

***MANUAL DE PROCEDIMENTOS
OPERACIONAIS PADRÃO
(POP) DA PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA MARIA - RS***



***Enfermagem
Santa Maria/RS***

Santa Maria, RS, Maio de 2025.

Versão 1



Manual adaptado do POP de Ribeirão Preto/SP, atualizado em 12/05/2025.

Gestão 2025-2029

Prefeito

Rodrigo Decimo

Vice-Prefeita

Lúcia Madruga

Secretário de Saúde

Guilherme Ribas Smidt

Superintendente de Atenção Básica de Saúde

Marlon Lenon Marinho da Silva

Coordenação de Atenção Básica de Saúde

Tainah Oliveira Guerra

Superintendente de Atenção Especializada em Saúde

Juliana Medianeira Gonçalves Pruni

Enfermeiro RT-enfermagem Unidades Básicas de Saúde (APS)

Marlon Lenon Marinho da Silva - COREN-RS 439007

Enfermeira RT-enfermagem Serviços de atenção especializada

Juliana Medianeira Gonçalves Pruni - COREN-RS 438961

Comissão que adaptou o manual

Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE)

– Santa Maria -RS (PORTARIA Nº 001/GAB/SMS /2018)

Coordenadora:

Luciana Denize Molino da Rocha- COREN-RS - 231.249 - ENF

Integrantes:

Bruna Dedavid da Rocha – COREN-RS – 33713- ENF

Cáren Fabiana Alves – COREN-RS 176240 - ENF

Maria Evanir Vicente Ferreira - COREN-RS 94622 - ENF

Neusa Brittes Feliciano Canterle – COREN-RS 164971 - ENF

Tainah Oliveira Guerra – COREN-RS 372646 - ENF

Colaboradores na adaptação

Marlon Lenon Marinho da Silva - COREN-RS 439007 - ENF

Tainara Genro Vieira - COREN-RS 335101 - ENF

Aiodelle dos Santos Machado - COREN-RS 623646 - ENF

Daiany Saldanha da Silveira Donaduzzi - COREN-RS 87096 - ENF

Grupo de trabalho da Atenção Primária à Saúde (GT - APS) de Santa Maria - RS

RT Marlon Lenon Marinho da Silva
COREN-RS 439007 - ENF

RT Juliana Medianeira Gonçalves Pruni
COREN-RS 438961 - ENF



SUMÁRIO

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR GASTROSTOMIA E JEJUNOSTOMIA.....	6
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR SONDA NASOGÁSTRICA/NASOENTÉRICA.....	9
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS TÓPICOS.....	12
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA AURICULAR.....	14
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA (ID).....	16
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM).....	19
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR – TÉCNICA EM Z.....	27
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR.....	31
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL.....	33
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA.....	36
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBLINGUAL.....	40
AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	42
AFERIÇÃO DA SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO.....	44
AFERIÇÃO DE TEMPERATURA.....	46
AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL.....	49
AFERIÇÃO DO PULSO.....	54
ALINHAMENTO E ESTABILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL.....	57
ANTERIORIZAÇÃO DA MANDÍBULA - ABERTURA DAS VIAS AÉREAS.....	62
APLICAÇÃO DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW.....	64
ARMAZENAMENTO E INSPEÇÃO DE MATERIAIS ESTERILIZADOS.....	70
AVALIAÇÃO DA REATIVIDADE PUPILAR.....	72
AVALIAÇÃO DO ENCHIMENTO CAPILAR.....	74
CALÇAR E RETIRAR LUVAS ESTÉREIS.....	76
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO - FEMININO.....	80
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO - MASCULINO.....	83
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA - FEMININO.....	87
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA - MASCULINO.....	92
ORIENTAÇÕES PARA CATETERISMO INTERMITENTE LIMPO.....	97
COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO.....	100
COLETA DE ESCARRO PARA TESTE MOLECULAR RÁPIDO (TMR).....	107
COLETA DE TESTE DO PEZINHO (TRIAGEM BIOLÓGICA NEONATAL).....	109
CONFERÊNCIA DE CAIXA DE EMERGÊNCIA NA APS.....	112
CURATIVO.....	116
DESINFECÇÃO DO CONJUNTO DE NEBULIZADORES E MATERIAIS PLÁSTICOS/SILICONE/BORRACHA.....	119
ELEVAÇÃO DO MENTO - ABERTURA DAS VIAS AÉREAS.....	121
EXAME CLÍNICO DAS MAMAS.....	123
EXAME CLÍNICO DAS MAMAS GRAVÍDICAS E PUERPERAIS.....	127
EXAME FÍSICO DO ABDOME.....	131
EXAME DE AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA DO PÉ.....	135
EXAME FÍSICO DO TÓRAX: CORAÇÃO.....	140
EXAME FÍSICO OBSTÉTRICO.....	144
EXAME FÍSICO DO TÓRAX: PULMÃO.....	148



FRICÇÃO ANTISSEPTICA DAS MÃOS.....	153
HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS.....	155
INSTALAÇÃO DE CURATIVO DE TRÊS PONTOS.....	159
INSTALAÇÃO DE MÁSCARA DE OXIGENOTERAPIA COM RESERVATÓRIO.....	161
LIMPEZA DA AUTOCLAVE.....	163
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS CONES DE OTOSCÓPIO.....	165
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE MÁSCARAS DE OXIGENAÇÃO E RESPIRADORES (ambus).....	167
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE BACIAS E CUBAS.....	169
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES.....	171
DESINFECÇÃO DAS ALMOTOLIAS.....	173
MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL.....	175
MEDIDA DA ESTATURA.....	177
MEDIDA DO PERÍMETRO CEFÁLICO.....	181
MEDIDA DO PERÍMETRO TORÁCICO.....	183
MEDIDA DO PESO.....	185
TÉCNICAS PARA OFERECIMENTO DE COMPLEMENTO LÁCTEO AO RECÉM-NASCIDO.....	191
MISTURA DE INSULINA.....	196
MONITORIZAÇÃO DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO ATRAVÉS DE INDICADOR BIOLÓGICO... 198	
MONTAGEM DE CARGA NA AUTOCLAVE PARA ESTERILIZAÇÃO.....	202
ORIENTAÇÕES GERAIS PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	205
ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTO DE LÂMINA DE CITOLOGIA AO LABORATÓRIO.....	207
ORIENTAÇÕES PARA USUÁRIOS SOBRE APLICAÇÃO DE INSULINA UTILIZANDO CANETA.....	209
PREPARO DA SOLUÇÃO DE SURFIC 1%.....	214
PREPARO DE EMBALAGENS PARA ESTERILIZAÇÃO.....	217
PREPARO DE MEDICAMENTOS A PARTIR DE AMPOLAS, SOLUÇÃO E FRASCOS CONTENDO PÓ.....	220
PROVA DO LAÇO.....	224
PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA PARA MEDICAMENTOS E SOROTERAPIA.....	227
HIGIENIZAÇÃO DE ESPAÇADORES DE INALAÇÃO.....	230
RETIRADA DE PONTOS.....	233
SONDAGEM NASOENTERAL.....	235
SONDAGEM NASOGÁSTRICA.....	239
SOROTERAPIA.....	242
TÉCNICA DE ORDENHA MANUAL DAS MAMAS.....	245
TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL.....	249
TESTE DE SNELLEN.....	251
TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ.....	255
TESTE RÁPIDO QUALITATIVO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO DO VÍRUS SARS-CoV-2 Ag).....	258
VENTILAÇÃO COM BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA-RESERVATÓRIO (Ambu®).....	261
VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR.....	264
RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NA APS - RCP.....	267



ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR GASTROSTOMIA E JEJUNOSTOMIA

1. OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente pela via gástrica e entérica a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias, em usuários impossibilitados de deglutir.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Prescrição médica ou de enfermagem

3.2 Bandeja

3.3 Medicamento

3.4 Recipiente descartável

3.5 2 seringas 20mL

3.6 Luvas de procedimentos

3.7 Água destilada

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Verificar a prescrição médica;

4.3 Explicar o procedimento ao usuário;

4.4 Avaliar o histórico de alergias a medicamentos;

4.5 Preparar os medicamentos;

4.6 Conferir o nome do usuário, nome da medicação, prazo de validade, posologia, forma farmacêutica, via de administração, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;



- 4.7 É recomendado abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador;
- 4.8 Retirar cada medicamento(s) da embalagem para preparar em um copo descartável; no caso de múltiplos medicamentos, triturá-los e diluí-los separadamente em água destilada devido ao risco de incompatibilidade físico-química;
- 4.9 Dissolver o medicamento em água destilada, se necessário recomenda-se o uso de macerador de vidro ou cerâmica;
- 4.10 Aspirar o medicamento em seringa;
- 4.11 Calçar luvas de procedimentos;
- 4.12 Verificar o posicionamento da Sonda Mickey ou Tubo de gastrostomia/jejunostomia;
- 4.13 Se estiver em infusão de dieta interromper a dieta;
- 4.14 Lavar a sonda/tubo com 15 a 30mL de água destilada;
- 4.15 Conectar a seringa na ponta da sonda/tubo certificando que está realmente no local adequado;
- 4.16 Administrar o medicamento lentamente;
- 4.17 Administrar 15 a 30mL de água para lavar a sonda/tubo após a administração do medicamento;
- 4.18 No caso de múltiplos medicamentos, entre um medicamento e outro deverá ser lavado com 5 a 15mL de água;
- 4.19 Medicamentos líquidos mantidos em geladeira, verificar a data de abertura do frasco;
- 4.20 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.21 Checar o medicamento na prescrição médica e registrar o procedimento realizado no prontuário eletrônico, incluindo medicação administrada e volume de água.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimento: considerações sobre seu uso. BIT - Boletim Informativo de Tecnovigilância, Brasília, DF, n. 2, abr./maio/jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 400/2009, de 16 de novembro de 2009. Estabelece diretrizes nacionais para atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:



<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html>. Acesso em: 16 mai. 2023.

COFEN. Resolução nº 453/2014, de 16 de janeiro de 2014. Aprova a norma técnica que dispõe sobre a atuação da equipe de enfermagem em terapia nutricional. Disponível em: <<http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=264977>>. Acesso em: 16 mai. 2023.

COFEN. Parecer nº 06/2013/COFEN/CTAS, de 05 de novembro de 2013. Troca de sonda de gastrostomia, jejunostomia. Disponível em: <[parecer-ctas-06_2013.pdf \(cofen.gov.br\)](#)>. Acesso em: 16 mai. 2023.

COREN-SP. Parecer COREN-SP CAT nº 014/2010, de 18 de fevereiro de 2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_14.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2023.

HOEFLER, R.; VIDAL, J. S. Administração de medicamentos por sonda. Farmacoterapêutica, Brasília, ano 14, n. 3-4, p. 1-4, mai./ago. 2009. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/122/063a068_farmacoterapeutica.pdf>. Acesso em: 16 mai 2023.

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

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. 538p.



ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR SONDA NASOGÁSTRICA/NASOENTÉRICA

1. OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente pela via gástrica e entérica a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias, em usuários impossibilitados de deglutir.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Prescrição médica ou de enfermagem

3.2 Bandeja

3.3 Medicamento

3.4 Recipiente descartável

3.5 2 seringas 20mL

3.6 Luvas de procedimentos

3.7 Estetoscópio

3.8 Água destilada

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Verificar a prescrição médica;

4.3 Explicar o procedimento ao usuário;

4.4 Avaliar o histórico de alergias a medicamentos;

4.5 Preparar os medicamentos;



- 4.6 Conferir o nome do usuário, nome da medicação, prazo de validade, posologia, forma farmacêutica, via de administração, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;
- 4.7 É recomendado abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador;
- 4.8 Retirar cada medicamento(s) da embalagem para preparar em um copo descartável; no caso de múltiplos medicamentos, triturá-los e diluí-los separadamente em água destilada devido ao risco de incompatibilidade físico-química;
- 4.9 Dissolver o medicamento em água destilada, se necessário recomenda-se o uso de macerador de vidro ou cerâmica;
- 4.10 Aspirar o medicamento em seringa;
- 4.11 Calçar luvas de procedimentos;
- 4.12 Verificar o posicionamento da SNG ou SNE conforme procedimento operacional padrão;
- 4.13 Se estiver em infusão de dieta interromper a dieta;
- 4.14 Lavar a sonda com 15 a 30 mL de água;
- 4.15 Conectar a seringa na ponta da sonda certificando que está realmente no local adequado;
- 4.16 Administrar o medicamento lentamente;
- 4.17 Administrar água 15 a 30mL para lavar a sonda após a administração do medicamento;
- 4.18 No caso de múltiplos medicamentos, entre um medicamento e outro deverá ser lavado com 5 a 15 mL de água;
- 4.19 Medicamentos líquidos mantidos em geladeira, verificar a data de abertura do frasco.
- 4.20 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.21 Checar o medicamento na prescrição médica e registrar o procedimento realizado no prontuário eletrônico, incluindo testes de verificação de posicionamento da sonda, medicação administrada e volume de água.

5. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos: considerações sobre seu uso. BIT - Boletim Informativo de Tecnovigilância, Brasília, DF, n. 2, abr./maio/jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 400, de 16 de novembro de 2009. Estabelece diretrizes nacionais para atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do Sistema



Único de Saúde-SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html> Acesso em: 20 fev. 2018.

Respaldo legal e competência do Enfermeiro. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Parecer%20045-2012.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

HOEFLER, R.; VIDAL, J. S.. Administração de medicamento por sonda. Farmacoterapêutica, Brasília, ano 14, n. 3-4, p. 1-4, mai./ago. 2009. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/122/063a068_farmacoterapeutica.pdf>.

Acesso em: 15 mai 2019.

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



ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS TÓPICOS

1. OBJETIVO

Administrar medicamentos de ação local ou sistêmica absorvíveis pela pele.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Bandeja

3.2 Medicamento (pós, cremes, óleos, loções, adesivos transdérmicos)

3.3 Luvas de procedimento ou luvas estéreis

3.4 Prescrição médico ou de enfermagem

3.5 Espátula descartável

3.6 Gaze e/ou chumaço

3.7 Atadura

3.8 Micropore, esparadrapo ou fita crepe

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Verificar a prescrição;

4.3 Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento;

4.4 Avaliar o histórico de alergias a medicamentos;

4.5 Preparar o medicamento para um usuário de cada vez;

4.6 Conferir o nome do usuário, nome da medicação, prazo de validade, posologia, forma farmacêutica, via de administração, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;

4.7 Somente abrir o medicamento diante do usuário;

4.8 Calçar luvas de procedimento ou luvas estéreis (avaliar o local de aplicação);



- 4.9 Verificar se o local de aplicação está limpo e proceder limpeza com Solução Fisiológica 0,9% ou água e sabão (se necessário);
- 4.10 Proceder a aplicação de uma fina camada do medicamento no local prescrito de maneira asséptica, espalhando-o uniformemente com auxílio de uma espátula, aplicador e/ou gaze;
- 4.11 Quando se tratar de adesivos, proceder a aplicação conforme a orientação do fabricante;
- 4.12 Retirar as luvas;
- 4.13 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.14 Checar o medicamento na prescrição médica ou de enfermagem e registrar o procedimento no prontuário eletrônico, descrevendo o local da aplicação e mediação administrada.

5. OBSERVAÇÃO

- Avaliar a necessidade de oclusão local, com gaze, chumaço e/ou atadura e micropore/esparadrapo ou fita crepe, 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.

REFERÊNCIA

TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.



ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA AURICULAR

1. OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Bandeja

3.2 Medicamento

3.3 Luvas de procedimento

3.4 Gaze estéril

3.5 Solução Fisiológica 0,9% 10 mL

3.6 Algodão

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Verificar a prescrição;

4.3 Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento;

4.4 Avaliar o histórico de alergias a medicamentos;

4.5 Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez;

4.6 Conferir o nome do usuário, nome da medicação, prazo de validade, posologia, forma farmacêutica, via de administração, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;

4.7 Abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador, se possível;

4.8 Colocar luvas de procedimento (se houver secreção), e limpar a orelha externa com gaze embebida com Solução Fisiológica 0,9%;



- 4.9 Colocar o usuário deitado sobre o lado não afetado ou sentado com a cabeça bem inclinada para o lado, para que a orelha afetada fique em posição superior;
- 4.10 Deixar reto o canal auditivo, puxando a porção cartilaginosa do pavilhão auditivo para cima e para trás, no adulto, e para trás no caso de crianças em idade escolar. Puxar para baixo e para trás no caso de bebês e crianças menores de 3 anos;
- 4.11 Instilar o medicamento sobre a lateral do canal auditivo, sem contaminar o conteúdo das gotas/frasco (fica desconfortável para o usuário se o medicamento cair diretamente na membrana timpânica). Aguardar de dois a três minutos na posição para após realizar o procedimento na outra orelha, se prescrito;
- 4.12 Com delicadeza, pressionar o trago (pequena saliência na entrada do ouvido externo), algumas vezes para ajudar a movimentação do medicamento;
- 4.13 Se prescrito, inserir um chumaço de algodão na região mais externa do canal, sem comprimir, deixar por 15 minutos e após retirá-lo;
- 4.14 Retirar as luvas;
- 4.15 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.16 Checar o medicamento na prescrição médica e registrar o procedimento no prontuário eletrônico, descrevendo o local da aplicação e medicação administrada.

5 REFERÊNCIAS

- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.



ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA (ID)

1. OBJETIVO

Geralmente é utilizada para realizar teste de hipersensibilidade, PPD (Derivado Proteico Purificado), processo de dessensibilidade, imunização BCG e para administração de anestésicos locais.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Prescrição médica

3.2 Bandeja

3.3 Medicamento

3.4 Recipiente de material perfurocortante

3.5 Seringa 1mL

3.6 Agulha 13x0,45mm

3.7 Algodão

3.8 Álcool a 70%

3.9 Luvas de procedimento

3.10 Óculos de proteção

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Verificar a prescrição;

4.3 Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento;

4.4 Avaliar o histórico de alergias a medicamentos;

4.5 Preparar o medicamento para um usuário de cada vez;



- 4.6 Conferir o nome do usuário, nome da medicação, prazo de validade, posologia, forma farmacêutica, via de administração, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;
- 4.7 Somente abrir o medicamento diante do usuário;
- 4.8 Escolher o local de aplicação conforme medicação a ser administrada;
- 4.9 Calçar as luvas de procedimento e colocar óculos de proteção;
- 4.10 Realizar antisepsia no local da administração utilizando algodão embebido em álcool 70%, com movimento circular, firme e único, de dentro pra fora. Após, deixar secar completamente (30 segundos);
- 4.11 Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios de assepsia;
- 4.12 Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola conforme procedimento operacional;
- 4.13 Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto;
- 4.14 Usar a mão não dominante para esticar as dobras da pele no local da administração;
- 4.15 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;
- 4.16 Em seguida avance o bisel da agulha através da epiderme aproximadamente 3mm abaixo da superfície da pele. A extremidade da agulha poderá ser vista embaixo da pele;
- 4.17 Injetar o líquido lentamente, ao mesmo tempo em que observa o surgimento de uma pápula pálida de aproximadamente 6mm. Normalmente a resistência é sentida. Quando não, a agulha está muito profunda; remova e recomece o procedimento;
- 4.18 Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção e não fazer compressão no local. Caso seja necessário enxugar alguma gota de solução do local, utilizar algodão seco;
- 4.19 Descartar os perfuro cortantes em recipiente apropriado e os demais materiais em local adequado;
- 4.20 Retirar as luvas e desprezar em local adequado;
- 4.21 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.22 Checar o medicamento na prescrição médica ou de enfermagem e registrar o procedimento no prontuário eletrônico, descrevendo o local da aplicação e medicação administrada.



5. OBSERVAÇÕES

- A via ID suporta um volume máximo de 0,5mL.
- Não administrar se a pele do usuário 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.
- Para administração de imunobiológicos seguir orientações do protocolo do Programa de Imunização.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2017. (Série segurança do usuário e qualidade em serviços de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Anexo 3: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

COREN-SP. Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: Conselho Regional de São Paulo, 2017.

ELLIOTT, M.; LIU, Y. The nine rights of medication administration: an overview. *British Journal of Nursing*, London, v. 19, n. 5, p. 300-305, 2010.

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

TAYLOR, C. et al. *Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.



ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)

1. OBJETIVO

Administrar medicamentos por via intramuscular.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Prescrição médica ou de enfermagem

3.2 Álcool a 70%

3.3 Bandeja

3.4 Medicamento

3.5 Curativo s/n

3.6 Recipiente para descarte de material perfurocortante

3.7 Algodão

3.8 Seringa de 3 ou 5mL

3.9 Agulha para aspiração (30x0,8 / 25x0,8mm)

3.10 Agulha para aplicação (30x0,8 / 30x0,7 / 25x0,7 / 25x0,6 / 20x0,55mm)

3.11 Luvas de procedimento

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Verificar a prescrição;

4.3 Avaliar o histórico de alergias a medicamentos;

4.4 Preparar o medicamento para um usuário de cada vez;

4.5 Conferir o nome do usuário, nome da medicação, prazo de validade, posologia, forma farmacêutica, via de administração, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;



- 4.6 Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios de assepsia;
- 4.7 Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola conforme procedimento operacional;
- 4.8 Trocar a agulha por uma compatível com o medicamento e as condições da musculatura do usuário;
- 4.9 Organizar o material na bandeja e transportá-lo até o usuário;
- 4.10 Explicar o procedimento ao usuário. Nesse momento, quando possível, comunicar ao usuário qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação;
- 4.11 Garantir a privacidade do usuário fechando cortinas, biombo, portas etc.
- 4.12 Escolher o local de aplicação conforme volume a ser administrado;
- 4.13 Inspecionar o local da pele avaliando existência de equimose, inflamação, edema entre outros;
- 4.14 Observar a integridade e o tamanho do músculo;
- 4.15 Posicionar o usuário dependendo do local de administração escolhido;
- 4.16 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.17 Delimitar a área intramuscular de escolha.

Região Ventroglútea:

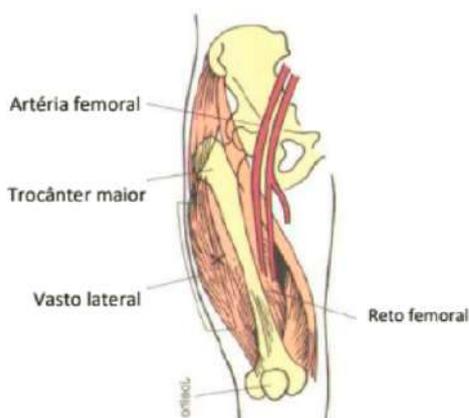
Posicionar o dedo médio da mão contrária ao lado selecionado (mão direita em região ventroglútea esquerda e mão esquerda em região ventroglútea direita) sobre a crista ilíaca, deixar a palma da mão cair naturalmente sobre o trocânter maior do fêmur, afastar o dedo indicador apontando-o para a espinha ilíaca anterossuperior e fazer a aplicação no centro do triângulo formado pelos dedos médio e indicador, com a agulha ligeiramente voltada à crista ilíaca em um ângulo aproximado de 72° (volume máximo 4mL).



Fonte: Potter et al. (2018)

Região da face anterolateral da coxa (músculo vasto lateral):

Traçar uma linha média na parte anterior e uma linha média na parte lateral da coxa, dividir o espaço entre o trocânter e o joelho em três partes iguais e fazer a aplicação no terço médio, introduzindo a agulha na direção podálica num ângulo aproximado de 60° (volume máximo 4 mL). Em RN (até 28 dias), lactente (de 28 dias até 24 meses) e crianças (de 24 meses a 10 anos), introduzir a agulha com ângulo de 45° a 60° e em adolescentes (11 a 17 anos), ângulo de 60° a 90°.



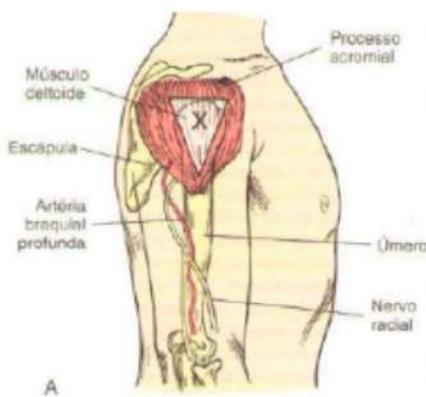
Fonte: Potter et al. (2018)

Região deltoidea (músculo deltóide):

Solicitar que o usuário relaxe o braço ao lado do corpo e flexione o cotovelo. Localizar o acrômio e traçar uma linha horizontal 3,5 a 5,0 cm abaixo do mesmo. Identificar a inserção



inferior do deltóide e, a partir daí, traçar duas linhas diagonais formando um triângulo imaginário com a linha horizontal. Fazer a aplicação na região central do triângulo, introduzindo a agulha num ângulo de 90° (volume máximo 1mL).



