Silva
Mariana Mayara Medeiros Lopes
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento padrão para realizar administração de medicamentos via dermatológica, por meio de uma técnica asséptica.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Finalidades

Garantir a administração de medicamentos adequadamente pela via dermatológica a fim de proporcionar tratamento adequado de doenças da superfície cutânea e mucosas. Além disso, melhorar a segurança do paciente minimizando erros na administração de medicamentos.

Indicações

Aos pacientes com prescrição médica de medicamentos por via dermatológica, no tratamento de doenças inflamatórias, infecciosas, parasitárias, alérgicas e dermatológicas, por ação local ou sistêmica.

Contraindicações/Restrições

Casos suspeitos de reações de hipersensibilidade a algum componente do medicamento.

Materiais:

EPIs (luvas de procedimento, óculos protetor, máscara e avental descartável); prescrição médica; bandeja; medicamento; gaze não estéril; compressas; recipiente com água morna (s/n); sabonete; álcool 70%; espátula; atadura; fita adesiva.

Descrição dos procedimentos

1. Higienizar as mãos
2. Verificar a prescrição;
3. Conferir o nome do paciente, comparando a prescrição médica e a etiqueta de identificação do paciente. Conferir os nove certos na administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação certa, forma certa e resposta certa;
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento;
5. Certifica-se do histórico de alergias a medicamentos;
6. Preparar o medicamento para o paciente;
7. Conferir o nome do paciente data de validade, posologia, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;
8. Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o medicamento;
9. Somente abrir o medicamento diante do paciente;
10. Coloque o paciente na posição mais adequada ao procedimento;
11. Calçar luvas de procedimento;
12. Exponha a área de aplicação e faça higiene local com gaze embebida em solução fisiológica, (s/n);
13. Proceder à aplicação do de uma fina camada do medicamento no local prescrito, espalhando-o uniformemente com auxílio de uma espátula, aplicador e/ou gaze;
14. Quando se tratar de adesivos, proceder à aplicação conforme a orientação do fabricante;

15. Recolha o material e coloque-o na bandeja;
16. Retirar as luvas e coloque-as na bandeja;
17. Higienizar as mãos;
18. Checar o medicamento na prescrição médica;
19. Encaminhe o medicamento utilizado ao posto de enfermagem e guarde-o junto aos demais medicamentos do respectivo paciente (confirme a identificação do medicamento);
20. Encaminhe os resíduos para o expurgo;
21. Descarte os resíduos no lixo infectante;
22. Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e faça a desinfecção com álcool a 70%;
23. Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio, informando o horário, o medicamento, a dose, a via e o local em que foi realizada a aplicação, assim como qualquer intercorrência. Assine e carimbe as anotações.

Intervenções de enfermagem/observações

- Avaliar a necessidade de oclusão local, com gaze e/ou atadura, a fim de evitar que o contato com roupas remova o medicamento;
- Em caso de loções e cremes espalhe-os suavemente, pois a fricção pode causar irritações;
- Em caso de adesivos transcutâneos, remover o anterior antes de aplicar o novo;
- O próprio paciente pode fazer a aplicação do medicamento, desde que tenha fácil acesso à área e que esteja bem orientado pelo enfermeiro quanto ao procedimento;
- Os medicamentos de uso dermatológico, exceto os que tratam de feridas, devem ser aplicados na pele íntegra;
- Antes de aplicar os medicamentos, limpe completamente a pele, lavando cuidadosamente a área para retirar restos de medicamentos;
- Em caso de uso de bisnagas de cremes e pomadas, despreze uma pequena

porção (cerca de 1 cm) e aplique a segunda porção sobre a gaze, sem tocá-la;

- Realize tricotomia, (s/n);
- Observe eventuais sinais de reação local;
- Faça revezamento dos locais de aplicação evitando dobras cutâneas e áreas de transpiração excessiva;
- Utilização de técnica asséptica na manipulação dos frascos e tubos de medicamentos. Se o paciente apresentar um ferimento aberto, deve-se utilizar luvas cirúrgicas estéreis, gazes estéreis e material de curativo;
- Deve-se manter o uso individual de frascos, bisnagas e tubos de medicamentos dermatológicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **POP: Práticas seguras na prescrição, dispensação e administração de medicamentos**. 2. ed. Campina Grande: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020. p. 87.

CARMAGNANI, M. I. S; FAKIH, F. T; CANTERAS, L. M. S; TERERAN, N. P; CARNEIRO, I. A. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2017. p. 424.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de procedimentos operacionais padrão (pop's): serviço de enfermagem**. Teresina: IFPI, 2020.