Fonte: Potter et al. (2018)

Região dorsoglútea:

Traçar uma linha imaginária da espinha íliaca pósterio-superior ao trocânter do fêmur e fazer a aplicação no ponto médio a 2,5 cm acima da linha imaginária, introduzindo a agulha com ângulo de 90° em relação à superfície em que o usuário estiver deitado (volume máximo 4mL).

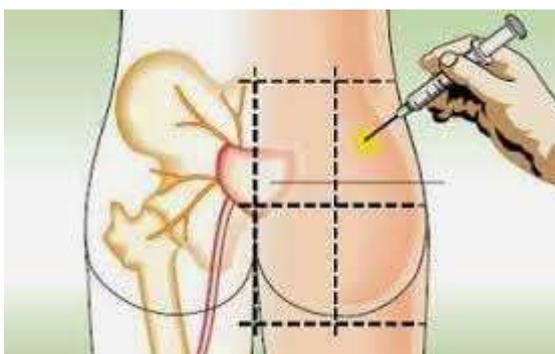


Imagem do Google (2023)

- 4.18 Realizar a antissepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, com movimento firme, único e centrífugo (circular do centro para fora) e deixar secar completamente;
- 4.19 Segurar o algodão seco entre o terceiro e quarto dedo da mão não dominante;
- 4.20 Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto;



- 4.21 Segurar a seringa, entre o polegar e o dedo indicador da mão dominante como um dardo.
- 4.22 Com a mão não dominante, estirar a pele e fixar o músculo;
- 4.23 Introduzir rapidamente a agulha em ângulo adequado para o músculo selecionado;
- 4.24 Com a mão não dominante, aspirar para verificar se a agulha está alcançando um vaso sanguíneo e em caso negativo, injetar lentamente o medicamento (1mL/10s). Caso retorne sangue, desprezar a seringa com o medicamento e recomeçar o procedimento;
- 4.25 Colocar o algodão seco na pele próximo da inserção da agulha.
- 4.26 Esperar de 3 a 5 segundos e então retirar a agulha no mesmo ângulo que foi inserida em movimento rápido, único e firme e solte a pele;
- 4.27 Aplicar algodão seco sobre a região e não massagear;
- 4.28 Não reencapar a agulha - utilizar dispositivos de segurança;
- 4.29 Descartar os perfuro cortantes em recipiente apropriado e os demais materiais em local adequado;
- 4.30 Avaliar necessidade de curativo;
- 4.31 Retirar as luvas e desprezar em local adequado;
- 4.32 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.33 Checar o medicamento na prescrição médica ou de enfermagem e registrar o procedimento no prontuário eletrônico, descrevendo o local da aplicação e mediação administrada.

5. OBSERVAÇÃO



Tabela 1: Volume para administração de acordo com músculo e idade

IDADE	DELTÓIDE	VENTROGLÚTEO	DORSOGLÚTEO	VASTO LATERAL
Prematuros	-	-	-	0,5mL
Recém-nascidos	-	-	-	0,5mL
Lactentes	-	-	-	1,0mL
Crianças de 3 a 6 anos	-	1,5mL	1,0mL	1,5mL
Crianças e Adolescentes de 6 a 14 anos	0,5mL	1,5 - 2,0mL	1,5 - 2,0mL	1,5mL
Adolescentes	1,0mL	2,0 – 2,5mL	2,0 – 2,5mL	1,5 - 2,0mL
Adultos	1,0mL	5,0mL	5,0mL	5,0mL

Fonte: Potter (2017)

Tabela 2: Calibre da agulha de acordo com local de aplicação e característica do usuário

Calibre da agulha	Local	Características do usuário
30 x 0,8mm	Ventroglúteo Dorsoglúteo	Usuários adultos Homens com peso entre 60 e 118Kg Mulheres entre 60 a 90Kg
30 x 0,7mm	Ventroglúteo Dorsoglúteo	Usuários adultos Homens com peso entre 60 e 118Kg Mulheres entre 60 a 90Kg
25 x 0,7mm	Deltóide	Usuários Adultos



	Vasto Lateral	Mulheres com peso superior a 90Kg
25 x 0,6mm	Vasto lateral da coxa	Crianças - avaliação clínica é imprescindível para tomada de decisão
20 x 0,55mm	Vasto lateral da coxa	Crianças - avaliação clínica é imprescindível para tomada de decisão

Fonte: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2010 a)

- Quando a massa muscular do usuário é pequena, segure o corpo do músculo entre o polegar e os demais dedos (prega muscular).
- Para administração de imunobiológicos seguir orientações do protocolo do Programa de Imunização.
- Atenção: para os usuários que possuem implantação de prótese de silicone em glúteos e coxas, utilizar preferencialmente região ventroglútea. Se houver dúvida, consulte o enfermeiro.

6 REFERÊNCIAS

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Guia de recomendações para registro de Enfermagem no prontuário do usuário ou outros documentos de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Administração de medicamentos por via intramuscular. São Paulo: COREN, 2010a.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP CAT no 014/2010, de 18 de fevereiro de 2010b. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_14.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP 010/2009 – CT, de 10 de setembro de 2009. Troca de agulha para administração de medicamento por via intramuscular. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/Parecer%2010.2009.pdf>>. Acesso em: 15 mai 2019.

FURLAN, M. L. S. et al. Manual de procedimentos técnicos de Enfermagem. Ribeirão Preto: Centro Universitário Barão de Mauá, 2017.

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

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Recomendações para uso de luvas em serviços de saúde. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2016.



ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR – TÉCNICA EM Z

1. OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos pela via intramuscular, por meio da técnica em Z, com a finalidade de reduzir a dor e minimizar a irritação cutânea local pela vedação do medicamento no tecido muscular.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Prescrição médica ou de enfermagem;

3.2 Bandeja;

3.3 Medicamento;

3.4 Recipiente para descarte de material perfurocortante;

3.5 Seringa;

3.6 Agulha para aspiração (30x0,8 / 25x0,8mm);

3.7 Agulha para aplicação (30x0,8 / 30x0,7 / 25x0,7 / 25x0,6 / 20x0,55mm);

3.8 Algodão;

3.9 Álcool a 70%;

3.10 Luvas de procedimento;

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Verificar a prescrição;

4.3 Avaliar o histórico de alergias a medicamentos;

4.4 Preparar o medicamento para um usuário de cada vez;



- 4.5 Conferir o nome do usuário, nome da medicação, prazo de validade, posologia, forma farmacêutica, via de administração, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;
- 4.6 Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios de assepsia;
- 4.7 Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola conforme procedimento operacional;
- 4.8 Trocar a agulha por uma compatível com o medicamento e as condições da musculatura do usuário;
- 4.9 Organizar o material na bandeja e transportá-lo até o usuário;
- 4.10 Explicar o procedimento ao usuário. Nesse momento, quando possível, comunicar ao usuário qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação;
- 4.11 Garantir a privacidade do usuário fechando cortinas, biombo, portas etc.
- 4.12 Escolher o local de aplicação conforme volume a ser administrado;
- 4.13 Posicionar o usuário dependendo do local de administração escolhido;
- 4.14 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.15 Delimitar a área intramuscular de escolha.
- 4.16 Inspeccionar o local da pele avaliando existência de equimose, inflamação, edema entre outros;
- 4.17 Avaliar as condições do músculo para aplicação do medicamento e selecionar a região mais adequada, preferir um músculo grande e profundo (como o músculo ventroglúteo);
- 4.18 Orientar o usuário sobre a melhor posição para receber o medicamento e ajudá-lo a ocupar a posição adequada;
- 4.19 Para utilizar o método do trajeto em Z, coloque a mão não dominante sobre o local e tracione a pele e os tecidos subcutâneos suprajacentes por aproximadamente 2 a 3 cm lateralmente ou para baixo (Figuras 3A, 1B e 2B)

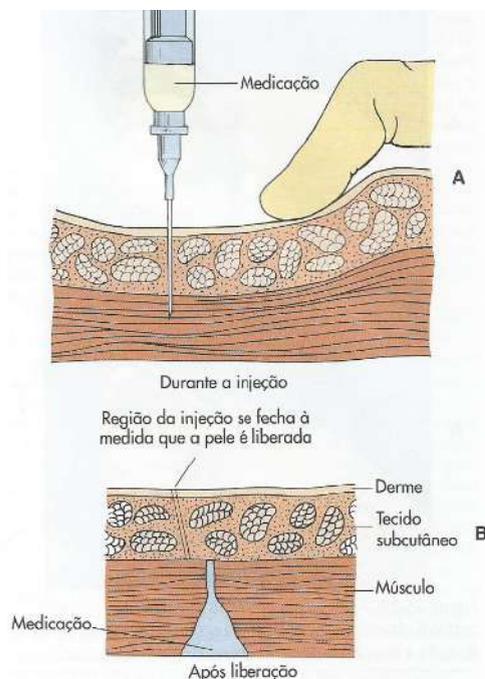
Figura 1 - Localização da região ventroglútea (1A / 2A / 3A).





Fonte: Potter et al. (2018)

Figura 2 - Localização da região dorsoglútea (1B / 2B)



Fonte: Potter et al. (2018).

- 4.20 Manter a pele nesta posição até administração total da medicação;
- 4.21 Realizar a antissepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, com movimento firme, único e centrífugo (circular do centro para fora) e deixar secar completamente;
- 4.22 Segurar o algodão seco entre o terceiro e quarto dedo da mão não dominante;
- 4.23 Retirar a capa protetora da agulha e segurar a seringa com a mão dominante, como se estivesse segurando um dardo;
- 4.24 Introduzir a agulha profundamente no músculo;
- 4.25 Aspirar para verificar se a agulha está alcançando um vaso sanguíneo e em caso negativo, injetar lentamente o medicamento (1mL/10s). Caso retorne sangue, desprezar a seringa com o medicamento e recomeçar o procedimento;
- 4.26 Esperar 3 a 5 segundos para a retirada da agulha, para possibilitar que o medicamento se disperse de modo uniforme em vez de percorrer o canal formado pelo trajeto da agulha;



- 4.27 Colocar o algodão seco sobre o local e exercer uma pressão leve, retirando a agulha no mesmo ângulo em que foi introduzida, em um movimento firme, único e rápido, sem massagear;
- 4.28 Soltar a pele ao retirar a agulha (isto deixa uma trajetória em zig-zag que veda o trajeto da agulha onde os planos teciduais deslizam um sobre o outro);
- 4.29 Descartar os perfuro cortantes em recipiente apropriado e os demais materiais em local adequado;
- 4.28 Retirar as luvas e desprezar em local adequado;
- 4.29 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.30 Checar o medicamento na prescrição médica ou de enfermagem e registrar o procedimento no prontuário eletrônico, descrevendo o local da aplicação e mediação administrada.

5 REFERÊNCIAS

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Administração de medicamentos por via intramuscular. São Paulo: COREN, 2010.
- HOPKINS, U.; ARIAS, C. Large volume IM injections: a review of best practices. *Oncology Nurse Advisor*, New York, jan./feb., p. 32-37, 2013.
- NICOLL, L. H.; HESBY, A. Intramuscular injection: an integrative research review and guideline for evidence-based practice. *Applied Nursing Research*, Philadelphia, v. 15, n. 3, p. 149-162, 2002.
- POTTER, P. A. et al. *Fundamentos de Enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.



ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR

1. OBJETIVO

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.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Prescrição médica;

3.2 Bandeja;

3.3 Medicamento;

3.4 Luva de procedimento

3.5 Gaze estéril

3.6 Solução Fisiológica 0,9% 10 mL

3.7 Lenços de papel

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Verificar a prescrição;

4.3 Avaliar o histórico de alergias a medicamentos;

4.4 Preparar o medicamento para um usuário de cada vez;

4.5 Conferir o nome do usuário, nome da medicação, prazo de validade, posologia, forma farmacêutica, via de administração, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;

4.6 Somente abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador;



- 4.7 Inclinare a cabeça do usuário um pouco para trás, se estiver sentado, ou colocar sua cabeça sobre um travesseiro, se estiver deitado;
- 4.8 Oferecer lenço de papel para o usuário retirar o medicamento e as lágrimas que possam sair dos olhos durante o procedimento;
- 4.9 Colocar luvas de procedimento, se necessário;
- 4.10 Limpar as pálpebras do usuário com gaze embebida em solução fisiológica 0,9%, em movimento único, da porção interna para o canto externo, evitando o transporte de resíduos para os dutos lacrimais;
- 4.11 Descartar a gaze e usar uma para cada limpeza;
- 4.12 Afastar a pálpebra inferior com o polegar, com o auxílio de uma gaze, apoiando a mão na face do usuário, solicitando ao usuário para olhar para cima;
- 4.13 Se medicamento em gotas, instilar o número de gotas no saco conjuntivo inferior, no canto externo; sem tocar o conta-gotas na conjuntiva;
- 4.14 Se o medicamento for apresentado na forma de pomada, depositá-la ao longo de toda a extensão do saco conjuntivo inferior, sem tocar o aplicador da pomada na conjuntiva;
- 4.15 Soltar a pálpebra inferior após a instilação/aplicação e solicitar que o usuário feche os olhos delicadamente;
- 4.16 Orientar o usuário a não esfregar o olho;
- 4.17 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.18 Checar o medicamento na prescrição médica e registrar o procedimento no prontuário eletrônico, descrevendo o local da aplicação e medicação administrada.

5. OBSERVAÇÃO

- A solução deve ser direcionada ao saco conjuntivo inferior porque a córnea é sensível e passível de lesão. Tal procedimento evita o reflexo de piscar.

6 REFERÊNCIAS

- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.



ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL

1. OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Prescrição médica;

3.2 Bandeja;

3.3 Medicamento;

3.4 Luva de procedimento

3.5 Gaze estéril

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Verificar a prescrição;

4.3 Avaliar o histórico de alergias a medicamentos;

4.4 Preparar o medicamento para um usuário de cada vez;

4.5 Conferir o nome do usuário, nome da medicação, prazo de validade, posologia, forma farmacêutica, via de administração, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;

4.6 Explicar o procedimento em relação ao posicionamento e às sensações a esperar, como a de defecação;

4.7 Garantir a privacidade do usuário fechando cortinas, biombo, portas etc.

4.8 Colocar luvas de procedimento;



- 4.9 Colocar o usuário na posição de Sims, conforme Figura 1, mantendo-o coberto, apenas com a região anal exposta;
- 4.10 Solicitar ao usuário para realizar respirações lentas e profundas pela boca, e relaxar o esfíncter anal;
- 4.11 Afastar os glúteos com auxílio de uma gaze, com a mão não dominante;
- 4.12 Introduzir o supositório ou medicamento, gentilmente pelo ânus até o esfíncter interno e contra a parede do reto, 10 cm no adulto e 5 cm na criança e bebê, solicitando ao usuário que não tente fazer força de evacuar;
- 4.13 Aplicar uma pressão suave para segurar as nádegas e manter a medicação na posição;
- 4.14 Descartar os materiais em local adequado;
- 4.15 Retirar as luvas e desprezar em local adequado;
- 4.16 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.15 O usuário deverá permanecer na mesma posição por 5 minutos, para evitar a expulsão do supositório ou do medicamento;
- 4.17 Checar o medicamento na prescrição médica e registrar o procedimento no prontuário eletrônico, descrevendo o local da aplicação e mediação administrada.

5. OBSERVAÇÃO

Figura 1: Posição Sims:



Fonte: <http://enfctep.blogspot.com/2010/11/posicao-de-sims.html>

- O enfermeiro deverá avaliar o histórico do usuário em relação à hemorroidas, fissuras anais, cirurgia retal ou sangramentos.

6 REFERÊNCIAS



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

TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.



ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA

1. OBJETIVO

Administrar medicamentos pela via subcutânea.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Agulhas (13x0,45mm / 8x0,30mm)

3.2 Álcool a 70%

3.3 Bandeja

3.4 Medicamento

3.5 Seringa

3.6 Algodão

3.7 Luvas de procedimento

3.8 Prescrição médica

3.9 Recipiente para descarte de material perfurocortante.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Verificar a prescrição;

4.3 Avaliar o histórico de alergias a medicamentos;

4.4 Preparar o medicamento para um usuário de cada vez;

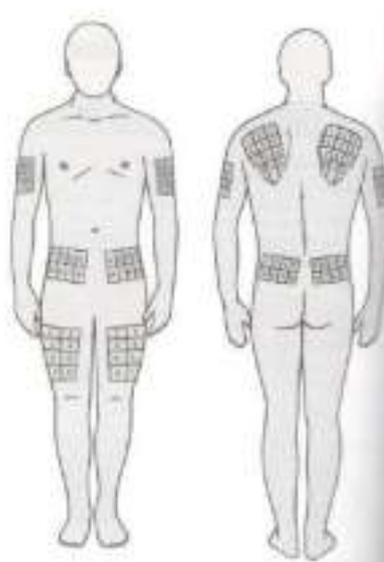
4.5 Conferir o nome do usuário, nome da medicação, prazo de validade, posologia, forma farmacêutica, via de administração, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;

4.6 Garantir a privacidade do usuário fechando cortinas, biombo, portas etc.

4.7 Escolher o local da aplicação conforme Figura 1;



4.8 Inspeccionar o local da pele avaliando existência de equimose, inflamação, edema entre outros;



Fonte: Potter et al. (2013)

- 4.9 Posicionar o usuário de acordo com a área selecionada para aplicação;
- 4.10 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.11 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;
- 4.12 Segurar o algodão seco entre o terceiro e quarto dedos da mão não dominante;
- 4.13 Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto;
- 4.14 Pinçar a pele com os dedos polegar e indicador da mão não dominante, mantendo até o fim da aplicação;
- 4.15 Segurar a seringa (como um dardo) entre o polegar e indicador da mão dominante;
- 4.16 Inserir a agulha no ângulo de 45 a 90°; para usuário obeso ângulo de 90°;
- 4.17 Injetar o medicamento de forma lenta (1mL/10s);
- 4.18 Soltar a pele e colocar algodão seco na pele próximo da inserção da agulha;
- 4.19 Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção, aplicando algodão seco;
- 4.20 Não reencapar a agulha; colocar a seringa na bandeja ou acionar dispositivos de segurança;
- 4.21 Colocar curativo, se necessário;



4.22 Descartar os perfurocortantes em recipiente apropriado e os demais materiais em local adequado;

4.23 Retirar as luvas e desprezar em local adequado;

4.24 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.25 Checar o medicamento na prescrição médica e registrar o procedimento no prontuário eletrônico, descrevendo o local da aplicação e mediação administrada.

5. OBSERVAÇÃO

- Volume máximo para essa via: 1,5mL;
- Evitar região peri umbilical;
- 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 de Enfermagem - Hipertensão e Diabetes, alternando os locais de aplicação;

Tabela 3: Recomendações sobre o uso apropriado de agulhas para aplicação de insulina por via subcutânea.

Agulha	Indicação	Prega subcutânea	Ângulo de inserção da agulha	Observação importante
4 mm	Todos os indivíduos	Dispensável, exceto para crianças com menos de 6 anos	90°	Realizar prega subcutânea em indivíduos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação
5 mm	Todos os indivíduos	Dispensável, exceto para crianças com menos de 6 anos	90°	Realizar prega subcutânea em indivíduos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação



6 mm	Todos os indivíduos	Indispensável	90° para adultos 45° para crianças e adolescentes	Estabelecer ângulo de 45° em adultos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação para evitar aplicação IM
8 mm	Não indicadas para crianças e adolescentes. Risco de aplicação IM.	Indispensável	90° para adultos 45° para crianças e adolescentes	Estabelecer ângulo de 45° em adultos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação para evitar aplicação IM
12 a 13 mm	Risco de aplicação IM em todos os indivíduos	Indispensável	45°	Alto risco de aplicação IM em todos os indivíduos

Fonte: Oliveira, Montenegro Junior e Venâncio (2017)

6 REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do usuário ou outros documentos de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP CAT no 014/2010, de 18 de fevereiro de 2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_14.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

OLIVEIRA, J. E. P.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M.; VENANCIO, S. (Org.). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad, 2017.

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

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Recomendações para uso de luvas em serviços de saúde. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2016.



ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBLINGUAL

1. OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Prescrição médica ou de enfermagem;

3.2 Bandeja;

3.3 Medicamento;

3.4 Recipiente descartável

3.5 Espátula de madeira

3.6 Luvas de Procedimento

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Verificar a prescrição;

4.3 Avaliar o histórico de alergias a medicamentos;

4.4 Preparar o medicamento para um usuário de cada vez;

4.5 Conferir o nome do usuário, nome da medicação, prazo de validade, posologia, forma farmacêutica, via de administração, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;

4.6 Somente abrir o medicamento diante o usuário ou acompanhante/cuidador.

4.7 Colocar o(s) medicamento(s) embalado(s) em um copo descartável.

4.8 Colocar o medicamento sob a língua do usuário (com a mão enluvada ou com a utilização de copo descartável). Se necessário, elevar a língua com auxílio da espátula.



4.9 Orientar o usuário para que aguarde a absorção sem conversar, e sem deglutir a saliva até dissolver o medicamento.

4.10 Descartar os materiais em local adequado;

4.11 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.12 Checar o medicamento na prescrição médica e registrar o procedimento no prontuário eletrônico, descrevendo a mediação administrada.

5. OBSERVAÇÃO

- Oferecer os medicamentos separadamente quando for mais de um.
- Quando for prescrita uma medicação oral e uma sublingual, primeiramente administrar a medicação oral.

6 REFERÊNCIA

TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.



AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

1. OBJETIVO

Realizar avaliação física do sistema respiratório, avaliando a frequência respiratória, ritmo e a qualidade do movimento respiratório, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Relógio com ponteiros de segundos

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Reunir o material;

4.3 Identificar o usuário;

4.4 Colocar o usuário sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável;

4.5 Promover privacidade do usuário;

4.6 Simular verificação do pulso radial do usuário, observando os movimentos respiratórios;

4.7 Contar o número de inspirações por 60 segundos

4.8 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.9 Comunicar a enfermeira e/ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: assimetria, bradipnéia, taquipnéia, apnéia, entre outras anormalidades relacionadas a frequência respiratória;

4.10 Valores de Referência da Frequência Respiratória



Faixa Etária	Limites Normais	Limite de Alerta
Recém-nascidos	35 a 55 rpm	60
Lactentes < 6 meses	30 a 50 rpm	50
Entre 6 meses e 2 anos	25 a 35 rpm	40
Pré-Escolares e escolares	20 a 30 rpm	35
Adolescentes	16 a 20 rpm	30
Adultos	12 a 20 rpm	25

Fonte: Oliveira (2016)

4.11 Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados sem arredondamentos, no prontuário eletrônico.

5 REFERÊNCIAS

OLIVEIRA, R. G. Blackbook Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook, 2016.

POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.



AFERIÇÃO DA SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO

1. OBJETIVO

Verificar a saturação parcial de oxigênio nos tecidos através de uma monitorização não invasiva, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Bandeja

3.2 Algodão

3.3 Oxímetro de pulso

3.4 Álcool 70%

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Reunir o material;

4.3 Identificar o usuário;

4.4 Explicar o procedimento ao usuário;

4.5 Colocar o usuário sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável;

4.6 Promover privacidade do usuário;

4.7 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.8 Realizar a desinfecção do sensor do pulso oxímetro com algodão embebido em álcool 70%



- 4.9 Instalar pulso oxímetro em extremidades (quirodáticos, pododáticos ou lóbulos auriculares);
- 4.10 Realizar a leitura da saturação periférica de oxigênio;
- 4.11 Realizar a desinfecção do sensor do pulso oxímetro com algodão embebido em álcool 70% e guardá-lo em local adequado;
- 4.12 Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: saturação periférica de oxigênio inferior a 95%, cianose em extremidades entre outras anormalidades relacionadas à saturação periférica de oxigênio.
- 4.13 Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados sem arredondamentos, incluindo o local utilizado para aferição no prontuário eletrônico.

5 OBSERVAÇÕES

- A saturação de oxigênio aceitável varia de 95% a 100%; um valor menor que 90% é considerado hipoxemia; entretanto, os valores abaixo de 90% podem ser aceitáveis para certas doenças crônicas. Se necessário, discutir o caso com o médico.

6 REFERÊNCIAS

- OLIVEIRA, R. G. Blackbook Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook, 2016.
- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.



AFERIÇÃO DE TEMPERATURA

1. OBJETIVO

Realizar avaliação física do sistema termorregulador, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Luvas de procedimento

3.2 Bandeja

3.4 Termômetro digital ou termômetro de infravermelho

3.5 Algodão

3.6 Álcool 70%

3.7 Papel toalha

4. AFERIÇÃO DA TEMPERATURA

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Reunir o material;

4.3 Identificar o usuário;

4.4 Explicar o procedimento ao usuário;

4.5 Colocar o usuário sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável;

4.6 Promover privacidade do usuário;

4.7 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.9 Definir o local de aferição;

4.10.1 Axilar:



- 4.10.1.1 Para termômetro digital: realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool 70% no sentido da haste para o bulbo;
- 4.10.1.2 Secar a região axilar do usuário utilizando papel toalha, se necessário;
- 4.10.1.3 Colocar o bulbo do termômetro na região axilar do usuário, dobrando seu braço sobre o peito;
- 4.10.1.4 Aguardar o termômetro digital emitir o sinal sonoro, retirar o termômetro e realizar a leitura;
- 4.10.1.5 Realizar a desinfecção do termômetro com álcool 70% da haste para o bulbo e guardá-lo em local adequado;
- 4.10.2 Temporal:
 - 4.10.2.1 Para termômetro de infravermelho: limpar o sensor do termômetro usando algodão com álcool a 70%, assim como o restante do termômetro e manter em contato por pelo menos um minuto. Assegurar-se de que não entre qualquer líquido no interior do aparelho;
 - 4.10.2.2 Verificar se a lente ou o sensor de infravermelho estão livres de detritos, sujeira ou condensação que possam afetar a precisão da leitura. Usar algodão umedecido em álcool à 70% para limpá-lo com cuidado, se necessário. Evitar arranhar a lente ou o sensor;
 - 4.10.2.3 Realizar a aferição nas condições ambientes (temperatura e umidade) especificadas pelo fabricante;
 - 4.10.2.4 Certificar que o usuário não realizou esforço físico. Caso tenha feito, deve-se aguardar no mínimo 5 minutos para que o usuário possa repousar;
 - 4.10.2.5 Ligar o termômetro pressionando o botão Liga/Desliga;
 - 4.10.2.6 Certificar que no visor que a aferição da temperatura esteja em °C;
 - 4.10.2.7 Certificar que o usuário não esteja com a cabeça na testa e que a pele não esteja úmida, se necessário, secá-la com papel toalha;
 - 4.10.2.8 Posicionar o sensor conforme orientação e distância indicada pelo fabricante;
 - 4.10.2.9 Assegurar que a lente ou sensor de infravermelho estejam a um ângulo reto (90°) da superfície, ou seja, perpendicular à testa.
 - 4.10.2.10 Verificar a temperatura que aparece no visor e informar ao usuário;
 - 4.10.2.11 Caso o termômetro não desligue automaticamente, desligar o termômetro pressionando ligeiramente o botão Liga/Desliga;



4.10.2.12 Aguardar por pelo menos dois minutos para nova mensuração (obrigatoriamente o termômetro deve ser desligado e ligado novamente entre medições consecutivas);

4.10.2.13 Limpar o termômetro usando algodão com álcool a 70% para limpar o sensor, assim como o restante e manter em contato por pelo menos um minuto. Remover a bateria, caso não vá utilizá-lo por longo período;

4.10.2.14 Armazenar o termômetro em lugar protegido de temperaturas altas e baixas, umidade, luz direta e poeira.

4.11 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.12 Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: hipotermia e hipertermia.

4.13 Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados sem arredondamentos e local de aferição, no prontuário eletrônico do usuário.

5. OBSERVAÇÃO

· Segundo Oliveira (2016), a temperatura axilar normal pode variar de 35,5 a 36,9°C, subfebril de 37,0 a 37,7°C e febril acima de 37,8°C. Na aferição de temperatura temporal, considerar os mesmos valores de referência da temperatura axilar.

· O idoso por conta da perda de massa, diminuição de metabolismo e de células sudoríparas pode apresentar uma variação de 0,5 a 1°C para menos que o adulto jovem e mesmo assim estar normotérmico.

· Em pediatria, a partir de 37,2-37,3°C caracteriza-se febre. (SBP, 2021).

· Não utilizar produtos de limpeza abrasivos ou diluentes para limpar o termômetro e nunca mergulhar em água ou em qualquer outro líquido.

6 REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. B. L. et al. (Org.). Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

OLIVEIRA, R. G. Blackbook Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook, 2016.

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



AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

1. OBJETIVO

Obter o valor fidedigno da pressão arterial para subsidiar as ações de enfermagem e as condutas médicas.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Bandeja;

3.2 Esfigmomanômetro;

3.3 Estetoscópio;

3.4 Algodão;

3.5 Álcool 70%;

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Identificar o usuário;

4.3 Explicar o procedimento ao usuário;

4.4 Certificar-se de que o usuário não esteja com a bexiga cheia, tenha praticado exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, tenha ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos, nem fumado nos 30 minutos anteriores;

4.5 Deixá-lo em repouso por, no mínimo, 5 minutos em ambiente calmo, se possível;

4.6 Instruir o usuário a não conversar durante a medida;

4.7 Posicionar o usuário corretamente: posição sentada, se possível, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível



médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido;

4.8 Expor o local onde se encontra a artéria braquial;

4.9 Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olécrano;

4.10 Selecionar o manguito de tamanho adequado segundo o quadro abaixo ou seguindo a regra: A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%;

4.11 Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;

4.12 Conferir se a agulha do manômetro aneróide está na marca zero da escala;

4.13 Apertar a válvula aparafusada na bomba de ar;

4.14 Colocar as peças auriculares do estetoscópio nas orelhas. Direcioná-las para o interior do canal e não para o ouvido em si;

4.15 Palpar o pulso da artéria radial e braquial;

4.16 Inflar o manguito ao mesmo tempo em que continua a palpar a artéria radial com os dedos indicador e médio e observar o ponto na escala do manômetro em que desaparece o pulso;

4.17 Situar a campânula ou o diafragma do estetoscópio, com firmeza, embora com o mínimo possível de pressão, sobre a artéria braquial. Não deixe que o estetoscópio toque as roupas ou o manguito;

4.18 Bombear a pressão 30mmHg acima do ponto em que a pressão sistólica foi palpada e estimada. Abrir a válvula no manômetro e deixar o ar sair devagar (possibilitando que o medidor caia 2-3 mmHg por segundo);

4.19 Registrar o ponto no medidor em que o primeiro som, ainda que fraco, mas claro, pareça lentamente aumentar de intensidade. Registrar esse número como a pressão sistólica.

4.20 Não reinflar o manguito assim que o ar estiver sendo liberado para novamente verificar os dados da pressão sistólica;

4.21 Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons;

4.22 Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons e anotar valores da sistólica/diastólica/zero;

4.23 Informar os valores obtidos para o usuário;



4.24 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.25 Realizar desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70%.

4.26 Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados sem arredondamentos bem como o membro utilizado para aferição, no prontuário eletrônico do usuário.

5 OBSERVAÇÃO

- Em um primeiro contato com o usuário, aferir a PA nos dois braços, com intervalo de 1 a 2 minutos entre eles, e utilizar o braço de maior valor nas próximas aferições;
- Em usuários obesos, manguitos mais longos e largos são necessários para não haver superestimação da pressão arterial. Em braços com circunferência superior a 50 cm, onde não houver manguito disponível, pode-se fazer a medição no antebraço, devendo o pulso auscultado ser o radial. Há, entretanto, restrições quanto a essa prática. Especial dificuldade ocorre em braços largos e curtos, em forma de cone, onde manguitos de grandes dimensões não se adaptam.
- Em gestantes, a pressão arterial deve ser obtida com a mesma metodologia recomendada para adultos, reforçando-se que ela também pode ser medida no braço esquerdo na posição de decúbito lateral esquerdo em repouso, não devendo diferir da obtida na posição sentada.
- Para aferição da PA na Coxa: Colocar o usuário em decúbito ventral. Se essa posição não for possível, optar por decúbito dorsal, com o joelho levemente flexionado. Usar um manguito que seja grande o suficiente para que se faça uma verificação precisa. Colocar o manguito 2,5 cm acima da artéria poplítea com a bolsa de borracha acima da porção posterior da parte média da coxa. Seguir o mesmo procedimento de ausculta recomendado para a artéria braquial. Procurar manter o usuário relaxado com a perna ao nível do coração. A escala do manômetro deve manter-se visível aos olhos. Localizar a artéria poplítea e aferir colocando a campânula ou membrana sobre a mesma.



Fonte: Jarvis (2002)

Tabela 4: Dimensões do manguito de acordo com a circunferência do braço

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

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016)

Tabela 5: Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade



Classificação	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
Ótima	< 120	E	< 80
Normal	120-129	E/OU	80-84
Pré-hipertensão	130-139	E/OU	85-89
HA estágio 1	140 – 159	E/OU	90 – 99
HA estágio 2	160 – 179	E/OU	100 - 109
HA estágio 3	≥ 180	E/OU	≥ 110
HA Sistólica isolada	≥ 140	E	< 90
HA Diastólica isolada	< 140	E	≥ 90

Fonte: Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658

6 REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. B. L. et al. (Org.). Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. V 107,n.3,supl 3,2016



AFERIÇÃO DO PULSO

1. OBJETIVO

Avaliar e monitorar as condições hemodinâmicas do usuário; detectar e monitorar arritmias cardíacas; avaliar efeitos de medicamentos que alterem a frequência cardíaca e; verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Luvas de procedimento;

3.2 Bandeja;

3.3 Biombo;

3.4 Estetoscópio;

3.5 Relógio com ponteiros de segundos;

3.6 Algodão;

3.7 Álcool 70%

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Reunir o material;

4.3 Explicar o procedimento ao usuário;

4.4 Colocar o usuário sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável;

4.5 Promover privacidade do usuário;

PULSO PERIFÉRICO



4.6.1 Calçar luvas, se necessário;

4.6.2 Colocar as polpas digitais dos dedos médio e indicador sobre uma artéria superficial comprimindo-a levemente. O local para aferição do pulso depende do estado geral do usuário, comumente são as artérias: carótida, femoral, radial, braquial, poplítea e pediosa.

PULSO APICAL

4.7.1 Realizar desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70%;

4.7.2 Segurar o diafragma contra as mãos durante alguns segundos para aquecer;

4.7.3 Palpar o espaço entre a 5^o e 6^o costelas (quinto espaço intercostal) e chegar a linha clavicular média esquerda;

4.7.4 Colocar o diafragma sobre o ápice cardíaco;

4.8 Contar os batimentos arteriais durante 60 segundos;

4.9 Determinar frequência, ritmo e amplitude do pulso.

4.10 Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: arritmias, taquicardias, bradicardias entre outras anormalidades relacionadas ao pulso.

4.11 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.12 Realizar desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70% e guardá-lo em local adequado;

4.13 Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados sem arredondamentos, incluindo o membro utilizado para aferição e as características do pulso, no prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÃO



· Valores de referência

Faixa Etária	Limites Normais	Média	Limites de Alerta
Recém-nascidos	100 a 150 bpm	140	< 80 e > 170
Lactentes	80 a 140 bpm	120	< 70 e > 160
Crianças de 1-2 anos	80 a 130 bpm	110	< 60 e > 140
Pré-Escolares	70 a 120 bpm	100	< 60 e > 140
Escolares	70 a 110 bpm	95	< 60 e > 130
Adolescentes	60 a 90 bpm	80	< 55 e > 120
Adultos	60 a 100 bpm	80	< 50 e > 120

Fonte: Oliveira (2016)

6. REFERÊNCIAS

OLIVEIRA, R. G. Blackbook Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook, 2016.

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

TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.



ALINHAMENTO E ESTABILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL

1. OBJETIVO

Manter a coluna cervical alinhada em posição anatômica (neutra) sem a utilização de equipamentos e materiais.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

Nenhum material em específico faz se necessário para a execução deste procedimento, apenas a utilização do equipamento de proteção individual.

4. PROCEDIMENTO

Esse procedimento pode ser realizado em diversas abordagens pela frente do paciente (figura 1), por trás (figura 2), pela lateral (figura 3) ou em posição supina (decúbito dorsal horizontal – figura 4) e deve ser mantido até instalação do colar cervical em caso de trauma.

Figura 1 - Abordagem pela frente do paciente



Fonte: PHTLS (2014)



- 4.1 O profissional posiciona-se em pé, a frente do paciente, orientando os pacientes conscientes sobre a técnica e sua finalidade;
- 4.2 Utilizando as duas mãos para segurar a cabeça, posicione-as em ambos os lados, na face do paciente, de forma que os dedos mínimos apoiem a parte posterior da cabeça, os outros deverão estar posicionados ao longo da superfície da cabeça, enquanto que a face hipotênar das mãos fique a frente e na altura das orelhas;
- 4.3 Exerça uma leve tensão no sentido axial e execute o alinhamento em posição neutra;
- 4.4 Mantenha o posicionamento da cabeça exercendo uma pressão que garanta sua estabilidade;
- 4.5 Apoie seus braços (região do cotovelo) sobre o tórax do paciente para obter apoio adicional;
- 4.6 Mantenha a posição até que ocorra a instalação do colar cervical se indicado e disponível.

Figura 2 - Abordagem por trás do paciente



Fonte: PHTLS (2014)

- 4.1 O profissional aproxima-se em pé, por trás do paciente, orientando os pacientes conscientes sobre a técnica e sua finalidade;
- 4.2 Utilizando as duas mãos, posicione-as em ambos os lados, na face do paciente, de forma que os polegares fiquem apoiados na parte posterior do crânio (em nível da região occipital), os dedos indicadores e médios pressionando a mandíbula, enquanto que os dois mínimos estejam abaixo do ângulo da mandíbula sem exercer força de compressão;



- 4.3 Após o posicionamento das mãos realize uma leve tração longitudinal e o alinhamento (ântero posterior e lateral) em posição neutra utilizando movimentos suaves;
- 4.4 Mantenha o posicionamento da cabeça exercendo uma pressão que garanta sua estabilidade;
- 4.5 Mantenha a posição até que ocorra a instalação do colar cervical se indicado e disponível.

Figura 3 - Abordagem pela lateral do paciente



Fonte: PHTLS (2014)

- 4.1 O profissional aproxima-se do paciente, posicionando ao seu lado, orientando os pacientes conscientes sobre a técnica e sua finalidade;
- 4.2 Passe um dos seus braços por cima do ombro e por trás da cabeça do paciente apoiando a parte posterior da cabeça com sua mão, evitando movimentos adicionais;
- 4.3 Coloque a outra mão na parte anterior da face, abaixo da boca, de forma que o polegar e o dedo indicador fiquem posicionados na chanfradura da face, onde se juntam os dentes e a mandíbula;
- 4.4 Exerça uma leve pressão apenas para sustentar e estabilizar a cabeça do paciente, alinhando-a em posição neutra se não houver restrições;
- 4.5 Mantenha a posição até que ocorra a instalação do colar cervical se indicado e disponível.



Figura 4 - Abordagem do paciente em posição supina (decúbito dorsal horizontal)



Fonte: PHTLS (2014)

4.1 O profissional posiciona-se atrás e acima da cabeça do paciente, fletindo os membros inferiores, ajoelhando-se e orientando os pacientes conscientes sobre a técnica e sua finalidade;

4.2 Posicionem as mãos em ambos os lados da cabeça, com a face hipotênar cobrindo as orelhas;

4.3 Coloquem os dedos na face do paciente de forma que promova a estabilização da cabeça, posicionando os polegares na região frontal, os indicadores sob o maxilar, o dedo médio logo abaixo da mandíbula e o quarto e quinto dedo deverão envolver a parte posterior do crânio do paciente;

4.4 Com movimentos leves alinhe a cabeça ao longo do corpo em posição neutra;

4.5 Apoie os antebraços e cotovelos no chão para melhor sustentação;

4.6 Mantenha a posição até que ocorra a instalação do colar cervical se indicado e disponível.

4.7 Registrar o procedimento realizado no prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÃO:

5.1 Lembre-se de que para iniciar qualquer procedimento é necessário ter certeza que a cena (local da ocorrência) está segura.

5.2 Em casos suspeitos de traumatismo cervical estar atento, quando possível, aos seguintes fatos relatados pelo paciente:

- Formigamento, paralisia ou perda de sensibilidade dos membros;



- Dor espontânea e/ou a palpação local com resistência ao procedimento; Presença de traumatismos graves acima da clavícula;
- Inconsciência pós-trauma;
- Piora das condições ventilatórias;
- Ocorrência de espasmos musculares no pescoço.
- Na presença de um desses sinais o socorrista deve manter o paciente na posição inicial, evitando ou interrompendo o procedimento e relatando os achados na ficha de registro da assistência executada.

6. REFERÊNCIAS

MARIANI, P. P.; PARANHOS, W. Y. Traumatismo cranioencefálico. In: ATUAÇÃO no trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.



ANTERIORIZAÇÃO DA MANDÍBULA - ABERTURA DAS VIAS AÉREAS

1. OBJETIVO

Utilizar a técnica de anteriorização da mandíbula em usuários traumatizados para permeabilizar as vias aéreas, da boca, faringe e laringe.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Equipamentos de proteção individual (óculos, luvas e máscara facial).

4. PROCEDIMENTO

4.1 Utilizar os equipamentos de proteção individual;

4.2 Posicionar-se atrás da cabeça da vítima (figura 1);

4.3 Posicionar as duas mãos espalmadas uma de cada lado da face da vítima mantendo o alinhamento da coluna cervical da mesma em posição neutra (figura 1);

4.4 Posicionar os dedos médios e indicadores no ângulo da mandíbula;

4.5 Projetar a mandíbula para frente enquanto os polegares deprimem o lábio inferior, abrindo a boca (figura 2);

4.6 Pesquisar a presença de corpos estranhos, próteses dentárias ou sangramentos que possam obstruir as vias aéreas superiores;

4.7 Registrar o procedimento realizado no prontuário eletrônico.



Fonte: SAMU Ribeirão Preto



5. OBSERVAÇÃO

- Mantenha o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>>.

Acesso em: 15 mai 2019.

COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. Comitê de Trauma. Suporte avançado de vida no trauma para médicos ATLS: manual do curso de alunos. 8. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2008.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.



APLICAÇÃO DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW

1. OBJETIVO

Aplicar a técnica de mensuração do nível de consciência em pacientes vítimas de uma lesão cerebral aguda.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Equipamento de Proteção Individual (luvas de procedimento, máscara facial, óculos de proteção)

4. PROCEDIMENTO

4.1 Utilizar os equipamentos de proteção individual;

4.2 Para pacientes adultos, iniciar a avaliação pela Abertura Ocular e pontuar de acordo com a melhor resposta obtida:

4.2.1 Observar se o paciente apresenta abertura ocular espontânea: 4 pontos;

4.2.2 Caso o paciente não abra espontaneamente os olhos, usar um comando verbal “abra os olhos” e observar sua reação, se o paciente atender ao estímulo verbal: 3 pontos;

4.2.3 Se o paciente não responde ao estímulo verbal, aplicar um estímulo físico: aplicar pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supra orbitária e observar a reação, se o paciente abrir os olhos após o estímulo: 2 pontos;

4.2.4 Na ausência de abertura ocular: 1 ponto.

4.2.5 Caso não seja possível obter resposta do paciente por conta de alguma limitação, marcar “NT” (não testável) na pontuação.

4.3 Avaliar a Resposta Verbal e pontuar de acordo com a melhor resposta obtida. Formular questões simples, como “qual é o seu nome” ou “o que aconteceu com você?”, e avaliar a qualidade da resposta;

4.3.1 Considerar “orientado” o paciente que responde coerentemente às perguntas: 5 pontos;



- 4.3.2 Considerar “confuso” o paciente que embora responda às perguntas, demonstra desorientação no tempo e no espaço e/ou incompreensão da situação atual e/ou incoerência com a realidade: 4 pontos;
- 4.3.3 Considerar o uso de palavras inapropriadas: não consegue falar em frases, mas interage através de palavras isoladas: 3 pontos;
- 4.3.4 Considerar o uso de sons incompreensíveis, somente produz gemidos: 2 pontos;
- 4.3.5 Na ausência de resposta verbal: 1 ponto.
- 4.3.6 Caso não seja possível obter resposta do paciente por conta de alguma limitação, marcar “NT” (não testável) na pontuação.
- 4.4 Avaliar a Resposta Motora, utilizar a comunicação verbal, dando ordens simples ao paciente, como “levante a mão”, e observar a reação.
- 4.4.1 Se o paciente obedece ao comando, cumpre ordens de atividade motora (duas ações) como apertar a mão do profissional e colocar a língua para fora: 6 pontos;
- 4.4.2 Na ausência de resposta ao comando, utilizar um estímulo físico para avaliação da resposta. Utilizar como estímulos: aplicar pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supra orbitária. Considerar resposta de “localização” se o paciente eleva a mão acima do nível da clavícula em uma tentativa de interromper o estímulo: 5 pontos;
- 4.4.3 Considerar resposta de “flexão normal”: a mão não alcança a fonte do estímulo, mas há uma flexão rápida do braço ao nível do cotovelo e na direção externa ao corpo: 4 pontos;
- 4.4.4 Considerar resposta de “flexão anormal” se a mão não alcança a fonte do estímulo, mas há uma flexão lenta do braço na direção interna do corpo: 3 pontos;
- 4.4.5 Considerar resposta de “extensão” quando há uma extensão do braço ao nível do cotovelo: 2 pontos;
- 4.4.6 Considerar “resposta ausente” se o paciente não apresenta nenhuma resposta, mesmo mediante estímulo físico: 1 ponto.
- 4.4.7 Caso não seja possível obter resposta do paciente por conta de alguma limitação, marcar “NT” (não testável) na pontuação.
- 4.5 Pontuar e somar: Os estímulos que obtiveram a melhor resposta do paciente devem ser marcados em cada um dos três tópicos da escala. Se algum fator impede a vítima de realizar a tarefa, marcar NT (Não Testável) e nenhuma pontuação numérica será dada àquela região. As respostas correspondem a uma pontuação que irá indicar, de forma simples e prática, a



situação do paciente (Ex: O4, V2 e M1 significando respectivamente a nota para ocular, verbal e motora, com resultado geral igual a 7);

4.6 Registrar o procedimento realizado e os resultados apresentados, no prontuário eletrônico.

Quadro 1 - Escala de Coma de Glasgow para adultos

	CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
ABERTURA OCULAR	Olhos abertos previamente à estimulação	4
	Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	3
	Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	2
	Ausência persistente de abertura ocular	1
	Olhos fechados devido a fator que interfere na pontuação	NT
MELHOR RESPOSTA VERBAL	Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	5
	Resposta não orientada, mas comunicação coerente	4
	Palavras isoladas inteligíveis	3
	Apenas gemidos	2
	Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	1
Fator que interfere com a comunicação	NT	
MELHOR RESPOSTA MOTORA	Cumprimento de ordens com 2 ações	6
	Elevação da mão acima do nível da clavícula para localizar o estímulo	5
	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão normal	4
	Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante anormal	3
	Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	2
	Ausência de resposta	1
Fator que limita resposta motora	NT	

Fonte: GLASGOW Coma Scale (2015)

4.6 Para crianças, utilizar a escala de Coma de Glasgow Pediátrica, aplicada de acordo com o quadro abaixo:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA PEDIATRIA



Quadro 2 - Escala de coma de Glasgow modificada para Pediatria

	CRIANÇAS	BEBÊ (< 1 ANO)	PONTUAÇÃO
ABERTURA OCULAR	Espontânea	Espontânea	4
	Ao estímulo verbal	Ao estímulo verbal	3
	Ao estímulo físico	Ao estímulo físico	2
	Ausência de resposta	Ausência de resposta	1
MELHOR RESPOSTA VERBAL	Palavras apropriadas, orientada	Murmura ou balbucia	5
	Confusa	Inquieta, irritada, chorosa	4
	Palavras inapropriadas	Chora em resposta ao estímulo	3
	Palavras incompreensíveis ou sons inespecíficos	Geme em resposta ao estímulo	2
	Ausência de resposta	Ausência de resposta	1
MELHOR RESPOSTA MOTORA	Obedece a comando verbal simples	Move-se espontânea intencionalmente	6
	Localiza estímulos físicos	Retira o membro ao toque	5
	Flexão normal à estímulo físico	Flexão normal a estímulo físico	4
	Flexão anormal dos braços ao estímulo físico	Flexão anormal dos braços ao estímulo físico	3
	Extensão dos braços ao estímulo físico	Extensão dos braços ao estímulo físico	2
	Ausência de resposta	Ausência de resposta	1

Fonte: Brasil (2016 a, b)

5. OBSERVAÇÃO

5.1 O escore máximo na Escala de Coma de Glasgow é 15, indicando um paciente sem dano neurológico, e o menor escore é de 3, indicando um sinal de péssimo prognóstico. Um escore menor que 8, indica lesão grave e necessidade de via aérea definitiva. Escores entre 9 e 12, lesão moderada, e de 13 a 14, lesão leve.