CAPÍTULO 49

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OFTÁLMICA

Ana Beatriz da Silva
Mariana Mayara Medeiros Lopes
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento padrão para realizar administração de medicamentos via oftálmica, por meio de uma técnica asséptica.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Finalidades

Garantir a administração de medicamentos adequadamente a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias através de aplicação de pomada ou colírio na conjuntiva ocular.

Indicações

Aos pacientes com prescrição médica de medicamentos por via oftálmica, no tratamento de doenças inflamatórias/infecciosas dos olhos, lubrificação e no exame oftalmológico.

Contraindicações/Restrições

Casos suspeitos de reações de hipersensibilidade a algum componente do medicamento.

Materiais

EPIs (luvas de procedimento, máscara e avental descartável); Prescrição médica; Bandeja; Medicamento (solução ou pomada); Gazes ou lenços de papel; Solução fisiológica 0,9% (1 amp. 10 mL).

Descrição dos Procedimentos

1. Higienizar as mãos
2. Verificar a prescrição;
3. Confira o nome do paciente, comparando a prescrição médica e a etiqueta de identificação do paciente. Conferir os nove certos na administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação certa, forma certa e resposta certa;
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento;
5. Certifica-se do histórico de alergias a medicamentos;
6. Preparar o medicamento para o paciente;
7. Conferir o nome do paciente data de validade, posologia, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;
8. Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o medicamento;
9. Somente abrir o medicamento diante do paciente;
10. Calce as luvas de procedimento se houver presença de secreção ocular;
11. Coloque o paciente na posição mais adequada;
12. Na presença de secreção no olho, higienize-o com gaze embebida em solução fisiológica, do canto interno para o externo do olho;
13. Abra a tampa do frasco, sem tocar no bico dosador;
14. Solicite que o paciente incline a cabeça um pouco para trás, se estiver sentado, ou colocar sua cabeça sobre um travesseiro, se estiver deitado;

15. Afaste a pálpebra inferior, com os dedos e uma gaze, para expor o saco conjuntival;
16. Solicite ao paciente que olhe para cima;
17. Oferecer lenço de papel para o paciente retirar o medicamento e as lágrimas que possam sair dos olhos durante o procedimento;
18. Se medicamento em gotas, instilar o número de gotas no saco conjuntival inferior, no canto externo; sem tocar o conta-gotas na conjuntiva;
19. Se o medicamento for apresentado na forma de pomada, depositá-la ao longo de toda a extensão do saco conjuntival inferior, sem tocar o aplicador da pomada na conjuntiva;
20. Soltar a pálpebra inferior após a instilação/aplicação e solicitar que o paciente feche os olhos delicadamente;
21. Orientar o paciente a não esfregar o olho;
22. Higienizar as mãos;
23. Checar o medicamento;
24. Fazer anotações de enfermagem, se houver intercorrências.

Intervenções de Enfermagem/Observações

- A solução deve ser direcionada ao saco conjuntival inferior porque a córnea é sensível e passível de lesão. Tal procedimento evita o reflexo de piscar;
- Atente para a lateralidade do olho (olho direito, esquerdo ou ambos) em que se deve fazer a administração do medicamento, conforme a prescrição médica;
- Realize as medidas de prevenção de infecção;
- Retirada de adornos das mãos dos profissionais (anéis, aliança, pulseiras, relógio de pulso) antes de higienizar as mãos;
- Higienização das mãos (antes e após a administração de colírios e poma-

das oftálmicas);

- Utilização de técnica asséptica na manipulação dos frascos e tubos de medicamentos;
- Manter o uso individual de frascos e tubos de medicamentos;
- Evitar o contato do material (bicos aplicadores de frascos e tubos) com a conjuntiva do paciente;
- No caso de o paciente ter que utilizar colírio e pomada no mesmo tratamento, administrar primeiro o colírio e, após 5 minutos, a pomada. Nunca inverter a ordem, uma vez que a pomada adere à superfície ocular, promovendo uma barreira que impedirá o contato do colírio com a área que deve ser tratada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **POP: Práticas seguras na prescrição, dispensação e administração de medicamentos**. 2. ed. Campina Grande: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020. p. 87.

CARMAGNANI, M. I. S; FAKIH, F. T; CANTERAS, L. M. S; TERERAN, N. P; CARNEIRO, I. A. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2017. p. 424.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de procedimentos operacionais padrão (pop's): serviço de enfermagem**. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. **Manual de procedimentos operacionais padrão – pops**. Ribeirão Preto: Prefeitura municipal de Ribeirão Preto, 2022.

CAPÍTULO 50

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OTOLÓGICA

Ana Beatriz da Silva
Mariana Mayara Medeiros Lopes
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento padrão para realizar administração de medicamentos via otológica, por meio de uma técnica asséptica.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Finalidades

Garantir a administração de medicamentos por via auricular, de forma segura e eficaz, a fim de produzir efeitos locais após a absorção.