Análise da Reatividade Pupilar:

Este item foi adicionado como uma etapa posterior à contagem tradicional e que deve ser subtraída da conta geral, resultando em um panorama mais preciso da situação do paciente e



permitindo ações mais rápidas para evitar consequências drásticas, denominada escala de coma de Glasgow com resposta pupilar (ECG-P).

Assim, Ocular + Verbal + Motora – Pupilar = Total: 1 a 15.

Análise da Reatividade Pupilar:

(2) Inexistente: nenhuma pupila reage ao estímulo de luz

(1) Parcial: apenas uma pupila reage ao estímulo de luz.

(0) Completa: as duas pupilas reagem ao estímulo de luz.

5.2.2 Analisar a reatividade pupilar conforme o POP Avaliação da Reatividade

5.2.3 Registrar a nota correspondente à reação ao estímulo. Esse valor será subtraído da nota obtida anteriormente, gerando um resultado final mais preciso. (Ex.: um paciente classificado como O1V2M3 pela escala de coma de Glasgow, dando uma pontuação total de 6, nenhuma das pupilas reagem à luz, gerando uma pontuação de reatividade pupilar igual a 2. Neste caso, a escala de coma de Glasgow com reação pupilar será de 6 menos 2, ou seja, 4 pontos).

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília:

Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em:
<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>>

Acesso em: 15 mai 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-avancado-2016.pdf>>.

Acesso em: 15 mai 2019.

GLASGOW Coma Scale. Glasgow: Institute of Neurological Sciences, 2015. Disponível em:

<<https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>>.

Acesso em: 20 dez. 2018.



PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.



ARMAZENAMENTO E INSPEÇÃO DE MATERIAIS ESTERILIZADOS

1. OBJETIVO

Armazenar materiais na Central de Material e Esterilização e distribuí-los para os devidos setores na Unidade de Saúde.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Materiais reprocessados

3.2 Papel grau cirúrgico (envelope)

3.3 SMS - Papel não tecido

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Após a esterilização, inspecionar todos os pacotes para avaliar a integridade das embalagens, indicador de esterilização e datas de validade;

4.3 Armazenar em local adequado, longe da umidade, a uma distância de 25 cm do piso, 45 cm do teto e 5 cm das paredes;

4.4 Efetuar a inspeção periódica dos itens estocados para verificação de qualquer degradação, devendo ser considerados contaminados e reprocessados para posterior utilização. Não utilizar artigos que apresentam as seguintes condições:

- Papel grau cirúrgico amassado ou rompido;
- Umidade ou manchas;
- Desprendimento de partículas;
- Presença de sujidade;
- Suspeita de abertura do pacote.



5. OBSERVAÇÕES

- O prazo de validade dentro das condições adequadas descritas acima é de 1 mês para papel grau cirúrgico e 7 dias para SMS;
- Revisar o estoque semanalmente, colocando o pacote que estiver próximo ao vencimento na frente dos recém esterilizados, seguindo uma ordem pela data de validade.
- Qualquer intercorrência durante o processo deve ser registrada em livro ata de registro.

6 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Práticas recomendadas. 4. ed. São Paulo: SOBEC, 2007.



AVALIAÇÃO DA REATIVIDADE PUPILAR

1. OBJETIVO

Avaliar a reatividade pupilar. Observar o diâmetro, a simetria, o reflexo ao estímulo luminoso e a velocidade da resposta do estímulo à luz.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Equipamentos de proteção individual (óculos, luvas e máscara facial)

3.2 Lanterna

4. PROCEDIMENTO

4.1 Utilizar os equipamentos de proteção individual;

4.2 Fechar o olho do usuário ou, se possível, pedir para que o usuário feche;

4.3 Aguardar alguns segundos;

4.4 Levantar rapidamente a pálpebra ou pedir para que o paciente abra os olhos, dirigindo o foco de luz diretamente sobre a área da pupila;

4.5 Repetir no outro olho o mesmo procedimento;

4.6 Avaliar as pupilas quanto à simetria, diâmetro, fotorreatividade e velocidade da resposta ao estímulo luminoso.

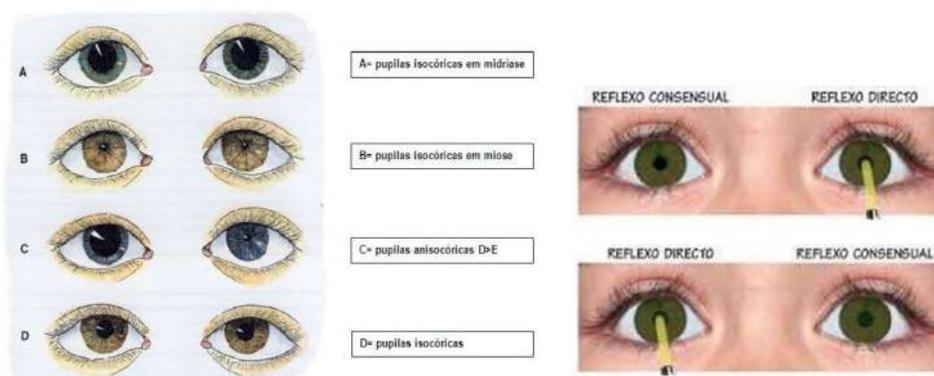
4.7 Registrar o procedimento realizado e os resultados apresentados no prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÕES

· Na incidência da luz espera-se que a pupila apresente constrição e na retirada do foco luminoso retorno à dilatação. Quanto à velocidade da reação a luz devemos considerar constrição rápida como normal (fotorreagente), a constrição lenta (bradirreagente) e arreativa ou fixa como dados de avaliação de anormalidade.



- PERRL: Pupilas estão Equivalentes, Redondas e Reativas à Luz?
- Ainda quanto à reação ao estímulo luminoso pupilar espera-se que ao incidir a luz em uma das pupilas a outra produza um reflexo consensual àquela que recebe o foco de luz direto. O diâmetro da pupila varia de 1 a 9 mm, sendo considerada uma variação normal de 2 a 6 mm, com um diâmetro médio em torno de 3,5 mm. Quanto à simetria elas serão isocóricas quando possuírem o mesmo diâmetro e anisocóricas quando uma pupila for maior que a outra. OBS: Quando anisocóricas, sempre anotar a pupila maior em relação à menor - pupilas anisocóricas Ex. D>E.
- Uma alteração pupilar significa uma situação de gravidade neurológica e, portanto, o médico deve ser comunicado imediatamente.



Fonte: Acervo do autor

6 REFERÊNCIAS

MARIANI, P. P., PARANHOS, W. Y. Traumatismo cranioencefálico. In: ATUAÇÃO no trauma: uma abordagem para enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.



AVALIAÇÃO DO ENCHIMENTO CAPILAR

1. OBJETIVO

Avaliar a perfusão periférica, sendo esta técnica um requisito da condição hemodinâmica do usuário.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Equipamento de Proteção Individual (luvas de procedimento, máscara facial, óculos de proteção biológica).

4. PROCEDIMENTO

4.1 Utilizar os equipamentos de proteção individual (EPI) se necessário;

4.2 Explicar o procedimento ao usuário;

4.3 Pressionar o leito ungueal do usuário por aproximadamente 20 segundos (figura 1) e soltar (figura 2);

4.4 Mensurar em quantos segundos, a região pressionada retorna à coloração inicial.

4.5 Registrar o procedimento realizado e os resultados apresentados no prontuário eletrônico.

Figura 1 - Pressão no leito ungueal



Fonte: Olson

Figura 2 - Retorno de sangue



(1988)



5. OBSERVAÇÃO

5.1 O tempo em segundos, para que o leito ungueal ou lábios retorne a coloração inicial, é considerado o tempo de enchimento capilar.

5.2 Tempo de enchimento maior que 2 segundos é um sinal de perfusão inadequada.

6 REFERÊNCIAS

OLSON, T. R. A.D.A.M. Atlas de Anatomia. São Paulo: Guanabara Koogan, 1988.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

SOUSA, R. M. C. et al. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.



CALÇAR E RETIRAR LUVAS ESTÉREIS

1. OBJETIVO

Prevenir a contaminação e transmissão de infecções ao usuário durante a utilização de materiais estéreis e realização de procedimentos invasivos. Reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais. Reduzir o risco de disseminação de microrganismos nocivos para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o usuário e vice-versa, bem como de um usuário para o outro.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Embalagem de luva estéril com numeração adequada.

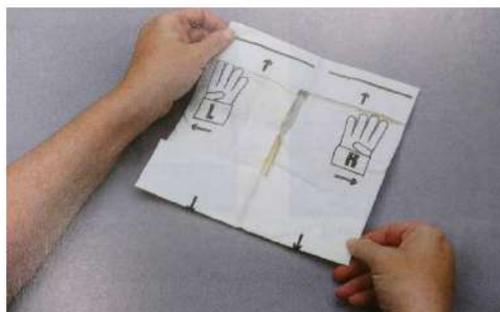
4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

4.2 Apoiar a embalagem da luva sobre uma superfície limpa.

4.3 Abrir a embalagem de forma correta conforme indicado pelo fabricante verificando data de validade da esterilização.

4.4 Pegar a embalagem interna e colocá-la sobre a superfície limpa, seca e plana, ao nível dos punhos. Abrir a embalagem, mantendo as luvas na superfície interna do invólucro.



Fonte: Potter et al. (2018)

4.5 Identificar a luva direita e a esquerda. Cada luva tem um punho com cerca de 5cm de largura. Calçar primeiro a luva da mão dominante.

4.6 Com o polegar e os dois primeiros dedos da mão não dominante, segurar a margem do punho da luva para a mão dominante.

4.7 Puxar a luva sobre a mão dominante, deixando o punho e certificando-se de que ele não enrole até o seu pulso. Assegurar que o polegar e os dedos estejam nos espaços adequados.



Fonte: Potter et al. (2018)

4.8 Com a mão dominante enluvada, deslize os dedos sob o punho da segunda luva e puxar cuidadosamente sobre a mão não dominante.



Fonte: Potter et al. (2018)



Fonte: Potter et al. (2018)

4.9 Após a colocação da segunda luva, entrelaçar as mãos acima do nível do punho. Os punhos da luva costumam descer após a aplicação. Certificar-se de tocar somente os lados estéreis.



Fonte: Potter et al. (2018)

4.10 Retirar as luvas após o procedimento.

4.11 Pegar a parte externa de um punho com a outra mão enluvada e puxar. Evitar tocar no punho.

4.12 Puxar a luva para fora, virando-a de dentro para fora e colocando-a na mão enluvada.

4.13 Colocar os dedos da mão sem luva dentro do punho da luva de dentro para fora e sobre a luva anteriormente removida.



4.14 Descartar as luvas em recipiente adequado de material contaminado.

4.15 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

5. OBSERVAÇÃO

- Devem ser trocadas: durante o contato com um mesmo usuário ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo; quando estiverem danificadas; sempre que o profissional entrar em contato com outro usuário;
- O uso de luvas não substitui a higienização das mãos.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos: considerações sobre seu uso. BIT - Boletim Informativo de Tecnovigilância, Brasília, DF, n. 2, abr./maio/jun. 2011.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Higienização das mãos. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5077:higienizacao-correta-das-maos-e-fundamental-para-garantir-seguranca-do-paciente&Itemid=812>.

Acesso em: 20 fev.2018.

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



CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO - FEMININO

1. OBJETIVO

Promover o esvaziamento da bexiga impedindo a distensão abdominal e coleta de exames livres de contaminação.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Bandeja

3.2 Cateter uretral de calibre compatível;

3.3 Anestésico gel a 2%;

3.4 Kit de cateterismo vesical estéril contendo 1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça;

3.5 Pacote de gaze estéril;

3.6 Solução antisséptica de clorexidina aquosa 0,2% ou de PVPI tópico 10%;

3.7 Sabonete neutro;

3.8 Luvas de procedimento;

3.9 Luvas estéreis;

3.10 Bacia com água;

3.11 Compressas;

3.12 Campo fenestrado (vide observação);

3.13 Biombo;

3.14 Equipamentos de Proteção Individual.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Preparar o material;

4.4 Separar o material necessário para higienização do períneo;



- 4.5 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.6 Orientar a usuária quanto ao procedimento a ser realizado;
- 4.7 Garantir a privacidade da usuária fechando cortinas, biombo, portas etc.
- 4.8 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.9 Higienizar a região perineal e genital da usuária utilizando a bacia com água, as compressas ou toalha e o sabonete neutro;
- 4.10 Retirar as luvas de procedimento e descartá-las em local adequado;
- 4.11 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos, após procedimento;
- 4.12 Separar o material necessário para o cateterismo vesical;
- 4.13 Posicionar o usuário em decúbito dorsal com as pernas estendidas e afastadas;
- 4.14 Abrir o pacote estéril de cateterismo, com cuidado para não contaminar;
- 4.15 Abrir o pacote de gaze estéril dentro da cuba redonda;
- 4.16 Umedecer as gazes com solução de clorexidina aquosa a 0,2% ou PVPI tópico a 10%;
- 4.17 Posicionar a cuba rim próxima à região perineal do usuário, em cima do campo estéril;
- 4.18 Despejar o anestésico gel a 2% na cuba rim;
- 4.19 Calçar a luva estéril em cima de uma superfície plana próxima ao campo conforme procedimento operacional;
- 4.20 Dobrar as gazes embebidas em solução de clorexidina aquosa a 0,2% ou PVPI tópico a 10%, uma a uma e mantê-las dentro da cuba redonda;
- 4.21 Separar cuidadosamente os lábios vaginais com a mão não dominante (agora contaminada) para expor totalmente o meato urinário, manter a posição da mão não dominante durante todo o restante do procedimento;
- 4.22 Com auxílio da pinça, limpar os lábios e o meato urinário do clitóris para o ânus. Usar uma gaze para cada área a ser limpa;
- 4.23 Limpar a prega labial mais distante, a prega labial mais próxima e diretamente sobre o centro do meato uretral (de fora para dentro);
- 4.24 Lubrificar a ponta do cateter uretral (cerca de 2 a 5 cm) no anestésico gel a 2%;
- 4.25 Pedir à usuária para fazer força para baixo e introduzir lentamente o cateter lubrificado no meato uretral da usuária até a saída da urina;



- 4.26 Liberar os lábios vaginais, mas manter o cateter seguro;
- 4.27 Observar a saída de urina pelo cateter, deixando-a cair na cuba rim;
- 4.28 Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da urina;
- 4.29 Após a saída completa da urina, clampar o cateter com a pinça e removê-lo da uretra;
- 4.31 Recolher todo o material;
- 4.32 Descartar os materiais em local adequado;
- 4.33 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
- 4.34 Registrar o procedimento realizado, número do cateter, características e quantidade da diurese no prontuário eletrônico.

5 OBSERVAÇÃO

Após o item 4.20, se disponível, pode ser colocado o campo fenestrado estéril ao redor da região genital da usuária para manter a área mais protegida. O campo fenestrado será removido após a finalização do procedimento.



Fonte: Potter et al. (2018)

6 REFERÊNCIAS

- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014



CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO - MASCULINO

1. OBJETIVO

Promover o esvaziamento da bexiga impedindo a distensão abdominal e coleta de exames livres de contaminação.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Bandeja

3.2 Cateter uretral de calibre compatível;

3.3 Anestésico gel a 2%;

3.4 Kit de cateterismo vesical estéril contendo 1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça;

3.5 Pacote de gaze estéril;

3.6 Solução antisséptica de clorexidina aquosa 0,2% ou de PVPI tópico 10%;

3.7 Uma seringa de 20 mL slip;

3.8 Sabonete neutro;

3.9 Luvas de procedimento;

3.10 Luvas estéreis;

3.11 Bacia com água;

3.12 Compressas;

3.13 Campo fenestrado (vide observação);

3.14 Biombo;

3.15 Equipamentos de Proteção Individual.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Preparar o material;

4.4 Separar o material necessário para higienização do períneo;



- 4.5 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.6 Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado;
- 4.7 Garantir a privacidade do usuário fechando cortinas, biombo, portas etc.
- 4.8 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.9 Higienizar a região perineal e genital do usuário utilizando a bacia com água, as compressas ou toalha e o sabonete neutro;
- 4.10 Retirar as luvas de procedimento e descartá-las em local adequado;
- 4.11 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos, após procedimento;
- 4.12 Separar o material necessário para o cateterismo vesical;
- 4.13 Posicionar o usuário em decúbito dorsal com as pernas estendidas e afastadas;
- 4.14 Abrir o pacote estéril de cateterismo, com cuidado para não contaminar;
- 4.15 Abrir o pacote de gaze estéril dentro da cuba redonda;
- 4.16 Umedecer as gazes com solução de clorexidina aquosa a 0,2% ou PVPI tópico a 10%;
- 4.17 Posicionar a cuba rim próxima à região perineal do usuário, em cima do campo estéril;
- 4.18 Abrir o cateter uretral, a seringa de 20 mL e colocar no pacote estéril de cateterismo;
- 4.19 Calçar a luva estéril em cima de uma superfície plana próxima ao campo; conforme procedimento operacional;
- 4.20 Desconectar o êmbolo da seringa;
- 4.21 Preencher o interior do corpo da seringa com 10 mL de gel lubrificante com auxílio de gazes estéreis;
- 4.22 Conectar novamente o êmbolo da seringa com cuidado para que o gel lubrificante não extravase;
- 4.23 Dobrar as gazes embebidas em solução de clorexidina aquosa a 0,2% ou PVPI tópico a 10%, uma a uma e mantê-las dentro da cuba redonda;
- 4.24 Segurar o pênis do usuário, com auxílio de uma gaze, com a mão não dominante (essa mão não deverá ser removida da posição até o final da introdução da sonda);
- 4.25 Com a outra mão pegar a pinça e iniciar a antisepsia da região genital;
- 4.26 Realizar a antisepsia do meato uretral com uma gaze em movimento circular único;
- 4.27 Realizar a antisepsia da glândula com outra gaze em movimento circular único;



- 4.28 Pegar a seringa com gel lubrificante e introduzir na uretra do usuário;
- 4.29 Introduzir o cateter uretral na uretra do usuário até a drenagem de urina;
- 4.30 Observar a drenagem de diurese pelo cateter, deixando-a cair na cuba rim;
- 4.31 Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da diurese;
- 4.32 Após a saída completa da diurese, clampar o cateter com a pinça e removê-lo da uretra;
- 4.33 Recolher todo o material;
- 4.34 Descartar os materiais em local adequado;
- 4.35 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
- 4.36 Registrar o procedimento realizado, número do cateter, características e quantidade da diurese no prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÃO

Após o item 4.23, se disponível, pode ser colocado o campo fenestrado estéril ao redor da região genital do usuário para manter a área mais protegida. O campo fenestrado será removido após a finalização do procedimento.



Fonte: Potter et al. (2018)



6. REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN no 450/2013, 11 de dezembro 2013. Normatiza o procedimento de sondagem vesical no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html>. Acesso em: 15 mai 2019.

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

TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.



CATETERISMO VESICAL DE DEMORA - FEMININO

1. OBJETIVO

Realizar técnica asséptica de forma segura para a usuária e profissional, evitando contaminações e prevenindo infecções urinárias. Tendo como finalidades, promover o esvaziamento da bexiga, monitorar o débito urinário, tratar incontinências urinárias, retenções urinárias, distúrbios obstrutivos, entre outras causas.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Bandeja

3.2 Cateter uretral tipo Foley de 2 ou 3 vias, conforme prescrição médica

3.3 Bolsa coletora

3.4 Kit de cateterismo vesical estéril contendo: 1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça

3.5 Pacote de gaze estéril

3.6 Solução antisséptica de clorexidina aquosa 0,2% ou de PVPI tópico 10%;

3.7 Anestésico gel a 2%;

3.8 02 seringas de 20 mL Slip

3.9 01 Agulha 40 x 1,2 mm

3.10 Dois ou mais flaconetes de água destilada (10 ou 20 ml), usar a quantidade indicada no cateter

3.11 Fita adesiva hipoalérgica (tipo Micropore)

3.12 Luvas de procedimento

3.13 Luvas estéreis

3.14 Campo fenestrado estéril

3.15 Biombo

3.16 Equipamentos de Proteção Individual.

3.17 Cuba rim

3.18 Sabonete líquido



3.19 Luvas de procedimento

3.20 Bacia com água

3.21 Compressas

4. PROCEDIMENTO

4.1 Revisar a indicação do procedimento da usuária;

4.2 Avaliar as condições da usuária, mobilidade, limitações físicas, nível de consciência, capacidade de compreensão e cooperação, padrão e última eliminação urinária, alterações geniturinárias, intercorrências ou alergias;

4.3 Selecionar o cateter de calibre adequado, após avaliação do meato uretral;

4.4 Checar a prescrição médica, indicação para o cateterismo;

4.5 Reunir todo o material necessário;

4.6 Explicar o procedimento e a finalidade do mesmo a usuária e/ou acompanhante;

4.7 Promover ambiente iluminado e privativo; utilize o biombo ou foco de luz extra, se necessário;

4.8 Obter ajuda para posicionar usuárias frágeis, debilitadas, mentalmente confusas;

4.9 Realizar a higiene perineal, caso necessário, utilizando luvas de procedimento, recipiente com água e sabonete líquido e compressas;

4.11 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.12 Posicionar a usuária em decúbito dorsal, joelhos flexionados e afastados, deixando somente a genitália exposta;

4.13 Abrir o pacote estéril de cateterismo, utilizando técnica asséptica, entre as pernas da usuária, próximo à genitália, tomando o cuidado para não contaminar o material;

4.14 Abrir o pacote de gazes estéril dentro da cuba redonda;

4.15 Umedecer as gazes solução de clorexidina aquosa 0,2% ou de PVPI tópico 10%;

4.16 Abrir todo o material estéril colocando em cima do campo do pacote de cateterismo: o cateter (mantê-lo na embalagem plástica), a bolsa coletora, o campo fenestrado (se disponível), as seringas, a agulha;

4.17 Despejar o anestésico gel a 2% na cuba rim;



- 4.18 Realizar a desinfecção da ampola de água destilada com álcool a 70% e a abri-la posicionando-a próxima para a aspiração da mesma;
- 4.19 Calçar a luva estéril em cima de uma superfície plana próxima ao campo, conforme procedimento operacional;
- 4.20 Conectar a agulha na seringa;
- 4.21 Aspirar o conteúdo da ampola de água destilada em quantidade indicada pelo fabricante do cateter uretral tipo foley (vide observação);
- 4.22 Conectar o cateter à bolsa coletora, mantendo o sistema de drenagem fechado;
- 4.23 Verificar o clamp da extensão que deve permanecer aberto e o clamp da bolsa coletora deve permanecer fechado;
- 4.24 Posicionar o campo fenestrado com a fenda para baixo sobre o períneo da usuária, expondo a genitália;
- 4.25 Separar os lábios vaginais com a mão não dominante, expondo o meato urinário, mantendo a posição desta mão até terminar o procedimento;
- 4.26 Com auxílio da pinça inicie utilizando as gazes umedecidas na solução de clorexidina aquosa a 10% ou PVPI tópico a 10% e limpe os lábios e o meato uretral em direção ao ânus. Usar uma gaze para cada área, começando pelos grandes lábios, pequenos lábios e meato uretral;
- 4.27 Com a mão não dominante e auxílio de gaze estéril, afastar os grandes lábios e expor o meato uretral;
- 4.28 Lubrificar a ponta do cateter uretral (cerca de 2,5 a 5cm) no anestésico gel a 2%;
- 4.29 Introduzir a ponta do cateter no meato uretral da usuária até retornar urina no intermediário da bolsa coletora, sendo seguro introduzir mais uma porção a fim de evitar inflar o balonete no canal uretral (aproximadamente 5 a 7 cm);
- 4.30 Liberar os lábios vaginais, mas manter o cateter seguro na mão não dominante;
- 4.31 Injetar a água destilada que está na seringa na via do balonete;
- 4.32 Tracionar o cateter delicadamente até obter resistência;
- 4.33 Fixar o cateter com a fita hipoalergênica (de preferência), no nível da bifurcação do mesmo na face interna da coxa, deixando uma folga permitindo livre movimentação da perna e evitar tração do cateter;



- 4.34 Orientar que o posicionamento da bolsa coletora esteja sempre do mesmo lado em que foi fixado o cateter e abaixo do nível da bexiga;
- 4.35 Observar o volume drenado e as características da urina;
- 4.36 Recolher o material utilizado;
- 4.37 Retirar as luvas e descartá-las juntamente com os demais materiais em local adequado;
- 4.38 Identificar a bolsa coletora com data, número da sonda, volume injetado no balonete, nome do executor da técnica;
- 4.39 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.40 Registrar o procedimento realizado, número do cateter, características da diurese no prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÃO

- Não existe recomendação embasada em evidências científicas de padronização de tempo para troca rotineira do cateter. A troca deve considerar a avaliação do usuário 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.
- Troca Imediata: Obstrução do cateter ou tubo coletor, sempre que houver violação do sistema fechado, mau funcionamento do cateter, extravasamentos e presença de febre de origem indeterminada.
- Os cateteres de demora vêm em diversos tamanhos de balão, de 3 mL (para crianças) a 30 mL (para adultos). O tamanho do balão está geralmente impresso na escotilha do cateter.

6 REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN no 450/2013, 11 de dezembro 2013. Normatiza o procedimento de sondagem vesical no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html>. Acesso em: 15 mai 2019.

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



TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.



CATETERISMO VESICAL DE DEMORA - MASCULINO

1. OBJETIVO

Realizar técnica asséptica de forma segura para o usuário e profissional, evitando contaminações e prevenindo infecções urinárias. Tendo como finalidades, promover o esvaziamento da bexiga, monitorar o débito urinário, tratar incontinências urinárias, retenções urinárias, distúrbios obstrutivos, entre outras causas.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Bandeja

3.2 Cateter uretral tipo Foley de 2 ou 3 vias, conforme prescrição médica

3.3 Bolsa coletora

3.4 Kit de cateterismo vesical estéril contendo: 1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça

3.5 Pacote de gaze estéril

3.6 Solução antisséptica de clorexidina aquosa 0,2% ou de PVPI tópico 10%;

3.7 Anestésico gel a 2%;

3.8 2 seringas de 20 mL Slip

3.9 01 Agulha 40x 1,2 mm

3.10 Dois ou mais flaconetes de água destilada (10 ou 20 ml), usar a quantidade indicada no cateter

3.11 Fita adesiva hipoalérgica (tipo Micropore)

3.12 Luvas de procedimento

3.13 Luvas estéreis

3.14 Campo fenestrado estéril

3.15 Biombo

3.16 Equipamentos de Proteção Individual.

3.17 Cuba rim

3.18 Sabonete líquido



3.19 Luvas de procedimento

3.20 Bacia com água

3.21 Compressas

4. PROCEDIMENTO

4.1 Revisar a indicação do procedimento do usuário;

4.2 Avaliar as condições do usuário, mobilidade, limitações físicas, nível de consciência, capacidade de compreensão e cooperação, padrão urinário, alterações geniturinárias, intercorrências ou alergias;

4.3 Selecionar o cateter de calibre adequado, após avaliação do meato uretral;

4.4 Promover ambiente iluminado e privativo. Utilizar o biombo e foco de luz extra, se necessário;

4.5 Explicar o procedimento e a finalidade do mesmo ao usuário e/ou acompanhante;

4.6 Reunir todo o material necessário;

4.7 Obter ajuda de outro profissional para posicionar usuários frágeis, mentalmente confusos, debilitados;

4.8 Realizar a higiene íntima prévia, utilizando luvas de procedimento, recipiente com água e sabonete líquido, bacia e compressas;

4.9 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.10 Posicionar o usuário em decúbito dorsal, com as pernas estendidas e ligeiramente afastadas;

4.11 Utilizar técnica asséptica para abrir o pacote estéril de cateterismo, preferencialmente entre as pernas, próximo à genitália do usuário;

4.12 Abrir o pacote de gazes estéril dentro da cuba redonda;

4.13 Umedecer as gazes na cuba redonda com a solução tópica antisséptica;

4.14 Abrir todo o material estéril colocando em cima do campo do pacote de cateterismo: o cateter (mantê-lo na embalagem plástica), a bolsa coletora, as seringas e a agulha;

4.15 Realizar a desinfecção do flaconete de água destilada com álcool a 70% e a abri-lo posicionando-o próximo para a aspiração do mesmo;



- 4.16 Calçar a luva estéril em cima de uma superfície plana próxima ao campo, conforme procedimento operacional;
- 4.17 Conectar a agulha na seringa;
- 4.18 Aspirar o conteúdo da ampola de água destilada em quantidade indicada pelo fabricante do cateter uretral tipo foley;
- 4.19 Com a outra seringa de 20mL, retirar o êmbolo e solicitar que o auxiliar despeje cerca de 10 a 15mL do gel anestésico à 2% dentro da mesma, desprezando a primeira gota, recolocar o êmbolo e retirar o ar da mesma, reservar deixando em cima do campo;
- 4.20 Conectar o cateter à bolsa coletora, mantendo o sistema de drenagem fechado;
- 4.21 Verificar o clamp da extensão que deve permanecer aberto e o clamp da bolsa coletora deve permanecer fechado;
- 4.22 Segurar o pênis do usuário, com auxílio de uma gaze, com a mão não dominante (essa mão não deverá ser removida da posição até o final da introdução da sonda);
- 4.23 Com a outra mão pegar a pinça e iniciar a antissepsia da região genital;
- 4.24 Realizar a antissepsia do meato uretral com uma gaze em movimento circular único;
- 4.25 Realizar a antissepsia da glândula com outra gaze em movimento circular único;
- 4.26 Pegar a seringa com gel lubrificante e introduzir na uretra do usuário;
- 4.27 Manter o pênis posicionado a 90°; pedir para o usuário fazer força para baixo como se fosse para urinar e introduzir o cateter lentamente pelo meato uretral;
- 4.28 Avançar com o cateter até sua bifurcação ou até que a urina flua pela extremidade do cateter. Se houver resistência, não forçar, pedir para o usuário respirar fundo e lentamente para promover um relaxamento do esfíncter e facilitar a entrada do cateter;
- 4.29 Abaixar o pênis e segurar firmemente o cateter com a mão não dominante;
- 4.30 Injetar a água destilada que está na seringa na via do balonete;
- 4.31 Se o usuário se queixar de dor no momento da insuflação do balonete, desinsuflar o balão, avançar um pouco mais com o cateter e reinflar o balão;
- 4.32 Tracionar o cateter delicadamente até obter resistência;
- 4.33 Reposicionar o prepúcio;
- 4.34 Fixar o cateter com a fita hipoalergênica, ao nível da bifurcação do cateter na região suprapúbica, ou na face anterior da coxa, deixando uma folga, permitindo livre movimentação dos membros inferiores;



- 4.35 Observar o volume drenado e as características da urina;
- 4.36 Recolher o material utilizado;
- 4.37 Retirar as luvas e desprezá-las juntamente com os demais materiais;
- 4.38 Identificar a bolsa coletora com data, hora, volume injetado no balonete, número da sonda, nome do executor da técnica;
- 4.39 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
- 4.40 Registrar em prontuário o procedimento realizado anotando as características da diurese e tamanho do cateter utilizado no prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÃO

- Não existe recomendação embasada em evidências científicas de padronização de tempo para troca rotineira do cateter. A troca deve considerar a avaliação do usuário e o funcionamento do cateter.
- Fatores que influenciam o tempo de permanência do cateter: ingesta hídrica e alimentar, pH da urina, histórico de incrustações, ITU de repetição.
- Troca Imediata: Obstrução do cateter ou tubo coletor, sempre que houver violação do sistema fechado, mau funcionamento do cateter, extravasamentos e presença de febre de origem indeterminada.
- Os cateteres de demora vêm em diversos tamanhos de balão, de 3 mL (para crianças) a 30 mL (para adultos). O tamanho do balão está geralmente impresso na escotilha do cateter.

6 REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN no 450/2013, 11 de dezembro 2013. Normatiza o procedimento de sondagem vesical no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html>. Acesso em: 15 mai 2019.

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



TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.



ORIENTAÇÕES PARA CATETERISMO INTERMITENTE LIMPO

1. OBJETIVO

Orientar corretamente o usuário, familiar/cuidador quanto ao esvaziamento/drenagem de urina da bexiga urinária em indivíduos com disfunção vesico-esfincteriana que realizam o procedimento no domicílio.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL (disponibilizado ao usuário para 30 dias conforme padronização do município)

3.1 Cateter uretral de calibre recomendado pelo profissional que avaliou;

3.2 Lidocaína gel;

3.3 Pacote de gaze estéril;

3.4 Sabonete neutro líquido;

3.5 Água corrente;

3.6 Luvas de procedimentos;

3.7 Local para desprezar a urina (comadre, vaso sanitário ou outros).

4. PROCEDIMENTO

4.1 Lavar bem as mãos com água corrente e sabão;

4.2 Colocar todo material que vai utilizar ao alcance das mãos;

4.3 Colocar luvas de procedimento (esse material só é usado quando é cateterismo por terceiros - se cuidador/profissional);

4.4 Realizar limpeza local com sabonete e água (pode usar a compressa para ajudar na retirada do sabão, se houver);

4.5 Lavar novamente as mãos com água corrente e sabão;

4.6 Conferir número do cateter e abrir a embalagem;



- 4.7 Colocar luva de procedimento (esse material só é usado quando é cateterismo por terceiros - se cuidador/profissional);
- 4.8 Introduzir ¼ da bisnaga de lidocaína na embalagem do cateter;
- 4.9 Passar o cateter como orientado pelo enfermeiro, conforme POP de cateterismo vesical, massagear a região da bexiga para favorecer a saída da urina. Aguardar o esvaziamento completo da bexiga (de 5 a 10 minutos);
- 4.10 Retirar o cateter após cessar a saída de urina;
- 4.11 Lavar novamente as mãos com água corrente e sabão;
- 4.12 Descartar o material utilizado em lixo adequado.

ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO, CUIDADORES E FAMILIARES QUANTO AOS CUIDADOS COM O AUTOCATETERISMO

- 4.13 Orientar sobre a técnica limpa e como realizar, informando a necessidade periódica de realização;
- 4.14 Ressaltar a importância das lavagens das mãos e do meato uretral antes da realização do procedimento, para evitar infecções;
- 4.15 Orientar para mulheres o uso do espelho acomodado entre as pernas para melhor visualização do meato uretral;
- 4.16 Informar que aos sinais de sangramento, urina turva ou com odor fétido e sintomas febris o médico deverá ser consultado;
- 4.17 Orientar que nos casos de resistência na passagem da sonda deve-se retrainir a sonda ligeiramente e iniciar novamente a introdução com movimento giratório em torno de si mesmo, se permanecer a resistência, suspender o procedimento e buscar avaliação médica.
- 4.18 Usualmente a frequência de cateterismos por dia varia de quatro a seis vezes, com base nos dados obtidos no diário miccional, sendo dependente da ingestão hídrica, parâmetros urodinâmicos, capacidade vesico-funcional, eficácia de medicamentos utilizados. O volume drenado não deve ultrapassar os 400ml. Um número muito reduzido de cateterismos em 24 horas pode resultar em um maior risco de infecções urinárias, além do que a distensão exagerada da bexiga pode provocar lesão na parede vesical. Em dias mais frios, ou em outras



situações que provoquem o aumento do débito urinário, a frequência do cateterismo intermitente deve ser ajustada à situação.

5 OBSERVAÇÕES

Para realizar o procedimento é necessária prescrição médica, a equipe de saúde precisa conhecer para orientar, prever e prover os materiais necessários para o usuário.

6 REGISTRO

Anotar no prontuário do serviço data e horário do procedimento, orientações e capacitação do usuário e do familiar, aceitação ou recusa dos mesmos.

7 REFERÊNCIAS:

Wyndaele JJ. Complications of intermittent catheterization: their prevention and treatment. *Spinal Cord* 2002; 40: 236.

Bakke A. Physical predictors of infection in patients treated with clean intermittent catheterization: a prospective 7-year study. *Br J Urol* 1997; 79(1):85.

Assis, GM. Fraga, R. Mello, MP. Rosa, TS Cateterismo intermitente limpo: manual ilustrado de orientação ao usuário adulto: vidas secas 2022. Designer gráfico, editorial e ilustrações Talita dos Santos Rosa e Fatima Faisal El Kaderi– São Paulo: [s.n.], 2022.

ASSIS, G. M; FARO, A. C. M. Clean intermittent self catheterization in spinal cord injury. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 45, n. 1, p. 282- 286, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital alemão Oswaldo Cruz. Orientações para o cuidado do usuário no ambiente domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_cuidado_paciente_ambiente_domiciliar.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

CAMPOS, C. V. S.; SILVA, K. L. Cateterismo vesical intermitente realizado pelos cuidadores domiciliares em um serviço de atenção domiciliar. *Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte*, v. 17, n. 4, 2013. Disponível em: . Acesso em: 15 mai 2019.

PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETI, I. U. R. (Org.). *Estomaterapia em foco e o cuidado especializado*. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.



COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO

1. OBJETIVO

Realizar coleta de exame citopatológico do colo do útero em mulheres, com vida sexual iniciada.

2. RESPONSABILIDADE

Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Camisola/Avental

3.2 Lençol

3.3 Escova endocervical

3.4 Espátula de Ayre

3.5 Espéculo descartável (P, M ou G)

3.6 Lâmina de vidro com uma extremidade fosca para identificação e bordas lapidadas

3.7 Lápis preto nº 2 para identificação da lâmina

3.8 Luvas de procedimento

3.9 Papel lençol ou lençol descartável

3.10 Porta-lâmina

3.11 Fixador celular

3.12 Pinça Cheron, se necessário

3.13 Gaze, se necessário

3.14 Solução fisiológica 0,9%, se necessário.

PROCEDIMENTO

4.1 Acolher a usuária e fazer a identificação, checando nome, data de nascimento, endereço.

4.2 Realizar coleta de dados;

4.3 Orientar a usuária quanto ao procedimento;

4.4 Mostrar os materiais que serão utilizados;



- 4.5 Identificar, com lápis preto nº 2, a lâmina na extremidade fosca com iniciais do nome da usuária (letra maiúscula de forma separada por ponto) e data de nascimento.
- 4.6 Entregar camisola/avental à usuária e encaminhá-la ao banheiro/local reservado, solicitando-a que retire toda a roupa, vista o avental com a abertura para frente e esvazie a bexiga;
- 4.7 Higienizar as mãos, conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.8 Colocar papel lençol ou lençol descartável sobre a mesa ginecológica;
- 4.9 Solicitar que a usuária sente-se à mesa ginecológica;
- 4.10 Realizar exame clínico das mamas conforme procedimento operacional;
- 4.11 Solicitar que a usuária deite sobre a mesa ginecológica, auxiliando-a a se posicionar adequadamente, para a coleta do exame citopatológico, cobrindo-a com lençol;
- 4.12 Abrir a embalagem do espéculo e separar demais materiais, dispondo-os na mesa auxiliar;
- 4.13 Ligar o foco de luz, posicionando-o de modo adequado;
- 4.14 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.15 Observar atentamente os órgãos genitais externos, prestando atenção à distribuição dos pelos, à integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, à presença de secreção vaginal, sinais de inflamação, veias varicosas e lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações.
- 4.16 Escolher o tamanho do espéculo de acordo com as características perineais e vaginais da mulher a ser examinada. Lubrificantes não devem ser utilizados, para evitar prejuízo na análise da amostra. Em mulheres com vaginas atróficas ou pouco lubrificadas fisiologicamente, recomenda-se molhar o espéculo com soro fisiológico
- 4.17 Avisar a mulher e introduzir o espéculo suavemente, com a fenda da abertura na posição vertical ligeiramente inclinada, desviando da uretra.
- 4.18 Fazer a rotação deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal.
- 4.19 Abrir lentamente e com delicadeza, de modo que o colo do útero fique completamente exposto. Quando houver dificuldade na visualização do colo, avaliar a necessidade de ajuste do espéculo, sugerir que a mulher tussa ou que faça pequena força com o períneo.



4.20 Inspeccionar as paredes vaginais e o colo. Verificar se o colo uterino é normal, ausente ou não visualizado, se está alterado (ectopia, pólipos endocervicais e prolapso) e se há leucorreia (aspecto da secreção, volume e cheiro) para posteriormente registrar na Requisição de Exame Citopatológico (SISCAN) e no prontuário da usuária;

4.21 Secar delicadamente com uma gaze montada em uma pinça Cheron, se ao visualizar o colo uterino houver grande quantidade de muco ou secreção, sem esfregar, para não perder a qualidade da amostra;

4.22 Encaixar a ponta mais longa da espátula de Ayre no orifício do colo, apoiando-a com firmeza, e com movimento rotativo único de 360° ao redor de todo o orifício.



Fonte: Google imagens/coleta de citologia oncótica da ectocérvice

4.23 Espalhar na lâmina de vidro o material coletado da ectocérvice no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo à região fosca.;



Fonte: arquivo TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

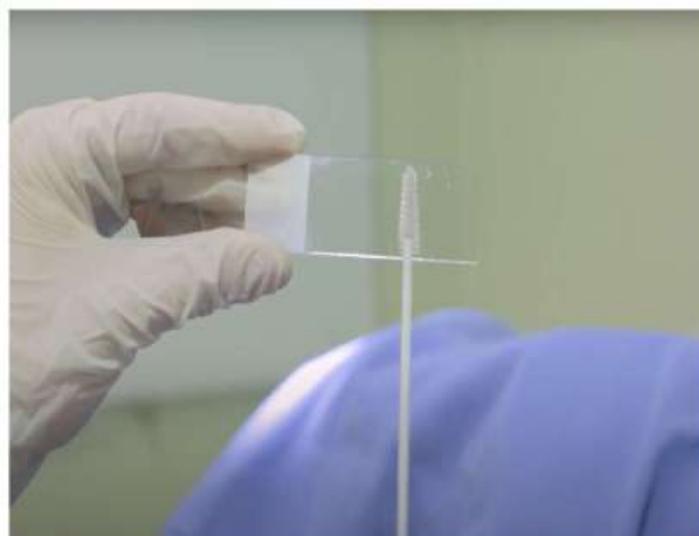


4.24 Introduzir a escova no orifício do colo e fazer uma rotação completa e delicada no canal, procurando evitar sangramentos



Fonte: Google imagens/coleta de citologia oncótica da endocérvice

4.25 Espalhar na metade inferior da mesma lâmina o material coletado da endocérvice, no sentido longitudinal



Fonte: arquivo TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

4.26 Borrifar com solução fixadora (spray de polietilenoglicol) a uma distância de 20 cm da lâmina. Sempre observe a validade do produto.



Fonte: arquivo TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

- 4.27 Colocar cuidadosamente a lâmina no porta lâmina fornecido pelo laboratório;
- 4.28 Avisar a mulher que a coleta está concluída. Deve-se fechar o espelho de forma a não beliscar, retirando-o delicadamente. Há possibilidade de discreto sangramento após a coleta, que deve cessar espontaneamente.
- 4.29 Desprezar o material descartável em local apropriado;
- 4.30 Retirar as luvas;
- 4.31 Higienizar as mãos conforme procedimento padrão de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.32 Desligar o foco de luz;
- 4.33 Auxiliar a usuária a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;
- 4.34 Orientar a usuária a agendar retorno conforme a rotina da Unidade de Saúde;
- 4.35 Realizar a solicitação de exame no **SISCAN**. Preencher corretamente os dados nos formulários para requisição de exame, pois dados incompletos ou ausentes podem comprometer a análise do material e rejeição da lâmina pelo prestador;
- 4.36 Registrar o procedimento conforme processo de enfermagem no prontuário eletrônico e inserir em lançamentos de procedimento o Código 0201020033 (Coleta de material para exame citopatológico de colo uterino).

5. OBSERVAÇÕES

- Recomendações para as 48 horas que antecedem a coleta:



- Não utilizar medicações intravaginais;
 - Não utilizar duchas vaginais;
 - Não manter relações sexuais, nem mesmo com uso de preservativo;
 - Não ter realizado exames como: ultrassom transvaginal, toque vaginal;
 - Não estar menstruada;
 - Aguardar o 5º dia após o término da menstruação para realização da coleta;
- Essas recomendações não se enquadram àquelas usuárias identificadas em situação de prioridade, ou seja, mulheres que coletaram o exame citopatológico há mais de 03 anos. Nesses casos o procedimento deve ser realizado de forma oportunística (imediate).
- Antes de realizar a identificação da lâmina, verificar se a mesma está limpa. Se necessário, limpá-la com gaze seca.
- Cuidados com o Fixador: Observar o prazo de validade; Homogeneizar antes do uso; Não expor ao sol; Manter o frasco sempre fechado para evitar evaporação.
- SITUAÇÕES ESPECIAIS:
- No caso de mulheres histerectomizadas, verificar se o colo foi mantido. Se houver colo, o exame deve ser procedido regularmente, seguindo orientações do rastreamento habitual; Em mulheres histerectomizadas sem colo uterino, não será realizado o procedimento;
 - Na presença de pequeno sangramento não menstrual durante o procedimento, secar o sangramento com gaze e proceder à coleta. Lembrar-se de avisar a usuária que isso pode acontecer e que cessará sozinho.
 - Em mulheres idosas, com vagina ressecada, recomenda-se molhar o espécúlo com solução salina (SF 0,9%); Não lubrificar o espécúlo com óleo, glicerina, creme, vaselina ou gel lubrificantes à base de água;
 - O exame não deve ser realizado em usuárias virgens, em qualquer faixa etária.
 - No caso de usuárias grávidas, a coleta não é contraindicada. Em mulheres com suspeita de gravidez realizar apenas coleta de material ectocervical. Cabe ao enfermeiro proceder ao teste rápido de gravidez, no caso de resultado positivo, iniciar o pré-natal precocemente.

6 REFERÊNCIAS



BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de atenção básica, n. 13).

FOSP. Fundação Oncocentro do Estado de São Paulo. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Capacitação Teórico-Prática nas Ações de Rastreamento do Câncer Cervical. São Paulo: Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, 2018.



COLETA DE ESCARRO PARA TESTE MOLECULAR RÁPIDO (TMR)

1. OBJETIVO

Realizar coleta adequada de material para exame de TMR, para diagnóstico da tuberculose.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Solicitação de exame – preenchida pelo médico ou enfermeiro;

3.2 Pote de escarro

3.3 Luvas descartáveis

3.4 Lenço de papel ou papel toalha

3.5 Geladeira ou caixa de térmica para material biológico

3.6 Etiqueta com identificação

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Reunir o material;

4.3 Identificar o pote coletor com etiqueta na parte externa do lado oposto à graduação, contendo as seguintes informações: nome completo, data de nascimento e data da coleta;

4.4 Identificar e acolher o usuário;

4.5 Explicar ao usuário sobre o procedimento:

4.5.1 Antes de iniciar, pedir que higienize a cavidade oral com água (não usar creme dental ou solução anti-séptica) e que lave as mãos; caso use prótese dentária deve removê-la antes da coleta, entregar o pote identificado e fechado.

4.5.2 Orientações para coleta: Inspirar profundamente pelo nariz, reter o ar por alguns instantes e expirar, repetir o procedimento três vezes, inspirar profundamente e expirar com



esforço de tosse, após tossir, abrir o pote e expectorar a secreção dentro dele, sem encostar os lábios no pote, repetir o procedimento até que o volume mínimo seja alcançado, o volume ideal é de 5 a 10 mL de escarro;

4.5.3 Informar que o pote deve ser tampado e colocado em um saco plástico com a tampa para cima, cuidando para que permaneça nessa posição;

4.5.4 Orientar o usuário a lavar as mãos após o procedimento;

4.5.5 As amostras devem ser coletadas em local aberto de preferência ao ar livre ou em sala bem arejada;

4.5.6 Orientar o usuário sintomático respiratório a fazer uso de máscara cirúrgica.

4.6 Registrar o procedimento no prontuário eletrônico do usuário.

5. OBSERVAÇÃO

· Preferencialmente, as amostras devem ser enviadas ao laboratório imediatamente após a coleta. O setor de transportes da secretaria de saúde deve ser comunicado para realizar o transporte do material até o setor de tuberculose (Policlínica Erasmo Crossetti).