Indicações

Aos pacientes com prescrição médica de medicamentos por via otológica, no tratamento de infecções, inflamações, remover cerume e/ou aliviar dor.

Contraindicações/Restrições

Casos suspeitos de reações de hipersensibilidade a algum componente do medicamento.

Materiais

EPIs (luvas de procedimento e máscara); prescrição médica; bandeja; medicamento; gazes estéreis; bolas de algodão; solução fisiológica 0,9% (1 amp. 10 ml); álcool 70%; fita adesiva.

Descrição dos Procedimentos

1. Higienizar as mãos
2. Verificar a prescrição;
3. Confira o nome do paciente, comparando a prescrição médica e a etiqueta de identificação do paciente. Conferir os nove certos na administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação certa, forma certa e resposta certa;
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento;
5. Certifica-se do histórico de alergias a medicamentos;
6. Preparar o medicamento para o paciente;
7. Conferir o nome do paciente data de validade, posologia, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;
8. Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o medicamento;
9. Somente abrir o medicamento diante do paciente;
10. Calce as luvas de procedimento se houver presença de secreção auricular;
11. Coloque o paciente na posição mais adequada;
12. Na presença de sujidade ou secreção no ouvido, higienize-o com gaze embebida em SF 0,9%;
13. Abrir a tampa do frasco, sem tocar o bico dosador;
14. Em adultos: segurar a porção superior do pavilhão auricular e puxe-a suavemente para cima e para trás;
15. Em crianças, no caso de bebês e crianças menores de 3 anos: segurar a porção superior do pavilhão auricular e puxe-a suavemente para baixo e para trás;
16. Instilar a quantidade de gotas prescritas, mantendo o bico dosador do frasco a 1 cm, no mínimo, acima do canal auditivo, sem tocá-lo no paciente;
17. Solicitar ao paciente que permaneça em decúbito lateral por 2 a 3 min;

18. Se prescrito, ocluir o canal auditivo com uma bola de algodão;
19. Repetir o procedimento no lado oposto, se estiver prescrito;
20. Recolher o material e colocá-lo na bandeja;
21. Retirar as luvas de procedimento e colocá-las na bandeja;
22. Higienizar as mãos;
23. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
24. Encaminhar o medicamento utilizado (frasco, bisnaga) ao posto de enfermagem e guardá-lo junto aos demais medicamentos do paciente;
25. Encaminhar os resíduos para o expurgo;
26. Descartar os resíduos no lixo infectante;
27. Lavar a bandeja com água e sabão, seque-a com papel-toalha e faça a desinfecção com álcool a 70%;
28. Fazer as anotações de enfermagem em impresso próprio, informando o horário, o medicamento, a dose, a via em que foi realizada a administração e qualquer intercorrência;
29. Assinar e carimbar as anotações.

Intervenções de Enfermagem/Observações

- Recomenda-se que o frasco ou o tubo do medicamento seja de uso individual;
- Para aplicação de cremes, faça um fuso de gaze, coloque o creme na extremidade e introduza-o no ouvido com o auxílio de uma pinça;
- Não encostar a ponta do frasco no canal auditivo do paciente;
- Quando for utilizado conta-gotas, não devolva o excedente de medicamento aspirado ao frasco. O uso de conta-gotas é individual e ele deve ser higienizado a cada reuso;
- Aqueça o frasco do medicamento com as mãos antes de instilar a medicação;
- Atente para a lateralidade do ouvido (se direito, esquerdo ou ambos) em que se deve fazer a administração do medicamento, conforme a prescrição médica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **POP: Práticas seguras na prescrição, dispensação e administração de medicamentos**. 2. ed. Campina Grande: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020. p. 87.

CARMAGNANI, M. I. S; FAKIH, F. T; CANTERAS, L. M. S; TERERAN, N. P; CARNEIRO, I. A. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2017. p. 424.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de procedimentos operacionais padrão (pop's): serviço de enfermagem**. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. **Manual de procedimentos operacionais padrão – pops**. Ribeirão Preto: Prefeitura municipal de ribeirão preto, 2022.

CAPÍTULO 51

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA NASAL

Ana Beatriz da Silva
Mariana Mayara Medeiros Lopes
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento padrão para realizar administração de medicamentos via nasal, por meio de uma técnica asséptica.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Finalidades

Garantir a administração de medicamentos por via nasal, de forma segura e eficaz, a fim de produzir efeitos sistêmicos e locais após a absorção no trato respiratório.

Indicações

Aos pacientes com prescrição médica de medicamentos por via nasal, no tratamento de doenças inflamatórias e/ou infecciosas das vias aéreas, ou para absorção sistêmica.

Contraindicações/Restrições

Casos suspeitos de reações de hipersensibilidade a algum componente do medicamento e em pacientes com obstruções nasais, traumatismos, epistaxe, rinorragia ou rinorreia, cirurgias de vias respiratórias superiores e no pós-operatório imediato.

Materiais

EPIs (luvas de procedimento, máscara e avental descartável); prescrição

médica; bandeja; medicamento; lenços de papel ou gazes; copo descartável; conta-gotas (s/n); seringa (s/n); solução fisiológica 0,9% (1 ampola de 10 ml); álcool 70%; fita adesiva.

Descrição dos Procedimentos

1. Higienizar as mãos
2. Verificar a prescrição;
3. Conferir o nome do paciente, comparando a prescrição médica e a etiqueta de identificação do paciente. Conferir os nove certos na administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação certa, forma certa e resposta certa;
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento;
5. Certificar-se do histórico de alergias a medicamentos;
6. Preparar o medicamento para o paciente;
7. Conferir o nome do paciente data de validade, posologia, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;
8. Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o medicamento;
9. Somente abrir o medicamento diante do paciente;
10. Calçar as luvas de procedimento se houver presença de secreção nasal;
11. Colocar o paciente na posição mais adequada;
12. Solicitar ao paciente que limpe as narinas com lenço de papel ou com gaze embebida em solução fisiológica, auxilie-o (s/n);
13. Faringe posterior: solicitar ao paciente que incline a cabeça para trás;
14. Seio etmoide e esenoide: colocar um travesseiro sob os ombros e incline a cabeça do paciente para trás;
15. Seios frontais e maxilares: solicitar ao paciente que incline a cabeça para trás e para o lado que deve ser tratado;
16. Abrir a tampa do frasco, sem tocar no bico dosador;

17. Instilar a quantidade de gotas prescritas do medicamento na narina indicada, sem tocá-la com o bico dosador. Repetir a instilação na outra narina (se prescrito);
18. Orientar o paciente a permanecer na mesma posição por 2 min e respirar pela boca;
19. Oferecer lenço de papel ou gaze para o paciente colocar sob o nariz e orientá-lo a não assoar o nariz durante alguns minutos;
20. Observar a reação do paciente e posicioná-lo novamente no leito, de acordo com sua necessidade;
21. Recolher o material e colocar na bandeja;
22. Retirar as luvas de procedimento (se as tiver calçado) e colocá-las na bandeja;
23. Higienizar as mãos;
24. Checar o horário da administração do medicamento na respectiva prescrição médica;
25. Encaminhar o medicamento utilizado ao posto de enfermagem e guardá-lo junto aos demais medicamentos do respectivo paciente (identificar o medicamento com fita adesiva);
26. Encaminhar os resíduos para o expurgo;
27. Descartar os resíduos no lixo infectante;
28. Lavar a bandeja com água e sabão, secá-la com papel-toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%;
29. Fazer as anotações de enfermagem em impresso próprio, informando o horário, o medicamento, a dose, a via em que foi realizada a administração e qualquer intercorrência. Assinar e carimbar as anotações.

Intervenções de Enfermagem/Observações:

- Recomenda-se que o frasco do medicamento seja de uso individual;
- Quando utilizar conta-gotas, não devolva o excedente de medicamento aspirado ao frasco. O uso de conta-gotas é individual e ele deve ser higienizado a

cada reuso;

- Observe o paciente após a instilação das gotas nasais. Caso tenha tosse, ajude-o a sentar-se e bata suavemente em suas costas. Durante alguns minutos, observe possíveis problemas respiratórios;
- Oriente o paciente a referir quaisquer alterações causadas pelo medicamento ou distúrbios nasais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **POP: Práticas seguras na prescrição, dispensação e administração de medicamentos**. 2. ed. Campina Grande: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020. p. 87.

CARMAGNANI, M. I. S; FAKIH, F. T; CANTERAS, L. M. S; TERERAN, N. P;

CARNEIRO, I. A. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2017. p. 424.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de procedimentos operacionais padrão (pop's): serviço de enfermagem**. Teresina: IFPI, 2020.

CAPÍTULO 52

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INALATÓRIA

Ana Beatriz da Silva
Mariana Mayara Medeiros Lopes
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento padrão para realizar administração de medicamentos via inalatória, por meio de uma técnica asséptica.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Finalidades

Garantir a administração de medicamentos por via nasal, de forma segura e eficaz, a fim de produzir efeitos sistêmicos e locais por vias respiratórias superiores, por meio de inalador e nebulizador.

Indicações

Aos pacientes com prescrição médica de medicamentos por via inalatória, no tratamento do trato respiratório, produzindo efeitos locais ou sistêmicos, ou para fluidificar secreções.