· O material pode ficar acondicionado em temperatura ambiente por até 48 horas ou em geladeira por até 07 dias. Para o transporte das amostras, deve-se considerar o acondicionamento adequado para evitar derramamento. Nunca colocar a requisição de exame juntamente com o pote, anexá-las fora da caixa.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.



COLETA DE TESTE DO PEZINHO (TRIAGEM BIOLÓGICA NEONATAL)

1. OBJETIVO

Coletar sangue em papel filtro para realização de triagem biológica neonatal.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.2 Papel filtro específico (cartão de coleta)

3.3 Algodão ou gaze

3.4 Álcool a 70%, se necessário

3.5 Luvas de procedimento

3.6 Lancetas específicas

3.7 Dispositivo para contenção de sangramento, se necessário

4. PROCEDIMENTO

4.1 Acolher o binômio mãe/bebê / responsável/bebê no local para coleta do teste do pezinho, que pode ser realizada em qualquer ambiente, não exigindo sala específica para o procedimento;

4.2 Orientar sobre o que é o teste do pezinho e quais suas finalidades;

4.3 Orientar a mãe a colocar o recém-nascido para amamentar alguns minutos antes do procedimento (caso esteja em aleitamento materno), visando diminuir a sensação álgica no recém-nascido; Se o recém-nascido não estiver em aleitamento materno, o procedimento deve ser realizado com a mãe/responsável segurando o bebê em posição de verticalizada;

4.4 Preencher corretamente com caneta azul ou preta todos os dados solicitados no cartão de coleta do teste do pezinho.

4.5 Realizar higiene das mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

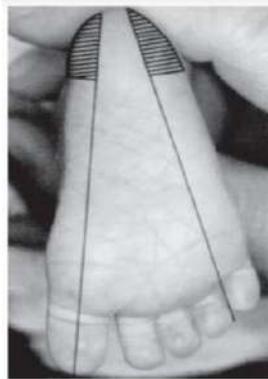


4.6 Calçar luvas de procedimentos;

4.7 Expor o calcâneo do recém-nascido em que será realizado a punção;

4.8 Observar se o pé do recém-nascido está aquecido. Em épocas de frio, aconselha-se, caso necessário, utilizar bolsa térmica ou imergir o pé do recém-nascido em cuba com água morna para favorecer a vasodilatação e o fluxo sanguíneo; após, secar o pé do recém-nascido;

4.9 Determinar o local a ser puncionado, observando o local ideal para a punção;



Fonte: Brasil (2016)

4.10 Fazer a assepsia do local usando algodão ou gaze embebida em álcool 70 %, se necessário, e retirar o excesso de álcool 70% com o algodão ou gaze secos ou deixar o local secar espontaneamente;

4.11 Puncionar o local com a lanceta estéril específica fornecida pelo Laboratório de Triagem Neonatal do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e distribuída às equipes pela Política de Saúde da Criança;



Fonte: Brasil (2016)

4.12 Encostar gentilmente o lado do papel filtro na gota de sangue, sem esfregar. Permita que o sangue seja absorvido, preenchendo totalmente os círculos e fique completamente visível no



verso do papel filtro; durante o procedimento evite espremer o pé do recém-nascido o que pode ocasionar hemólise da amostra do sangue e mistura com fluidos tissulares, inviabilizando a realização dos testes;

4.13 Terminada a coleta, pressione levemente o local puncionado com algodão ou gaze para conter o sangramento e colocar o dispositivo de contenção do sangramento (curativo), se necessário;

4.14 Os materiais utilizados na coleta devem ser descartados seguindo-se as normas de descarte de material biológico;

4.15 Destacar e entregar o comprovante de coleta do teste do pezinho aos pais e orientar sobre o prazo para retirada do resultado do exame (aproximadamente 7 a 10 dias);

4.16 Registrar o procedimento no prontuário eletrônico, descrevendo o local da punção;

4.17 Colocar o cartão de coleta com o sangue coletado em local apropriado para secagem, preferencialmente na horizontal, por duas a seis horas, longe de fontes emissoras de calor como estufas, aquecedores, ar condicionado ou luz solar direta;

4.18 Depois de secos, enviar os cartões de coleta, por meio do motorista da secretaria de saúde para a Política de Saúde da Criança.

5 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de atenção básica, n. 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Triagem neonatal: deficiência de biotinidase. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Triagem neonatal: hiperplasia adrenal congênita. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Triagem neonatal biológica: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.



CONFERÊNCIA DE CAIXA DE EMERGÊNCIA NA APS

1. OBJETIVO

Padronizar a conferência da caixa de emergência a fim de garantir a manutenção e controle dos materiais e medicamentos padronizados para a caixa de emergência.

2. RESPONSABILIDADE

Enfermeiro: escalar técnico ou auxiliar de enfermagem para conferência dos lacres. Controle rigoroso dos psicotrópicos e demais itens da caixa de emergência. Teste dos equipamentos da sala de emergência.

Técnico ou Auxiliar de Enfermagem: realizar a conferência dos lacres, auxiliar na conferência mensal e reposição dos materiais e medicamentos necessários.

3. MATERIAL

3.1 Check list

3.2 Caneta

3.3 Pasta

4. PROCEDIMENTO

4.1 O Enfermeiro deverá escalar um técnico/auxiliar de enfermagem para conferência dos prazos de validade das medicações e dos materiais diariamente da caixa de emergência.

4.2 O Técnico ou Auxiliar de Enfermagem deverá conferir o lacre de emergência semanal e anotar no check list ANEXO 1.

4.4 Mensalmente, a equipe de enfermagem, deverá realizar uma checagem geral, realizar a conferência sistemática da caixa de emergência, contando e checando todos os itens e repondo os necessários, verificando principalmente QUANTIDADE E DATA DE VALIDADE (ANEXO1)

5. OBSERVAÇÃO

Ações em caso de **Não Conformidade**:



5.1 Caso na conferência esteja faltando qualquer material, medicamento e se detectar o mau funcionamento do ambú comunicar ao Enfermeiro para reposição imediata;

5.2 Qualquer intercorrência no funcionamento dos equipamentos comunicar ao Enfermeiro para solicitar avaliação imediata da manutenção e substituição do equipamento.

ATENÇÃO:

5.3 Quando utilizado em situação de emergência, deverá ser conferido, repostado logo após o uso.

5.4 Todos medicamentos com vencimento nos próximos 60 dias deverão ser encaminhados à farmácia para a troca;

5.5 Na conferência deverá ser testado o funcionamento do Ambú.

6 REGISTRO

Realizar todas as anotações nos referenciados Check List e Anexos 1, 2, 3, 4, 5 e 6.

Os Check List deverão ser arquivados na Unidade por um ano e depois encaminhados ao Arquivo Central.



CHECK LIST CONFERÊNCIA DOS CARROS/CAIXA URGÊNCIA UBS/USF

Unidade de Saúde:				Ano:		
Material /medicamento	Quantidade	Validade	Observação	Data/ Assinatura	Data/ Assinatura	Data/ Assinatura
Bolsa Válvula Máscara (AMBÚ) adulto	01					
Bolsa Válvula Máscara (AMBÚ) Pediátrico	01					
Seringa de 3ml/5ml/10ml / 20ml	02 de cada					
Agulhas 13x4.5	02					
Agulhas 25x7	05					
Agulhas 30x8	02					
Agulhas 40x12	05					
Garrote	01					
Cateter venoso periférico flexível (n° 24, 22, 20, 18, 16)	02 de cada					
Equipo macrogotas	04					



Óculos nasal	01					
Máscara de Hudson	01					
Esparadrapo	01					
Soro Fisiológico 500ml/1000 ml	01 de cada					
Adrenalina (Epinefrina) – Solução Injetável	2					
Atropina – Solução Injetável	2					
Clonidina 0,150	5 cp					
Dexametasona 4 mg/mL - Injetável	3					
Glicose 50% - Solução Injetável	4					
Hidrocortisona 500 mg – Solução Injetável	4					
Prometazina – Solução Injetável	2					
Diazepam – Solução Injetável (Port. 344/98)	2					

7. REFERÊNCIAS

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. 538p.



CURATIVO

1. OBJETIVO

Realizar técnica de curativo.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Bandeja

3.2 Kit para curativo estéril, composto por pinça hemostática, anatômica e tesoura;

3.3 Frasco de solução fisiológica 0,9% de 250mL em temperatura ambiente ou aquecido nos dias frios;

3.4 Atadura crepom (06, 10, 15 ou 20 cm, conforme necessidade);

3.5 Pacotes de gaze estéril;

3.7 Lâmina de bisturi (se necessário);

3.8 Esparadrapo, fita microporosa, fita crepe;

3.9 Luvas de procedimentos e estéreis;

3.10 Equipamentos de Proteção Individual (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, touca descartável)

4. PROCEDIMENTO

4.1 Reunir todo o material necessário em uma bandeja;

4.2 Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado;

4.3 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.4 Abrir o pacote de curativos ou instrumentais (pinças) com técnica estéril;

4.5 Calçar a luva e utilizar instrumentais;

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



- 4.7 Remover cuidadosamente o curativo anterior com pinça, caso haja aderência aos tecidos recém-formados, umedeça-o com solução fisiológica 0,9% até que se desprenda. Este cuidado reduz as chances de traumatizar o tecido de granulação no leito da ferida;
- 4.8 Observar o curativo anterior, quanto aos aspectos da lesão e características do exsudato;
- 4.9 Realizar a limpeza do membro e das adjacências da ferida, com sabonete neutro e água corrente (encanada e tratada pelo serviço de abastecimento, ou então fervida), se necessário.
- 4.10 Trocar /calçar as luvas de procedimentos ou se necessário a estéril;
- 4.11 Realizar a limpeza da ferida com jatos de solução fisiológica a 0,9% preferencialmente morno ou em temperatura ambiente.
- 4.12 Secar a pele peri-lesão com gaze
- 4.13 Remover tecido desvitalizado solto com lâmina ou pinça cuidando para não provocar sangramento, se necessário (procedimento privativo do enfermeiro);
- 4.15 Realizar avaliação da fase da ferida e o tipo de tecido presente no leito da ferida, e escolher o tratamento mais indicado;
- 4.16 Aplicar a tratamento escolhido;
- 4.17 Ocluir o curativo, conforme necessidade (gazes, compressas, ataduras);
- 4.18 Reposicionar o usuário confortavelmente;
- 4.19 Remover todo o material usado e dispense-o em local específico;
- 4.20 Higienizar as mãos;
- 4.21 Agendar retorno para nova avaliação;
- 4.22 Registrar o procedimento no prontuário eletrônico:
 - Registrar “CURATIVO SIMPLES” no sistema em feridas que não se apliquem curativos de cobertura.
 - Registrar “CURATIVO GRAU II COM OU SEM DESBRIDAMENTO” em lesões que forem aplicadas coberturas padronizadas no município.

5. OBSERVAÇÃO

Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do usuário e local da realização do curativo.



6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital alemão Oswaldo Cruz. Orientações para o cuidado do usuário no ambiente domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_cuidado_paciente_ambiente_domiciliar.pdf>. Acesso em: 19 mai 2019.

PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETI, I. U. R. (Org.). Estomaterapia em foco e o cuidado especializado. São Caetano do Sul: Yendis, 2014. POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual de assistência integral às pessoas com feridas. Ribeirão Preto: SMS, 2011.



DESINFECÇÃO DO CONJUNTO DE NEBULIZADORES E MATERIAIS PLÁSTICOS/SILICONE/BORRACHA

1. OBJETIVO

Promover a limpeza e desinfecção de máscaras e nebulizadores após utilização ou sempre que necessário, e demais materiais plásticos, polímeros, acrílicos.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Equipamentos de Proteção Individual (EPI's): gorro, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha, luva de procedimento e calçado fechado;

3.2 Detergente e água corrente;

3.3 Papel toalha;

3.4 Detergente desinfetante de superfícies de nível intermediário de alto desempenho;

3.5 Saco plástico transparente e etiqueta de identificação.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Reunir material;

4.3 Paramentar-se com os EPIs Indicados;

4.4 Lavar o conjunto completo dos nebulizadores/entre outros utensílios minuciosamente com água corrente e detergente até que não se observe material orgânico conforme procedimento operacional;

4.5 Enxaguar várias vezes em água corrente;

4.6 Retirar luvas de borracha e proceder higiene das mãos conforme procedimento operacional padrão;



4.7 Calçar luvas de procedimento;

4.8 Secar com toalha de papel;

4.9 Mergulhar em detergente desinfetante de superfícies e nível intermediário de alto desempenho preparado e validado, conforme procedimento operacional padrão, por 10 minutos; (ou mergulhar em solução padronizada conforme fabricante);

4.10 Enxaguar em água corrente;

4.11 Secar novamente com toalha de papel;

4.12 Retirar o EPI e higienizar as mãos;

4.13 Acondicionar os utensílios em sacos plásticos transparentes com identificação e data da desinfecção em etiqueta adesiva, com validade de 1 mês.

5. OBSERVAÇÃO

O conjunto corresponde à máscara/copo para medicação/extensão, USO ÚNICO PARA CADA USUÁRIO. A extensão NÃO deve ser deixada pendurada ao fluxômetro.

6. REGISTRO

Proceder à identificação do material com data e nome do responsável pela desinfecção e acondicionamento.

7. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Práticas recomendadas. 4. ed. São Paulo: SOBEC, 2007.



ELEVAÇÃO DO MENTO - ABERTURA DAS VIAS AÉREAS

1. OBJETIVO

Utilizar a técnica de elevação do mento para permeabilizar as vias aéreas, da boca, faringe e laringe permitindo que o ar passe pelas cordas vocais e traqueia alcançando a via aérea baixa.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Equipamentos de proteção individual (EPI), como óculos, luvas e máscara facial.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Utilizar os equipamentos de proteção individual;

4.2 Posicionar uma das mãos na região frontal, sobre a testa, para fixar a cabeça da vítima (figura 1);

4.3 Posicionar os dedos indicador e médio da outra mão sob o mento (figura 2);

4.4 Tracionar suavemente o mento para cima e para frente, enquanto o polegar da mesma mão deprime o lábio inferior, para abrir a boca;

4.5 Simultaneamente, efetuar uma leve extensão do pescoço;

Figura 1



Figura 2



Fonte: Silva (2015)



5. OBSERVAÇÕES

· Indicada para usuários de agravos clínicos nas quais não há suspeita de lesão raquimedular ou história de trauma. Em casos de suspeita de trauma, mantenha sempre o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical, ou utilize a anteriorização da mandíbula, conforme procedimento operacional padrão.

6. REGISTRO

Registrar o procedimento no prontuário eletrônico.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

SILVA, A. C. Desenvolvimento de ambiente virtual de aprendizagem para a capacitação em parada cardiorrespiratória. 2015. Dissertação (Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.



EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

1. OBJETIVO

Identificar alterações que necessitem de investigação diagnóstica, condutas e encaminhamentos.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Mesa ginecológica ou divã

3.2 Gaze, se necessário

4. PROCEDIMENTO

4.1 Realizar a higiene das mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Apresentar-se a mulher e explicar o procedimento;

4.3 Fazer a anamnese: queixa principal, levantar fatores endócrinos/história reprodutiva, fatores comportamentais, risco de câncer de mama devido à radiação ionizante, fatores genéticos/hereditários, antecedentes cirúrgicos nas mamas, investigar se tiveram as mamas avaliadas por um profissional de saúde e mamografias anteriores (rastreamento ou diagnóstica);

4.4 Realizar a inspeção estática e dinâmica. As mamas devem ser inspecionadas com a usuária sentada, com os braços pendentes ao lado do corpo (inspeção estática) e com a usuária realizando os seguintes movimentos (inspeção dinâmica): elevação dos membros superiores acima da cabeça, pressão sobre os quadris, inclinação do tronco para frente com os membros superiores acima da cabeça.

4.5 Observar se as mamas são simétricas, se a circulação venosa superficial é normal e simétrica, se existem abaulamentos, retrações ou alterações de pele (hiperemia, edema, ulceração, descamação ou erosão, tecido com aspectos de “casca de laranja” e pele grossa);



4.6 Identificar alterações na aréola (tamanho, forma, simetria e coloração); alterações na orientação dos mamilos (desvio da direção em que os mamilos apontam), achatamento ou inversão; ou evidência de secreção mamilar, como crostas em torno do mamilo;

4.7 Verificar a presença de cicatrizes cirúrgicas prévias, nevos cutâneos, marcas congênitas e tatuagens;

4.8 Realizar a palpação de todas as áreas do tecido mamário e linfonodos axilares e supraclaviculares, em busca de nódulos, espessamentos, modificações na textura e temperatura da pele;

4.9 Ao examinar a axila, é importante que os músculos peitorais fiquem relaxados para que seja feito um exame completo da axila. Músculos contraídos podem obscurecer discretamente linfonodos aumentados de volume;

4.10 Para examinar os linfonodos axilares direitos o examinador deve suspender o braço direito da usuária, utilizando o seu braço direito; deve então fazer uma concha com os dedos da mão esquerda, penetrando o mais alto possível em direção ao ápice da axila. A seguir, trazer os dedos para baixo pressionando contra a parede torácica. O mesmo procedimento deve ser realizado na axila contralateral. O examinador deve observar o número de linfonodos palpados, bem como seu tamanho, consistência e mobilidade.

4.11 As fossas supraclaviculares podem ser examinadas pela frente da usuária ou por abordagem posterior.

4.12 Iniciar a palpação da mama com a usuária em decúbito dorsal, em mesa firme. Pede-se para a usuária elevar o membro superior isolateral acima da cabeça para tensionar os músculos peitorais e fornecer uma superfície mais plana para o exame. O examinador deve colocar-se no lado a ser palpado. Inicia-se o exame com uma palpação mais superficial, utilizando as polpas digitais em movimentos circulares no sentido horário, abrangendo todos os quadrantes mamários. Repete-se a mesma manobra, porém com maior pressão (não se esquecer de palpar o prolongamento axilar mamário e a região areolar).

4.13 Expressão: deve ser realizada somente se houver queixa de saída de líquido pelo mamilo. Fazer a expressão suave da mama, desde a base até o complexo aréolo papilar. Ocorrendo a saída de fluxo, observar se é uni ou bilateral e monoductal ou poliductal. Para verificar adequadamente a cor do fluxo, deve ser absorvido em uma gaze.

4.14 Ajudar a mulher levantar-se.

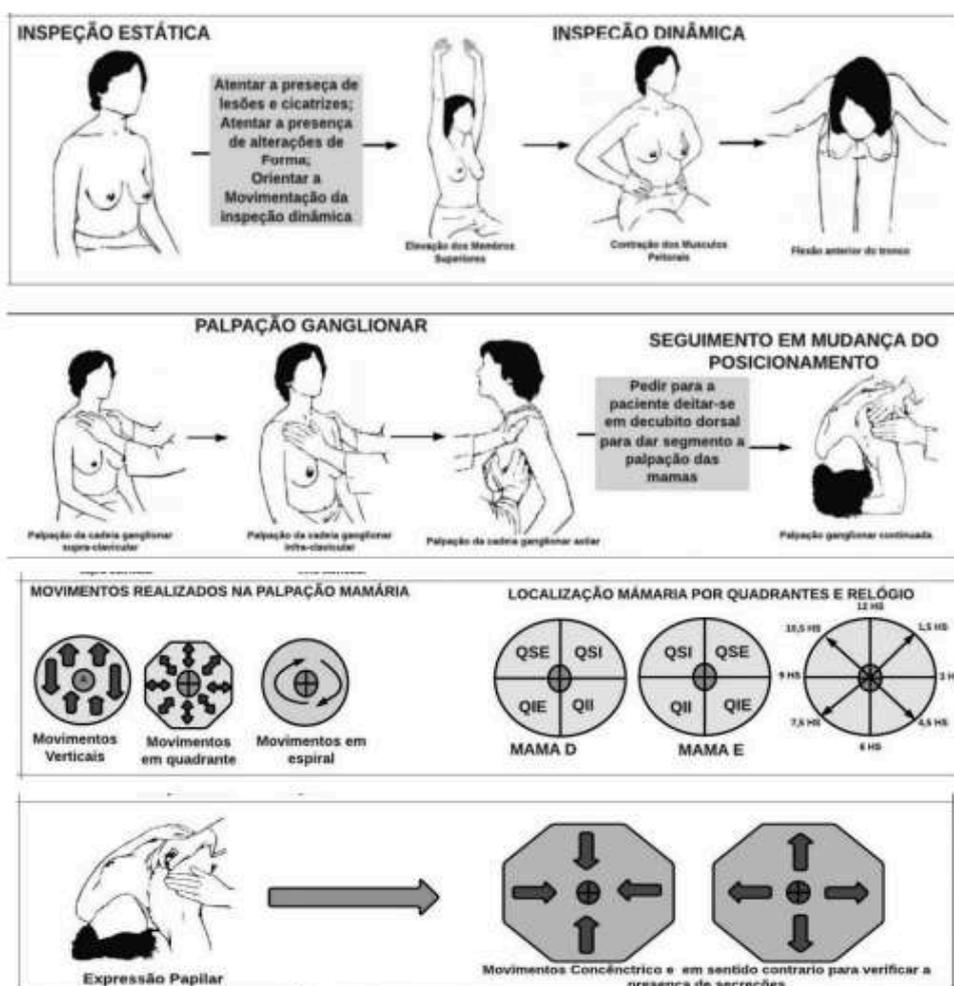


4.15 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.16 Registrar o procedimento no prontuário eletrônico, bem como as características encontradas.

5. OBSERVAÇÕES

- Realizar orientações para promoção da saúde e prevenção do câncer de mama
- Orientar sobre as alterações encontradas e encaminhamentos, se necessários.
- Durante o exame sinais como: assimetria, abaulamentos, retrações, eczemas, ulcerações, gânglios linfáticos e nódulos e os casos com suspeita de câncer devem ser referenciados para investigação diagnóstica definitiva.



Fonte: Adaptado a partir de CARRARA, 1996.



6. REFERÊNCIAS

- BEREK, J. S. Berek & Novak: tratado de Ginecologia. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer de mama. Rio de Janeiro: MS: INCA, 2002.
- CARRARA, H. H.; DUARTE, G.; PHILBERT, P. SEMIOLOGIA GINECOLÓGICA. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 29, n. 1, p. 80-87, 30 mar. 1996. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/716>> Acesso em: 20 mai. 2023.



EXAME CLÍNICO DAS MAMAS GRAVÍDICAS E PUERPERAIS

1. OBJETIVO

- Fazer inspeção das mamas e mamilos no início da gravidez e no puerpério imediato;
- Identificar anormalidades e alterações nas mamas;
- Verificar o tipo de mamilo;
- Avaliar, observar os sinais de risco para possíveis dificuldades na amamentação: mamilos mal formados, cirurgias da mama (mamoplastia reducional, prótese mamária);
- Prevenir intercorrências mamárias como ingurgitamento mamário, traumas mamilares e mastite;
- Identificar o tipo de trauma mamilar, quando houver.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Enfermeiro

3. MATERIAL

- 3.1 Luvas de procedimento;
- 3.2 Maca ou divã.

4. PROCEDIMENTO

- 4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.2 Explicar o procedimento à usuária;
- 4.3 Atender a usuária em ambiente privativo, caso necessário utilizar biombo;
- 4.4 Realizar anamnese, incluindo experiências anteriores, medos, dúvidas e expectativas com relação amamentação;
- 4.5 Solicitar à usuária que sente na maca / divã;
- 4.6 Realizar a inspeção estática das mamas: observar volume (pequenas, médias, grandes ou volumosas), forma (firmes, flácidas, túrgidas), simetria (simétricas ou assimétricas), pele (lesões, alterações na pele, cicatrizes, retrações, edemas, hiperemia, abaulamentos), tipo de mamilo (protruso, semi-protruso, plano, pseudo-invertido, invertido, hipertrófico), integridade



aréolo-mamilar (no caso de puérperas), presença de mamilo supranumerário ou glândula mamária extranumerária;

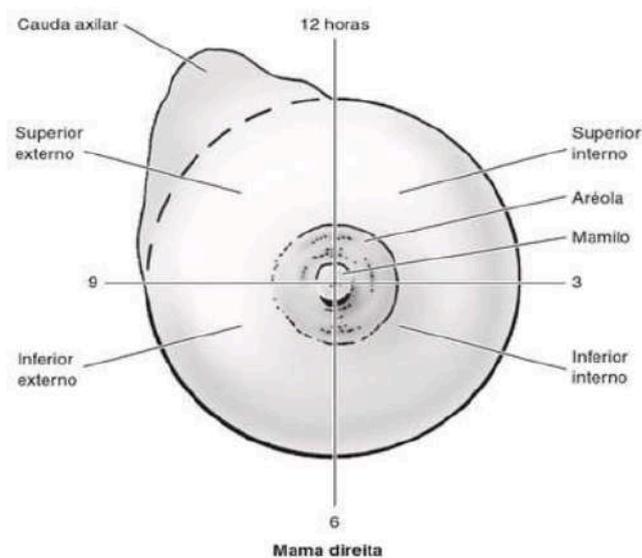
4.7 Realizar a inspeção dinâmica das mamas: Solicitar à usuária que abra os braços paralelos ao corpo e os levante até a cabeça, e com as mãos na cintura contraia a musculatura peitoral;

4.8 Realizar palpação das axilas, identificando glândula mamária supranumerária (puérperas); palpação dos linfonodos axilares e supraclaviculares (gestantes) ainda com a usuária sentada;

4.9 Solicitar à usuária que deite na maca e coloque os braços atrás da cabeça;

4.10 Realizar palpação das mamas, uma de cada vez, com atenção em cada quadrante mamário (Figura 2), caso haja alguma alteração, descrever e registrar localizando o quadrante correspondente.