Contraindicações/Restrições

Casos suspeitos de reações de hipersensibilidade a algum componente do medicamento.

Materiais

EPIs (luvas de procedimento, óculos de proteção, máscara e avental descartável); prescrição médica; bandeja; medicamento prescrito (supositório, cre-

me, pomada ou solução); luvas de procedimento; gases não estéril; compressas; aplicador retal (para cremes e pomadas); supositório; biombo; fita adesiva; bacia com água morna, sabonete e toalha (se for realizar a higiene íntima do paciente); equipo de soro macrogotas (se for administrar soluções); sonda retal com numeração adequada para adultos e crianças s/n; xylocaína geleia 2%. nos casos de administração de soluções (enema), acrescentar: frasco da solução prescrita; forro impermeável; lençol ou toalha de banho; papel higiênico; comadre.

Descrição dos Procedimentos

1. Higienizar as mãos;
2. Verificar a prescrição;
3. Conferir o nome do paciente, comparando a prescrição médica e a etiqueta de identificação do paciente. Conferir os nove certos na administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação certa, forma certa e resposta certa;
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento;
5. Certificar-se do histórico de alergias a medicamentos;
6. Preparar o medicamento para o paciente;
7. Conferir o nome do paciente data de validade, posologia, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;
8. Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o medicamento;
9. Somente abrir o medicamento diante do paciente;
10. Coloque o paciente na posição mais adequada;
11. Pedir para o paciente sentar-se ou elevar o decúbito do leito entre 45 e 90°;
12. Instalar o fluxômetro na fonte de oxigênio correspondente ao leito;
13. Higienizar as mãos;
14. Calçar as luvas de procedimento;
15. Conectar uma extremidade do tubo extensor ao fluxômetro e a outra extremidade ao nebulizador;

16. Conectar a máscara de inalação ao reservatório do nebulizador;
17. Abrir o fluxômetro (entre 2 e 7 ℓ/min) e verifique se há saída de névoa pelo inalador;
18. Entregar o inalador ao paciente e orientá-lo a segurá-lo, mantendo a máscara junto à face (sobre o nariz e a boca), e a respirar tranquilamente. Caso não consiga segurá-lo corretamente, fixe a máscara, por meio do cadarço;
19. Verificar a posição correta da cabeça e do inalador;
20. Retirar as luvas de procedimento e descarte-as no lixo infectante;

Ao término da inalação:

1. Higienizar as mãos;
2. Calçar as luvas de procedimento;
3. Fechar o fluxômetro e retirar o inalador da face do paciente;
4. Colocar o inalador na bandeja (o fluxômetro e o tubo extensor poderão permanecer instalados para a próxima inalação);
5. Oferecer lenços de papel para que o paciente seque a face e o nariz, ou realize higiene;
6. Retirar as luvas de procedimento e colocá-las na bandeja;
7. Higienizar as mãos;
8. Checar o horário da administração do medicamento na respectiva prescrição médica;
9. Encaminhar o material utilizado e os resíduos para o expurgo;
10. Calçar as luvas de procedimento;
11. Acondicionar o material utilizado em local adequado (até que seja encaminhado para desinfecção) e descarte os resíduos no lixo infectante;
12. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel-toalha e faça a desinfecção com álcool a 70%;
13. Retirar as luvas de procedimento e descartá-las no lixo infectante;

14. Higienizar as mãos;
15. fazer as anotações de enfermagem em impresso próprio, informando o horário, o medicamento, a dose, a via (inalatória) em que foi realizada a administração, o efeito da inalação e qualquer intercorrência. Assine e carimbe as anotações.

Intervenções de Enfermagem/Observações

- Em unidades de internação e unidades de terapia intensiva (UTI), o inalador ou nebulizador podem ser reutilizados, por até 24h;
- Em caso de reuso, o inalador deve ser protegido em embalagem plástica, identificado (com o nome completo do paciente, o leito e a data de instalação) e mantido junto ao leito. Realize sua limpeza com água e sabão e fricção com álcool a 70%, antes de cada uso;
- Após o primeiro uso, o inalador ou nebulizador não deve retornar ao posto de enfermagem. Neste caso, prepare o medicamento no posto de enfermagem, coloque-o em um copo descartável identificado e encaminhe ao quarto do paciente em uma bandeja, com a prescrição médica. Coloque o medicamento no inalador ou nebulizador que se encontra à beira do leito;
- Em caso de contaminação e/ou sujidade visível, o inalador ou nebulizador deve ser encaminhado para a desinfecção de alto nível;
- Faça a assepsia de ampolas com álcool a 70%;
- Retire a etiqueta e o cadarço do inalador ou nebulizador antes de encaminhá-lo à central de desinfecção e esterilização.

REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S; FAKIH, F. T; CANTERAS, L. M. S; TERERAN, N. P; CARNEIRO, I. A. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2017. p. 424.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de procedimentos operacionais padrão (pop's): serviço de enfermagem**. Teresina: IFPI, 2020.

CAPÍTULO 53

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA RETAL

Ana Beatriz da Silva
Mariana Mayara Medeiros Lopes
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento padrão para realizar administração de medicamentos via retal, por meio de uma técnica asséptica.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Finalidades

Garantir a administração do medicamento por via retal de forma segura e eficaz a fim de produzir efeitos locais e sistêmicos após a absorção.

Indicações

Aos pacientes com prescrição médica de medicamentos por via retal, para o auxílio no tratamento utilizando a via retal para a absorção local do medicamento ou para provocar a evacuação do conteúdo intestinal.

Contraindicações/Restrições

Casos suspeitos de reações de hipersensibilidade a algum componente do medicamento e pacientes com inflamação local, pós-cirurgia recente de reto, cólon ou próstata.

Materiais

EPIs (luvas de procedimento, óculos de proteção, máscara e avental descartável); Prescrição médica; Bandeja; Medicamento prescrito (supositório, creme,

pomada ou solução); Luvas de procedimento; Gases não estéril; Compressas; Aplicador retal (para cremes e pomadas); Supositório; Biombo; Fita adesiva; Bacia com água morna, sabonete e toalha (se for realizar a higiene íntima do paciente); Equipo de soro macrogotas (se for administrar soluções); Sonda retal com numeração adequada para adultos e crianças s/n; Xylocaína geleia 2%. Nos casos de administração de soluções (Enema), acrescentar: Frasco da solução prescrita; Forro impermeável; lençol ou toalha de banho; Papel higiênico; Comadre.

Descrição dos Procedimentos

1. Higienizar as mãos
2. Verificar a prescrição;
3. Conferir o nome do paciente, comparando a prescrição médica e a etiqueta de identificação do paciente;
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento;
5. Certifica-se do histórico de alergias a medicamentos;
6. Preparar o medicamento para o paciente;
7. Conferir o nome do paciente data de validade, posologia, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;
8. Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o medicamento;
9. Somente abrir o medicamento diante do paciente;
10. Fechar a porta do quarto e isole o ambiente com o biombo, de modo a preservar a intimidade do paciente;
11. Orientar o paciente a tirar a roupa íntima;
12. Higienizar as mãos;
13. Calçar as luvas de procedimento;
14. Na aplicação de supositórios:
 - a. Solicitar ao paciente que faça a higiene da região anal, ou realize-a quando ele estiver impossibilitado;

- b. Colocar o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo) ou na posição genupeitoral e cubra-o com um lençol;
- c. Solicitar ao paciente que respire lenta e profundamente e que relaxe o esfíncter anal durante a aplicação do medicamento;
- d. Afastar as nádegas com uma das mãos e, com a outra mão, introduza a extremidade afilada do supositório no ânus do paciente. Use o dedo indicador para direcionar o supositório até que ele ultrapasse o esfíncter anal interno;
- e. Orientar o paciente a permanecer deitado e aguardar por, no mínimo, 5 min, para que ocorra o efeito do medicamento antes de eliminar o conteúdo intestinal;
- f. Ajudar o paciente a ir ao banheiro ou posicione a comadre;
- g. Observar o efeito do procedimento após a eliminação intestinal.

15. Na aplicação de cremes e pomadas:

- a. Solicitar ao paciente que faça o esvaziamento intestinal e que realize a higiene da região anal, ou realize-a quando ele estiver impossibilitado;
- b. Preencher o aplicador retal com a quantidade prescrita do medicamento;
- c. Colocar o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo) ou na posição genupeitoral e cubra-o com um lençol;
- d. Solicitar ao paciente que respire lenta e profundamente e que relaxe o esfíncter anal durante a aplicação do medicamento;
- e. Lubrificar a ponta do aplicador retal com gel hidrossolúvel ou vaselina líquida;
- f. Afastar as nádegas com uma das mãos e, com a outra, introduza o aplicador no ânus do paciente, até que ele ultrapasse o esfíncter anal interno;
- g. Orientar o paciente a permanecer deitado e a aguardar por, no mínimo, 5 min para que ocorra o efeito do medicamento; oriente-o a evitar

evacuar na sequência

- h. Mantenha os tubos e as bisnagas de cremes ou pomadas utilizadas, que serão reutilizados, identificados e guardados na gaveta do paciente.