Figura 2 – Quadrantes da mama direita



Fonte: Moore (2001)

4.12 Utilizar as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos para examinar todo o tecido mamário de forma circular da área distal para proximal do mamilo (Figura 3);



Figura 3 – Palpação com as polpas digitais



Fonte: Rocco (2010)

4.13 Realizar estímulo tátil em região aréolo-mamilar para melhor identificar o tipo de mamilo;

4.14 Orientar a usuária sobre os achados;

4.15 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.16 Registrar o procedimento em prontuário eletrônico, incluindo todas as etapas do exame clínico das mamas: inspeção estática e dinâmica, palpação dos linfonodos axilares, palpação das mamas e mamilo e compressão do complexo aréolo mamilar para verificação de descarga papilar (saída de secreção dos mamilos).

5. OBSERVAÇÕES

- Contraindicar uso de pomadas , buchas, toalhas, óleos, cremes e compressas quentes ou frias nos mamilos na gestação e puerpério; Pode-se indicar o uso de lanolina purificada, **exclusivamente para tratamento de lesões mamilares)**
- No caso de ingurgitamento mamário, realizar e/ou orientar puérpera quanto à Ordenha Manual da Mama conforme Protocolo Municipal de Enfermagem da Saúde da Mulher;
- O uso de luvas é opcional para o exame físico da mama.

6. REFERÊNCIAS

MOORE, K. L. Anatomia orientada para a prática clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.



PALMA, Programa de Aleitamento Materno. Álbum seriado sobre cuidados na amamentação. Ribeirão Preto: Secretaria da Saúde, 1997.

ROCCO, J. R. Semiologia médica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.



EXAME FÍSICO DO ABDOME

1. OBJETIVO

Obter dados anatomofisiológicos do aparelho digestório.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Estetoscópio

3.2 Fita métrica

3.3 Luva de procedimento (se necessário)

3.4 Algodão seco

3.5 Álcool a 70%

3.6 Biombos (se necessário)

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higiene das mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Reunir o material

4.3 Explicar o procedimento e finalidade para o usuário

4.4 Manter a privacidade do usuário

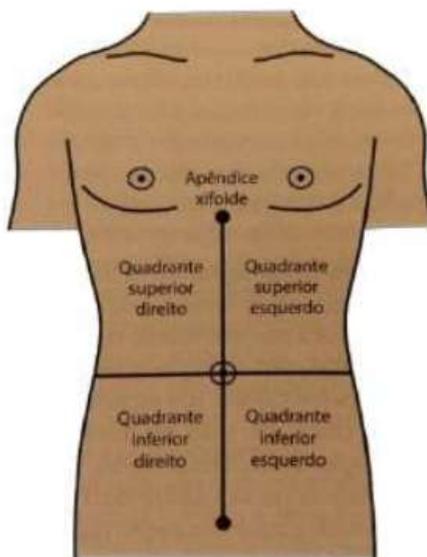
4.5 Posicionar-se do lado direito do usuário

4.6 Posicionar o usuário em decúbito dorsal com os braços estendidos ao longo do corpo, pode-se usar travesseiros sob a cabeça e joelhos para permitir o relaxamento da musculatura abdominal.

4.7 Realizar Inspeção: Neste momento o enfermeiro pode posicionar-se à direita do usuário, no entanto para melhor visualização do abdômen o enfermeiro pode baixar-se, sentar-se ao lado do usuário ou permanecer em pé tangencialmente ao usuário.

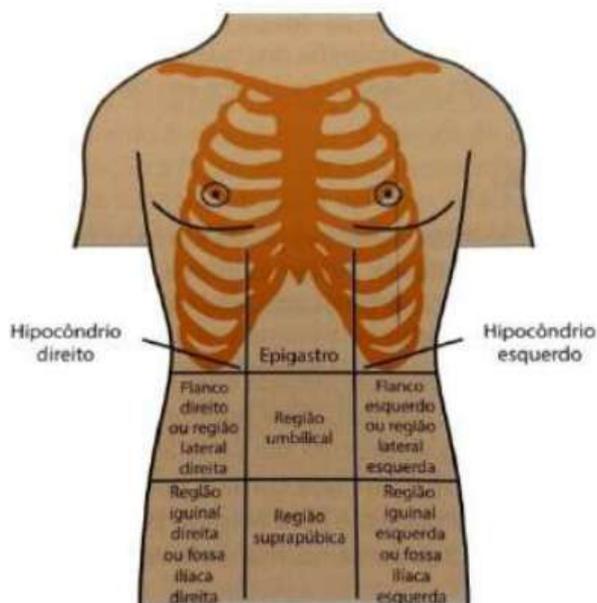
4.8 Localizar:

Os quadrantes conforme a figura:



Fonte: Barros (2016)

As regiões abdominais conforme figura:



Fonte: Barros (2016)

4.9 Avaliar a pele quanto a: coloração, continuidade ou integridade, simetria, manchas, estrias (mensurar tamanho), verrugas, regiões circunscritas maculares ou papulares acastanhadas são comuns no abdômen, outros dados normais e anormais;

4.10 Avaliar o abdome quanto ao: formato (plano, globoso, pendular ou avental, ventre de batráquio - quando o abdome permanece com flacidez muscular fazendo com que este se



projete para ambos os lados e escavado); pulsações, abaulamentos, retrações, cicatriz umbilical (normalmente invertido e central), circulação colateral, movimentos visíveis na parede, circunferência abdominal.

4.11 Realizar Ausculta: os sons normais são os Ruídos hidroaéreos (RHA+); auscultar 1 minuto em cada quadrante, iniciando pelo QID, em sentido horário. Em caso de ausência de RHA, auscultar por 5 minutos contínuos, de preferência em QID.

4.12 Realizar Percussão pela técnica Dígito-digital ou direta: Iniciar a percussão pelo QID em sentido horário. Sons normais: timpânico, maciço e submaciço.

Hepatimetria por percussão (em torno de 6 a 12 cm no adulto normal):

· Borda inferior: percutir da crista ilíaca para cima até encontrar som maciço (geralmente na borda costal direita).

· Borda superior: percutir da linha hemiclavicular em sentido descendente (5º, 6º ou 7º espaço intercostal), até encontrar som maciço.

Rim: sinal de Giordano (punho percussão direta ou em flanco posterior).

Baço: som maciço (no diagnóstico de esplenomegalia).

Ascite: macicez de decúbito ou Sinal de Piparote positivo.

Bexiga: som timpânico é na presença de retenção urinária som maciço.

Sinal de Jobert: percussão da linha média axilar sobre a área hepática produz sons timpânicos ao invés de maciços, indica ar livre na cavidade abdominal por perfuração de víscera oca.

4.13 Realizar palpação, palpar a pele e avaliar: umidade, temperatura, sensibilidade.

Palpação superficial: Palpar delicadamente com a mão dominante mantendo os dedos estendidos e fechados e palma da mão no plano horizontal no abdome com movimentos suaves no sentido horário iniciando no QID.

Palpação Profunda: Aumentar a profundidade da parede abdominal usando a mão dominante ou as mãos sobrepostas. Avaliar: sensibilidade, resistência da parede, continuidade da parede, pulsações;

Fígado - Normal: não palpável ou palpável até 1 a 2 cm abaixo do rebordo costal direito.

Baço – Normal: não palpável

Descompressão brusca dolorosa:

Sinal de Rosving – peritonite – contralateral



Sinal Murphy – dor à palpação em hipocôndrio D – vesícula biliar - colecistite Sinal de Blumberg – dor à palpação no ponto de Mc Burney – terço médio entre espinha íliaca D e cicatriz umbilical – apendicite

4.14 Reunir material.

4.15 Retirar luvas, quando utilizadas.

4.16 Descartar o material em local apropriado, utilizando as luvas de procedimento se forem necessárias.

4.17 Higiene das mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.18 Registrar o procedimento e os achados em prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÃO

· Os sons normais são os Ruídos Hidroaéreos (RHA):

- Normoativos: 5 a 35 ruídos/min
- Hipoativos: menor que 5 ruídos/min
- Hiperativos: maior que 35 ruídos/min

6. REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. B. L. et al. (Org.). Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

JARVIS, C. Exame físico e avaliação de saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002



EXAME DE AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA DO PÉ

1. OBJETIVO

Identificar a perda da sensibilidade protetora (PSP), que pode se estabelecer antes do surgimento de eventuais sintomas.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Luvas de procedimento;

3.2 Monofilamento Semmes-Weinstein de 10g (estesiômetro);

3.3 Diapasão de 128Hz

3.4 Martelo Neurológico com pino

3.5 Sabão líquido.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Preparar o material;

4.3 Levar o material próximo ao usuário;

4.4 Explicar o procedimento ao usuário;

4.5 Fechar a porta ou colocar biombo para garantir a privacidade do usuário;

4.6 Teste de sensibilidade com monofilamento de 10 g

4.6.1 A pessoa deverá ficar sentada de frente para o examinador com os pés apoiados, de forma confortável ou deitada na maca. Orientar sobre a avaliação e demonstrar o teste com o monofilamento utilizando uma área da pele com sensibilidade normal (testa).

4.6.2 Solicitar à pessoa que feche os olhos.

4.6.3 O filamento é aplicado sobre a pele perpendicularmente, produzindo uma curvatura no fio. Essa curvatura não deve encostar-se na pele da pessoa, para não produzir estímulo extra.



Áreas com calosidades devem ser evitadas. Se o filamento escorregar na pele no momento do toque, não considerar a resposta e repetir o teste no mesmo ponto.

4.6.4 Começar o teste com o fio a uma distância de 2 cm da área a ser testada. Toçar a pele com o filamento mantendo sua curva por 2 segundos. Evitar movimentos bruscos ou muito lentos.

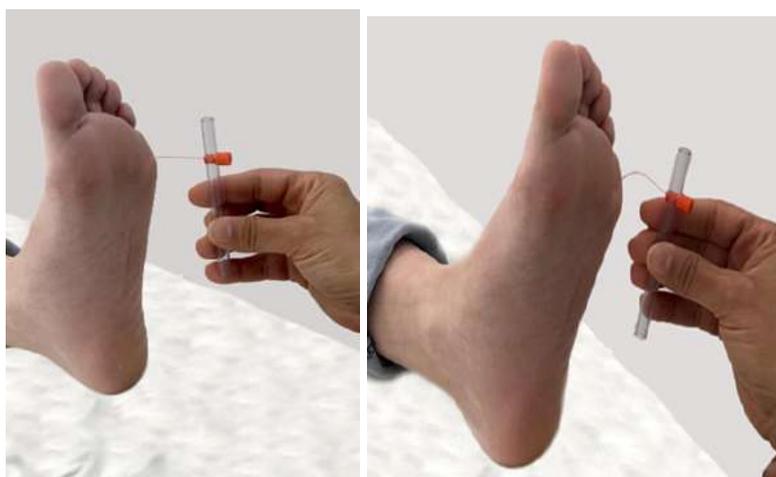
4.6.5 Solicitar ao paciente que responda “sim” quando sentir o toque ou “não” caso não sinta e perguntar onde sente a pressão (pé direito ou esquerdo).

4.6.6 Repetir aplicação duas vezes no mesmo local, mas alternar com, pelo menos, uma aplicação “simulada”, quando nenhum filamento é aplicado (em um total de três perguntas em cada ponto).

4.6.7 No caso de resposta positiva e negativa em um mesmo ponto, considera-se o teste normal caso a pessoa acerte duas das três tentativas e teste anormal na presença de duas respostas incorretas.

4.6.8 O monofilamento não é de uso individual ou descartável, por isso, recomenda-se que seja realizada a limpeza do produto com uma solução de sabão líquido e água morna após cada uso. Não há necessidade de o produto passar por processo de esterilização em autoclave. É recomendado que o monofilamento fique em repouso por 24 horas a cada 10 pacientes examinados, para que mantenha a tensão de 10 g.

Figura 1 - Uso do Monofilamento



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde / Santa Maria (2020)

4.7 Teste com o Diapasão de 128 Hz



4.7.1 O uso desta ferramenta é uma forma prática de avaliar a sensibilidade vibratória. O cabo do diapasão deve ser posicionado sobre a falange distal do hálux (ver figura). Alternativamente, o maléolo lateral pode ser utilizado. O teste é considerado anormal quando a pessoa perde a sensação da vibração enquanto o examinador ainda percebe o diapasão vibrando.

4.7.2 Primeiro, aplique o diapasão na clavícula para que ele saiba o que esperar;

4.7.3 A pessoa não deve ser capaz de ver se ou onde o examinador aplica o diapasão;

4.7.4 O diapasão é aplicado sobre uma parte óssea no lado dorsal da falange distal do hálux;

4.7.5 O diapasão deve ser aplicado perpendicularmente com pressão constante, repita esta aplicação duas vezes, mas alterne está com pelo menos uma aplicação “simulada” em que o diapasão não esteja vibrando;

4.7.6 O teste é positivo se o paciente responde de forma incorreta pelo menos duas de três aplicações e negativo com duas das três respostas corretas;

4.7.7 Se o paciente é incapaz de sentir as vibrações no hálux, o teste é repetido mais proximalmente (tuberosidade tibial, maléolo).

Figura 2 - Uso do Diapasão



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde / Santa Maria (2020)

4.8 Teste para a sensação de picada

4.8.1 Utiliza-se um objeto pontiagudo para testar a percepção tátil dolorosa da picada como uma agulha ou palito ou pino do martelo neurológico, na superfície dorsal da pele próxima a



unha do hálux (ver figura). A falta de percepção diante da aplicação do objeto indica um teste alterado e aumenta o risco de ulceração.

Figura 3 - Teste da sensação de picada



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde / Santa Maria (2020)

4.9 Teste para o reflexo Aquileu

4.9.1 Com o tornozelo em posição neutra, utiliza-se o martelo neurológico para percussão do tendão de Aquiles. O teste é considerado alterado quando há ausência da flexão do pé.

Figura 4 - Teste de reflexo de Aquileu



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde / Santa Maria (2020)

Figura 5 - Teste de reflexo de Aquileu



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde / Santa Maria (2020)

5 REGISTRO

Registrar o procedimento realizado e seus resultados, em prontuário eletrônico.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Manual do pé diabético, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020)**. São Paulo: Clannad, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Caderno de Atenção Básica, n. 36)

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de hipertensão e diabetes. Programa de atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Ribeirão Preto: SMS, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017.



EXAME FÍSICO DO TÓRAX: CORAÇÃO

1. OBJETIVO

Obter dados anátomo fisiológicos do aparelho circulatório

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Estetoscópio

3.2 Luva de procedimento (se necessário)

3.3 Algodão seco

3.4 Álcool 70%

3.5 Agulha ponta romba

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

4.2 Reunir o material

4.3 Explicar o procedimento e finalidade para o usuário

4.4 Manter a privacidade do usuário

4.5 Posicionar-se do lado direito do usuário

4.6 Posicionar o usuário em decúbito dorsal ou sentado

4.7 Realizar Inspeção

4.7.1 Avaliar pele quanto a: coloração; continuidade ou integridade; distribuição de pelos; simetria; manchas; outros danos; abaulamentos (Ex: cardiomegalia); *Ictus Cordis* (depende do biótipo, pode ser visível entre 4º e o 5º espaço intercostal à E na linha hemiclavicular); análise de batimentos ou movimentos visíveis.

4.8 Realizar a Palpação e avaliar: umidade, Temperatura, Textura, Turgescência, Sensibilidades térmica, dolorosa e tátil.



- Localização: o impulso deve ocupar apenas um espaço intercostal e estar imediatamente sob a linha Hemiclavicular.
- Tamanho: normal um centímetro ou dois
- Amplitude: normalmente uma sensação curta e suave
- Duração: curta, normalmente ocupa somente a primeira metade da sístole

Figura 1: Palpação do *Ictus Cordis*



Fonte: Jarvis (2002)

4.8.2 Palpar o Frêmito precordial - Posicionar a mão espalmada sobre a região precordial usando preferencialmente a palma da mão.

Figura 1: Palpação do Frêmito precordial



Fonte: Jarvis (2002)



4.9 Realizar Ausculta: Frequência Cardíaca Apical (60- 100 bpm)

4.10 Auscultar bulhas cardíacas

Localizar os focos

· Mitral: 4º ou 5º EIC na linha hemiclavicular à E (coincide com a região do *ictus cordis*).

· Tricúspide: 4º ou 5º EIC na linha paraesternal à E (base do processo xifóide).

· Aórtico: 2º EIC na linha paraesternal a D.

Pulmonar: 2º EIC na linha paraesternal a E.

4.11 Reunir material.

4.12 Retirar luvas quando utilizadas.

4.13 Descartar o material em local apropriado, utilizando as luvas de procedimento se forem necessárias.

4.14 Higienizar as mãos de acordo com procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.15 Registrar o procedimento, incluindo os achados, no prontuário eletrônico..

5. OBSERVAÇÕES

· A presença de frêmito precordial pode significar fluxo turbulento de sangue nas valvas cardíacas (sopro), contudo sua ausência não afasta necessariamente a presença do sopro. Os frêmitos são percebidos como vibrações finas, semelhantes às vibrações observadas na garganta de um gato miando.

· Foneticamente as bulhas cardíacas foram consideradas como TUM - TÁ. Os focos Mitral e Tricúspide correspondem a 1º bulha cardíaca (TUM - fechamento das valvas atrioventriculares). Os focos Aórtico e Pulmonar correspondem a 2º bulha cardíaca (TÁ - fechamento das valvas semilunares: aórtica e pulmonar). Identificar a presença de sopros (o terceiro tempo nas bulhas). Em cada foco avaliar a intensidade dos sons (bulhas normofonéticas, hipofonéticas ou hiperfonéticas) e a presença de 2 tempos (corresponde aos sons TUM e TÁ).

· A posição lateral esquerda também pode ser usada, pois permite que o coração se desloque para mais próximo da parede torácica.



· O impulso apical é palpável em cerca de metade dos adultos. Ele não é palpável nas pessoas obesas ou nas pessoas com paredes torácicas espessas. O impulso apical aumenta de amplitude e duração em estados de débito cardíaco elevado (ansiedade, febre, hipertireoidismo, anemia).

6. REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. B. L. et al. (Org.). Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

JARVIS, C. Exame físico e avaliação de saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.



EXAME FÍSICO OBSTÉTRICO

1. OBJETIVO

Avaliar e acompanhar a gestante e o desenvolvimento fetal. Identificar situações que necessitem cuidados específicos e/ou encaminhamentos para intervenções precoces.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Balança para adultos com estadiômetro

3.2 Esfigmomanômetro

3.3 Estetoscópio clínico

3.4 Sonar doppler

3.5 Gel para sonar

3.6 Fita métrica flexível e não extensível

3.7 Lençol descartável

3.8 Maca, mesa ginecológica ou divã.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Reunir o material, colocando na bancada próxima à maca;

4.3 Apresentar-se a gestante e explicar o procedimento;

4.4 Verificar a estatura e peso, conforme procedimento operacional;

4.5 Aferir a pressão arterial com a gestante sentada, ou em decúbito lateral esquerdo, conforme procedimento operacional;

4.6 Orientar e ajudar a gestante a deitar-se em decúbito dorsal com a cabeceira elevada, idealmente com a bexiga vazia.

4.7 Realizar a inspeção da pele e das mucosas.



4.8 Realizar a palpação da tireóide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades).

4.9 Realizar o exame clínico das mamas, conforme procedimento operacional padrão Exame Clínico das Mamas Gravídicas;

4.10 Abaixar a cabeceira, deixando aproximadamente 15 graus, com o abdome descoberto, utilizando um lençol para cobrir outras áreas expostas, assim preservando a privacidade da gestante;

4.11 Realizar a mensuração da altura uterina, a partir da 12ª semana de gestação: Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino; Fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica na borda superior da sínfise púbica, passando-a entre os dedos indicador e médio. Proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino.

4.12 Realizar as manobras de palpação obstétrica (Manobras de Leopold) que consiste em um método palpatório do abdome materno em 4 passos, a partir da 20ª semana de gestação:

4.12.1 Delimite o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa;

4.12.2 Deslize as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto;

4.12.3 Explore a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico;

4.12.4 Determine a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o pólo fetal, que se apresenta. As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíqua.

4.13 Realizar a ausculta dos batimentos cardíacos fetais com o sonar doppler (a partir da 12ª semana de gestação), conforme recomendações: Procure o ponto de melhor ausculta dos BCF na região do dorso fetal; Conte os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua frequência e seu ritmo. A frequência esperada é de 110 a 160 bpm; Importante comparar com o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são diferentes.

4.14 Identificar a presença de movimentação fetal a partir da 20ª semana.

4.15 Realizar dinâmica uterina, se presença ou queixa de contrações:

4.15.1 Posicionar-se ao lado da gestante;



4.15.2 Colocar a mão dominante sobre o fundo uterino;

4.15.3 Marcar 10 minutos e contar o número de contrações uterinas e sua duração neste intervalo de tempo; Perceber a intensidade da contração uterina.

4.16 Avaliar presença de edemas:

4.16.1 Nos membros inferiores: Posicionar a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias; Pressionar a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial). O edema fica evidenciado mediante presença de depressão duradoura no local pressionado.

4.16.2 Na região sacra: Posicionar a gestante em decúbito lateral ou sentada; Pressionar a pele, por alguns segundos, na região sacra, com o dedo polegar. O edema fica evidenciado mediante presença de depressão duradoura no local pressionado

4.17 Ajudar a gestante a levantar-se;

4.18 Realizar higienização das mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

4.19 Registrar o procedimento e os achados no prontuário eletrônico e na caderneta da gestante.

5. OBSERVAÇÕES

- Realizar a anamnese: dados socioeconômicos; antecedentes familiares; antecedentes pessoais gerais; antecedentes ginecológicos e obstétricos; dados da gestação atual;
- Orientar sobre as alterações próprias do período gravídico;
- Realizar orientações para o aleitamento materno.

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Série A. Normas e manuais técnicos) (Cadernos de atenção básica, n. 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.



SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério São Paulo: SES, 2010.