16. Na aplicação de enema:

- a. Colocar o avental, os óculos de proteção e a máscara;
- b. Solicitar ao paciente que faça a higiene da região anal, ou realize-a quando ele estiver impossibilitado;
- c. Colocar o forro impermeável e a toalha sob o paciente;
- d. Colocar o paciente em posição de Sims ou na posição genupeitoral;
- e. Solicitar ao paciente que respire lenta e profundamente e que relaxe o esfíncter anal durante a aplicação do medicamento;
- f. Lubrificar o bico do frasco do enema com gel hidrossolúvel ou vaselina líquida;
- g. Afastar as nádegas com uma das mãos e, com a outra, introduza o bico do frasco do clister;
- h. Apertar o frasco até esvaziá-lo completamente;
- i. Retirar o frasco e solicite ao paciente que tente reter a solução por 5 a 15 min;
- j. Encaminhar o paciente ao banheiro (ou ofereça-lhe a comadre), para eliminação intestinal;
- k. Observar o efeito do procedimento após a eliminação intestinal;
- l. Deixar o paciente confortável, de acordo com sua necessidade;
- m. Recolher o material e coloque-o na bandeja;
- n. Retirar as luvas de procedimento e coloque-as na bandeja;
- o. Higienizar as mãos;
- p. Checar o horário da administração do medicamento na respectiva prescrição médica;

- q. Encaminhar os resíduos para o expurgo
- r. Descartar os resíduos no lixo infectante;
- s. Lavar a bandeja com água e sabão, seque-a com papel-toalha e faça a desinfecção com álcool a 70%;
- t. Higienizar as mãos;
- u. Fazer as anotações de enfermagem em impresso próprio, informando o horário, o medicamento, a dose, a via (retal), o efeito e qualquer intercorrência. Assine e carimbe as anotações.

Intervenções de Enfermagem/Observações

- Verifique as características das eliminações (presença de sangue, muco e secreções) e das fezes (cor, consistência, odor e quantidade);
- Quando houver resistência à passagem pelo esfíncter anal interno ou o paciente sentir dor no local, interrompa o procedimento e avise ao médico;
- A introdução de pequena quantidade de líquidos chama-se clister (até 150 mL). Acima dessa quantidade, é chamada enteroclistma ou lavagem intestinal;
- O aplicador retal é de uso individual e descartável. Eventualmente, pode ser lavado com água quente e sabão líquido após o uso. Dessa forma, deve ser mantido em um invólucro de proteção, identificado com o nome completo e o leito do paciente e guardado na gaveta junto ao leito;
- Quando possível, o paciente poderá fazer a autoaplicação de supositórios, cremes ou pomadas, desde que bem orientado pelo enfermeiro. Nesse caso, anote que a aplicação foi realizada pelo próprio paciente;
- Evitar cortar o supositório. Se for necessário cortá-lo para obter a dose prescrita deve ser feito no sentido longitudinal. Em pediatria, introduzir delicadamente o ápice do supositório (extremidade pontiaguda) ultrapassando o esfíncter interno do ânus. Em lactente ou criança pequena, o supositório é introduzido com o dedo mínimo. Pode-se usar o dedo indicador em crianças maiores.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. **POP: Práticas seguras na prescrição, dispensação e administração de medicamentos**. 2. ed. Campina Grande: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020. p. 87.

CARMAGNANI, M. I. S; FAKIH, F. T; CANTERAS, L. M. S; TERERAN, N. P; CARNEIRO, I. A. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara, 2017. p. 424.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. **Manual de procedimentos operacionais padrão – pops**. Ribeirão Preto: Prefeitura municipal de Ribeirão Preto, 2022.

CAPÍTULO 54

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA VAGINAL

Ana Beatriz da Silva
Mariana Mayara Medeiros Lopes
Francisco Rafael Ribeiro Soares

Definição

Procedimento padrão para realizar administração de medicamentos via vaginal, por meio de uma técnica asséptica.

Responsável pela prescrição

Médico.

Responsáveis pela execução

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Finalidades

Garantir a administração de medicamentos por via vaginal, de forma segura e eficaz, a fim de produzir efeitos terapêuticos sistêmicos e locais.

Indicações

Aos pacientes com prescrição médica de medicamentos por via vaginal, no tratamento de doenças ginecológicas utilizando a mucosa vaginal para a absorção local do medicamento.

Contraindicações/Restrições

Casos suspeitos de reações de hipersensibilidade a algum componente do medicamento.

Materiais

EPIs (luvas de procedimento, óculos de proteção, máscara e avental descartável); prescrição médica; medicamento; bandeja; comadre; álcool 70%; fita adesiva; material para higiene íntima; aplicador vaginal; gel anestésico; biombo.

Descrição dos Procedimentos

1. Higienizar as mãos
2. Verificar a prescrição;
3. Conferir o nome do paciente, comparando a prescrição médica e a etiqueta de identificação do paciente. Conferir os nove certos na administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação certa, forma certa e resposta certa;
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento;
5. Certificar-se do histórico de alergias a medicamentos;
6. Preparar o medicamento para o paciente;
7. Conferir o nome do paciente data de validade, posologia, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;
8. Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o medicamento;
9. Somente abrir o medicamento diante do paciente;
10. Colocar o paciente na posição mais adequada;
11. Fechar a porta do quarto e isole o ambiente com o biombo;
12. Solicitar à paciente que esvazie a bexiga e que faça higiene íntima, ou realize-a, quando ela estiver impossibilitada;
13. Orientar a paciente a tirar a roupa íntima;
14. Colocá-la em posição ginecológica, eleve os quadris com um coxim e cubra-a com um lençol;
15. Higienizar as mãos;
16. Calçar as luvas de procedimento;
17. No caso de aplicação de creme, preencher o aplicador vaginal com a quantidade prescrita do medicamento;
18. Separar os grandes lábios com uma das mãos, de modo a visualizar o canal vaginal;

19. Com a outra mão, introduzir o aplicador, ou outra forma de apresentação do medicamento (óvulo ou supositório), na vagina da paciente. Empurrar completamente o êmbolo do aplicador;
20. Retirar o aplicador e libere os grandes lábios;
21. Solicitar à paciente que permaneça deitada por 15 min;
22. Fornecer ou colocar um absorvente higiênico e auxilie a paciente a se vestir;
23. Recolher o material e colocá-lo na bandeja;
24. Retirar as luvas de procedimento e colocá-las na bandeja;
25. Higienizar as mãos;
26. Checar o horário da administração do medicamento na respectiva prescrição médica;
27. Encaminhar os resíduos para o expurgo;
28. Descartar os resíduos no lixo infectante;
29. Lavar a bandeja com água e sabão, secá-la com papel-toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%;
30. Higienizar as mãos;
31. Fazer as anotações de enfermagem em impresso próprio, informando o horário, o medicamento, a dose, a via (vaginal) e qualquer intercorrência. Assinar e carimbar as anotações.

Intervenções de Enfermagem/Observações

- O aplicador vaginal é de uso individual e descartável. Eventualmente, pode ser lavado com água quente e sabão líquido após o uso. Dessa forma, deve ser mantido em um invólucro de proteção, identificado com o nome completo e o leito da paciente e guardado na gaveta junto ao leito;
- Quando possível, a paciente poderá fazer a autoaplicação, desde que bem orientada pela enfermagem. Nesse caso, anote que a aplicação foi realizada pela própria paciente;
- Esclarecer dúvidas sobre a administração de medicamentos com o enfermeiro, prescritor ou farmacêutico previamente à execução da mesma.

REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S; FAKIH, F. T; CANTERAS, L. M. S; TERERAN, N. P; CARNEIRO, I. A. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2017. p. 424.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de procedimentos operacionais padrão (pop's): serviço de enfermagem**. Teresina: IFPI, 2020.

MINI CURRÍCULO DOS AUTORES

Alcivan Nunes Vieira

Enfermeiro, Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, docente do curso de enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Alex Riquelme de Almeida Barreto

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Amanda Kelly Jales Ezequiel

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Ana Beatriz da Silva

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Ana Carolina de Lima Sales

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Anabel Zuleide Marcelino Pereira

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Carlos Wanderson Gomes de Oliveira

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Felipe Gabriel Frutuoso Sousa

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Francisco Rafael Ribeiro Soares

Enfermeiro, Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Friedrich Nietzsche Xavier Cisota

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Hemily Evellyn Simão Dantas

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Hércules Bruno Gomes Silva

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Isabelle Santos Nogueira

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Jorgivan Silva de Medeiros Filho

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Kalidia Felipe de Lima Costa

Enfermeira, Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Lara Lívia Vieira Viana

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Letícia Emilly da Silva Moraes

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Letícia Lamonyele de Souza Costa

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Lucas Gabriel Candido do Vale

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Luis Felipe Lopes Fernandes

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Maria Clara França Sabino

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Maria Eduarda Alves de Albuquerque

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Mariana Mayara Medeiros Lopes

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Mariani Iasmim Medeiros dos Santos

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Monique Dantas do Rosário

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Nicole Liv Ullman Freitas Rêgo

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Paloma Matos dos Santos

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Pedro Eduardo do Nascimento Fonseca

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Pedro Vinicius de Souza Almeida

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Rita de Cássia Alves Santana

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Thainá Thais Costa de Oliveira

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Vitória Maria de Medeiros Luz Cunha

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

Vitória Yasmin Lopes Soares

Discente do curso de enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEN/UERN.

MANUAL DE PROTOCOLOS OPERACIONAIS PADRÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO - MOSSORÓ / RN



Departamento de
Enfermagem

FAEN UERN