EXAME FÍSICO DO TÓRAX: PULMÃO

1. OBJETIVO

Obter dados anátomo fisiológicos do aparelho respiratório.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Estetoscópio

3.2 Luva de procedimento (se necessário)

3.3 Algodão seco

3.4 Álcool a 70%

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Reunir o material;

4.3 Explicar o procedimento e finalidade para o usuário;

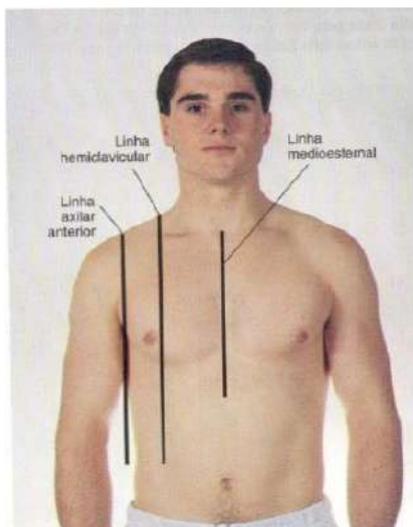
4.4 Manter a privacidade do usuário;

4.5 Posicionar-se do lado direito do usuário;

4.6 Posicionar o usuário sentado ou na impossibilidade desta posição, o usuário deverá permanecer em decúbito dorsal para o exame do tórax anterior e em decúbito lateral para tórax posterior;

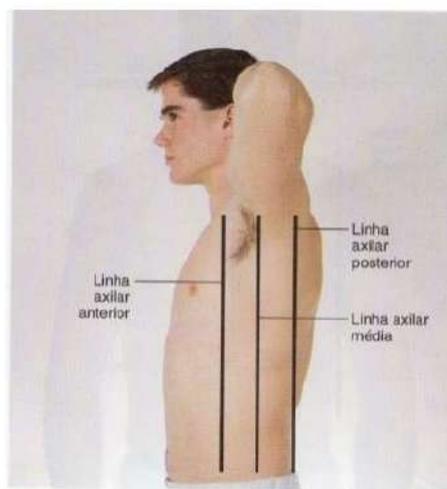
4.7 Realizar inspeção estática. Identificar os marcos anatômicos das regiões anterior, lateral e posterior do tórax. Localizar linhas torácicas:

Figura 1: Linhas divisórias da face anterior - medioesternal e hemiclavicular



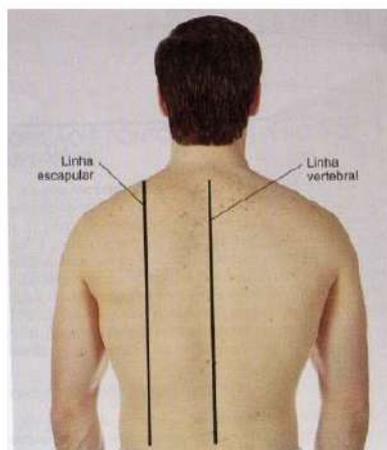
Fonte: Jarvis (2002)

Figura 2: Linhas divisórias da face lateral (levante o braço em 90° e divida o tórax lateral em 3 linhas) - axilar anterior, axilar média e axilar posterior.



Fonte: Jarvis (2002)

Figura 3: Linhas divisórias da face posterior do tórax - vertebral e linha escapular.



Fonte: Jarvis (2002)

4.8 Localizar regiões torácicas: infraclavicular, supraclavicular, pré-cardíaca, traqueal, interescapular, supraescapular e infraescapular;

4.9 Avaliar pele quanto a: coloração, continuidade ou integridade (cicatrizes e lesões), distribuição de pelos, simetria, manchas, abaulamentos e retrações;

4.10 Avaliar o formato do tórax (normal, tonel/barril/globoso, funil, pombo ou cifoescoliótico);

4.11 Realizar a inspeção dinâmica e avaliar:

- Tipo de respiração (abdominal ou diafragmática, toracoabdominal ou torácica);
- Expansibilidade torácica simétrica ou assimétrica;
- Amplitude (normal, superficial ou profunda);
- Ritmo (normal ou regular, irregular, dispneia, ortopneia, hiperpneia, trepopneia, platipneia, Cheyne-Stokes ou dispneia periódica, Kussmaul e Biot);
- Frequência respiratória (eupneia, taquipnéia, bradipnéia e apneia);
- Musculatura acessória, retrações, simetria;

4.12 Realizar palpação. Palpar a pele e avaliar: umidade, temperatura e sensibilidade;

4.13 Avaliar padrão respiratório em relação à expansibilidade torácica (simétrica ou assimétrica). Para face posterior do tórax: colocar as mãos aquecidas na parede torácica póstero-lateral, com os polegares aos níveis de T9 ou T10. Deslizar as mãos medialmente para apertar para cima uma pequena dobra de pele entre os polegares;

Figura 1: Palpação do tórax posterior - Expansibilidade torácica

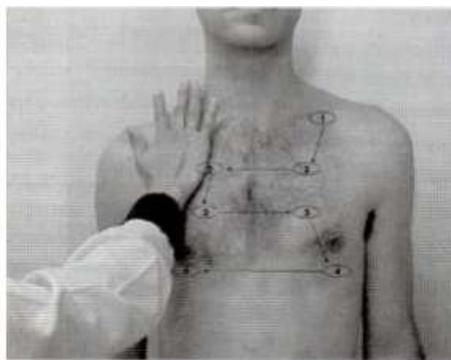
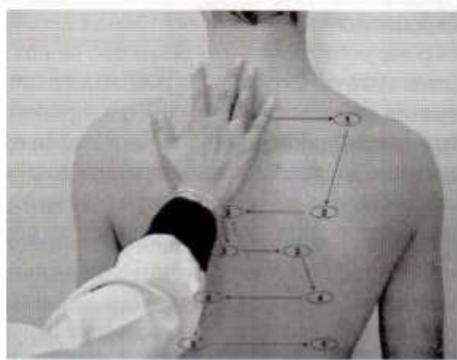


Fonte: Jarvis (2002)

4.14 Avaliar sensibilidade ou dor;

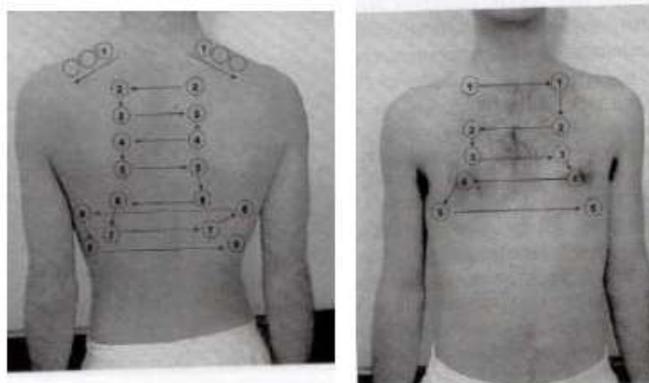
4.15 Avaliar frêmito toracovocal (transmissão da vibração do movimento do ar através da parede torácica durante a fonação). Usar a base palmar dos dedos ou a face ulnar de uma das mãos para tocar o tórax do usuário enquanto ele repete palavras ressonantes (como por exemplo: 33) que causam vibrações fortes.

4.16 Avaliar frêmito brônquico. Provocado pela vibração das secreções nos brônquios de médio e grosso calibre durante a respiração (fases inspiratória e expiratória). Pode desaparecer, diminuir ou mudar de localização com a mobilização das secreções (tosse, mudança de decúbito). As regiões para localização posterior e anterior do tórax são demonstradas nas figuras a seguir.



Fonte: Barros (2002)

4.17 Realizar percussão digito digital nas regiões demonstradas nas figuras a seguir:



Fonte: Barros (2002)

- 4.18 Realizar ausculta nas mesmas regiões demonstradas na percussão;
- 4.19 Reunir material;
- 4.20 Retirar luvas quando utilizadas;
- 4.22 Descartar o material em local apropriado;
- 4.23 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.24 Registrar o procedimento realizado (avaliação da pele, formato do tórax, inspeção dinâmica, expansibilidade torácica, ritmo, amplitude, frequência respiratória, uso de musculatura acessória, percussão e ausculta), em prontuário eletrônico.

5. REFERÊNCIAS

- BARROS, A. L. B. L. et al. (Org.). Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- JARVIS, C. Exame físico e avaliação de saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.



FRICÇÃO ANTISSEPTICA DAS MÃOS

1. OBJETIVO

Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Dispensador com álcool em gel 70% antisséptico ou Almotolia com álcool em gel 70% antisséptico

4. PROCEDIMENTO

4.1 Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de álcool em gel a 70%;

4.2 Friccionar as palmas das mãos;

4.3 Friccionar o dorso de uma mão com a palma da outra entrelaçando os dedos, e vice-versa;

4.4 Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;

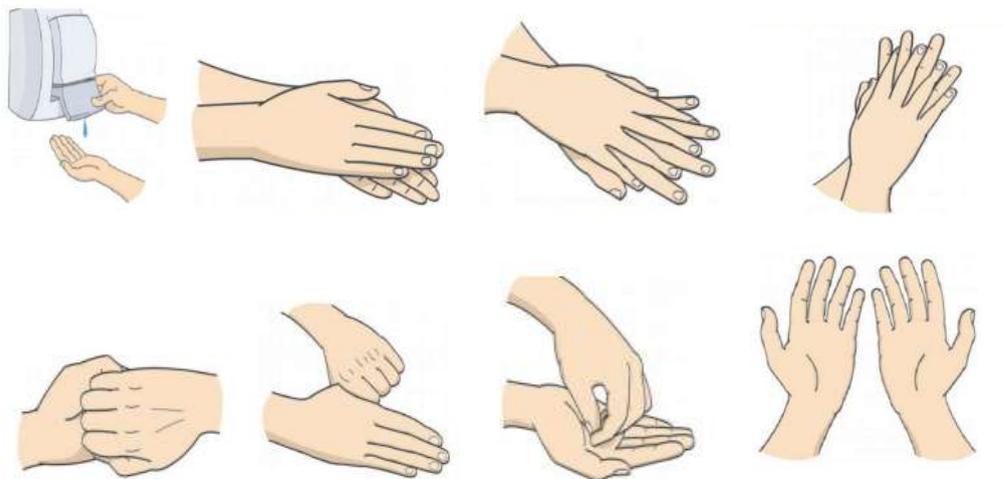
4.5 Friccionar o dorso dos dedos com a palma da mão oposta e vice-versa;

4.6 Friccionar o polegar com a palma da mão oposta com movimentos circulares, em sentido proximal distal;

4.7 Friccionar as polpas digitais e as unhas de cada mão na palma da outra, com a mão fechada, em concha, com movimentos circulares;

4.8 Deixar secar naturalmente.

Figura 1: Passo a passo para fricção antisséptica das mãos



Fonte: Brasil, 2013

5. OBSERVAÇÕES

5.1 Momentos em que o procedimento deve ser realizado:

- Na impossibilidade de higienização das mãos;
- Antes e após o contato com o usuário;
- Antes de manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para procedimentos;
- Após retirar as luvas;
- Durante o cuidado com o mesmo usuário, ao mudar de um local contaminado para outro local;
- Após contato com superfícies próximas ao usuário.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fiocruz. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Anexo 1: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos. Brasília, DF: Anvisa, 2009.



HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

1. OBJETIVO

Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujeira propícia à permanência e à proliferação de microrganismos (BRASIL, 2013).

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Pia apropriada para higienização das mãos;

3.2 Dispensador com sabonete líquido;

3.3 Papel toalha;

3.4 Lixeira com tampa para resíduos comuns.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Abrir a torneira:

- Se usar torneira manual, ensaboar e fechar o volante da torneira;
- Se usar torneira que possui alavanca ou temporizador, acioná-los com o cotovelo;

4.2 Molhar as mãos, sem encostar-se na pia;

4.3 Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos;

4.4 Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as, com movimentos circulares e os dedos fechados;

4.5 Esfregar o dorso da mão com a palma da outra mão, entrelaçando os dedos e vice versa;

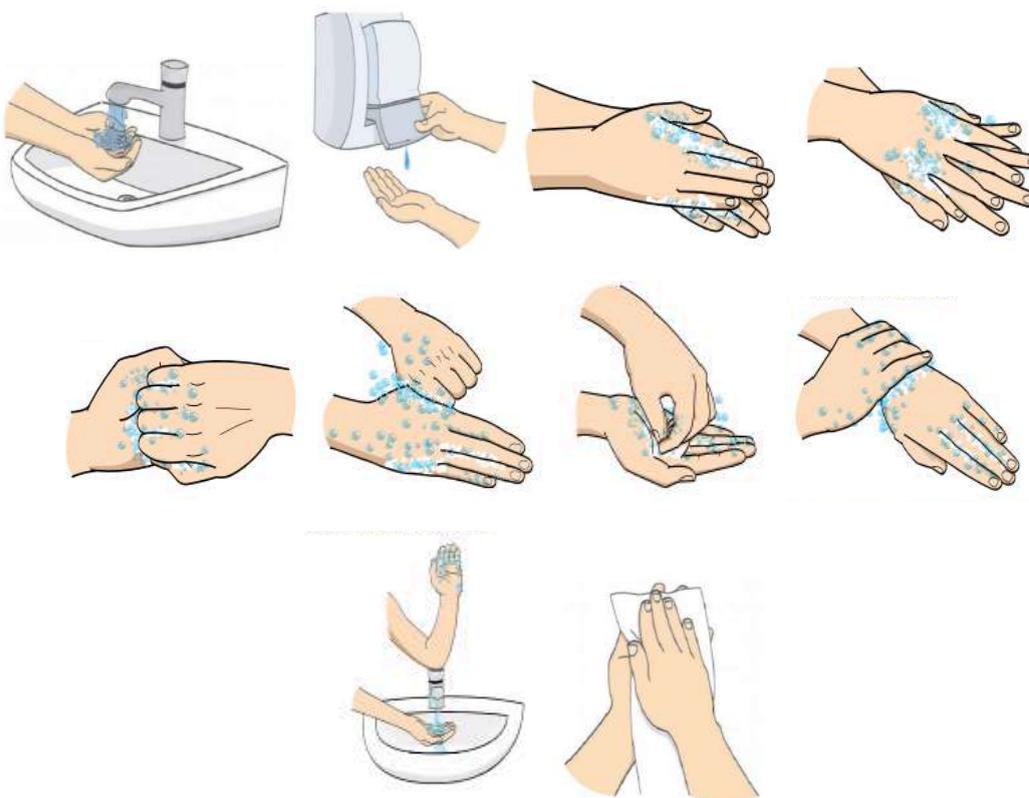
4.6 Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;

4.7 Esfregar o dorso dos dedos com a palma da mão oposta e vice-versa, com movimento de vai e vem;



- 4.8 Esfregar cada polegar com a palma da mão oposta em movimentos circulares, em sentido proximal-distal;
- 4.9 Friccionar as polpas digitais e as unhas de cada mão na palma da outra, com a mão fechada, em concha, com movimentos circulares;
- 4.10 Abrir/acionar a torneira:
 - Se usar torneira manual, enxaguar o sabonete ou solução antisséptica do volante;
 - Se usar torneira com temporizador ou alavanca, acioná-los com o cotovelo;
- 4.11 Enxaguar as mãos retirando totalmente o resíduo do sabonete;
- 4.12 Se usar torneira manual, fechar a torneira, utilizando papel toalha.
- 4.13 Secar as mãos com papel toalha;
- 4.14 Desprezar o papel toalha na lixeira para resíduos comuns.

Figura 1: Passo a passo higienização simples das mãos



Fonte: Brasil (2013)

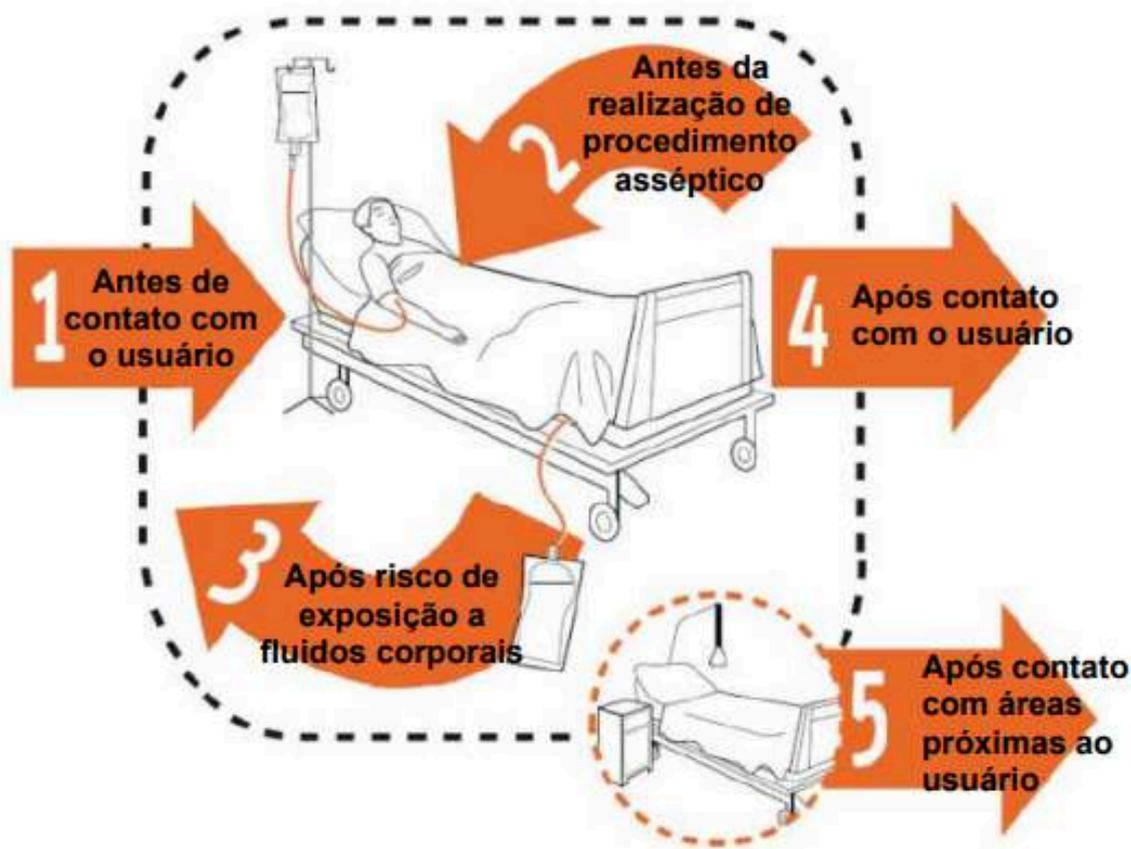
5. OBSERVAÇÕES

- A higienização simples das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.



· Momentos em que o procedimento deve ser realizado:

- Antes e após o contato com o usuário;
- Antes e após manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para procedimentos;
- Após retirar as luvas
- Após risco de exposição a fluidos corporais ou excreções;
- Durante o cuidado com o mesmo usuário, ao mudar de um local contaminado para outro local;
- Após contato com superfícies próximas ao usuário;
- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas;
- Ao iniciar e terminar o turno de trabalho;
- Antes de manipulação e preparo de medicamentos e alimentos.
- Seguir o esquema abaixo: os cinco momentos para higienização das mãos



Fonte: Brasil (2013)



6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fiocruz. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Anexo 1: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos. Brasília, DF: Anvisa, 2009.



INSTALAÇÃO DE CURATIVO DE TRÊS PONTOS

1. OBJETIVO

Instalar o curativo de três pontos com a finalidade de promover o tamponamento imediato da lesão torácica aberta ou aspirativa.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Equipamentos de proteção individual (como óculos, luvas e máscara facial)

3.2 Fita adesiva

3.3 Solução fisiológica 0,9% ou água destilada

3.4 Gaze estéril

3.5 Plástico ou material estéril impermeável

4. PROCEDIMENTO

4.1 Utilizar os equipamentos de proteção individual;

4.2 Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante, se possível;

4.3 Realizar a limpeza da lesão com Solução Fisiológica 0,9% ou água destilada utilizando a gaze para passar na lesão depois de umedecida e também ao seu redor, utilizando técnica para curativos. Nunca realize o movimento contrário, sempre da ferida para área peri lesão;

4.4 Realizar a cobertura de toda ferida com a cobertura impermeável (p.ex., embalagem da gaze industrializada face interna- plástico);

4.5 Colar as fitas adesivas em três lados do curativo de forma a permitir a saída de exsudato da lesão no sentido da gravidade (Fig. 1);

4.6 Monitorar a dinâmica ventilatória;

4.7 Registrar o procedimento no prontuário eletrônico.



Figura 1



Fonte: Ribeirão Preto (2022)

5. OBSERVAÇÕES

5.1 A fixação do curativo oclusivo em apenas três lados produz um efeito de válvula; desse modo, na expiração, tem-se a saída de ar que é impedido de retornar na inspiração, evitando, assim, formar um pneumotórax hipertensivo.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. Comitê do Trauma. Suporte avançado de vida no trauma ATLS: manual do curso para alunos. São Paulo: Colégio Americano de Cirurgiões, 2007. PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.



INSTALAÇÃO DE MÁSCARA DE OXIGENOTERAPIA COM RESERVATÓRIO

1. OBJETIVO

Administrar oxigênio em altas concentrações para usuários com desconforto respiratório.

2 RESPONSABILIDADES

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Equipamento de Proteção Individual (luvas de procedimento, máscara facial, óculos de proteção);

3.2 Máscara facial não-reinalante com reservatório (figura 1);

3.3 Extensão em PVC;

3.4 Copo umidificador;

3.5 Fluxômetro de oxigênio;

3.6 Rede de gases (sistema fixo ou portátil);

3.7 Oxímetro de pulso.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Utilizar os equipamentos de proteção individual;

4.2 Se possível, explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante;

4.3 Instalar o oxímetro de pulso e monitorar a saturação de oxigênio;

4.4 Conectar a extensão de PVC à máscara com reservatório, e o conjunto à fonte de oxigênio, abrindo o fluxômetro até o enchimento do reservatório;

4.5 Regular o fluxo de oxigênio de acordo com a FiO₂ prescrita, sendo o mínimo 6 l/min e o máximo 10 l/min;

4.6 Acoplar a máscara de oxigênio com reservatório à face do usuário, recobrando a boca e o nariz, e fixar a máscara à cabeça por meio do elástico, ajustando nas extremidades;



4.7 Monitorar o usuário avaliando a melhora do agravo, observar os parâmetros de saturação de oxigênio, após a instalação da máscara.

4.8 Registrar o procedimento no prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÕES

Algumas situações comprometem a leitura dos parâmetros no oxímetro, como esmalte escuro nas unhas, hipoperfusão sanguínea, coloração do leito ungueal entre outros.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

SOUSA, R. M. C. et al. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.



LIMPEZA DA AUTOCLAVE

1. OBJETIVO

Realizar limpeza da autoclave na Central de Material e Esterilização.

2. RESPONSABILIDADES

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Equipamentos de Proteção Individual (gorro, avental impermeável e luvas de borracha)

3.4 Pano úmido

3.5 Pano seco

3.6 Detergente neutro

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Desligar o aparelho da tomada;

4.3 Esperar o resfriamento completo do aparelho;

4.4 Retirar toda água do aparelho;

4.5 Vestir EPIs conforme indicação;

4.6 Realizar limpeza com pano úmido e detergente neutro;

4.7 Realizar Enxágue com pano úmido;

4.8 Secar com pano seco que não deixe resíduos.

4.9 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

5. OBSERVAÇÕES

· Manter o equipamento seco, quando não estiver em uso.



- Verificar sempre o nível da água antes de uma nova autoclavação.
- Frequência: diariamente ou sempre que houver necessidade.
- **Observar as instruções do fabricante para limpeza.**

7 REGISTRO

Registrar em impresso próprio a data, hora e nome do responsável pela limpeza do equipamento, conforme quadro abaixo:

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA					
REGISTRO DE LIMPEZA DIÁRIA DE AUTOCLAVE					
Unidade de Saúde:					
Mês/ano:					
Data	Horário	Profissional responsável	Observações	Assinatura	

8. REFERÊNCIA

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual de qualificação de esterilização em autoclaves. Ribeirão Preto: SMS, 2009.



LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS CONES DE OTOSCÓPIO

1. OBJETIVO

Realizar a limpeza e desinfecção de cones de otoscópio.

2. RESPONSABILIDADES

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Papel toalha;

3.2 Água e detergente hospitalar;

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Calçar luvas de procedimento;

4.3 Realizar limpeza dos cones com água e detergente neutro se houver sujidade visível. Caso contrário seguir diretamente para item 4.5;

4.4 Enxaguar abundantemente com água corrente

4.5 Secar com toalha de papel, sem deixar umidade de dentro para fora em sentido unidirecional;

4.6 Aplicar solução padronizada pela CCI – SMS diluída conforme fabricante e validade, com borrifador uma única vez;

4.7 Armazenar em pote com tampa, identificado como material limpo;

4.8 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

5. OBSERVAÇÃO



Este material deve ser armazenado em local apropriado para este fim. Deverá ser realizada a desinfecção a cada uso do material, ou seja, entre cada usuário/exame.

6. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de limpeza e desinfecção da ANVISA. Brasília, DF: Anvisa, 2010.

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual de limpeza, desinfecção e esterilização em unidades de saúde. Ribeirão Preto: SMS, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas. 6. ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

WIDMER, A. F.; FREI, R. Antimicrobial activity of glucoprotamin: a clinical study of new disinfectant for instruments. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Cambridge, v. 24, n. 10, p. 762-764, 2003.



LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE MÁSCARAS DE OXIGENAÇÃO E RESPIRADORES (ambus)

1. OBJETIVO

Promover a limpeza e desinfecção das máscaras de oxigenação e respiradores.

2. RESPONSABILIDADES

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): gorro, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha e calçado fechado;

3.2 Esponja não abrasiva ou escova de limpeza;

3.3 Detergente neutro e água corrente;

3.4 Panos limpos e secos;

3.5 Solução de SURFIC, conforme procedimento operacional;

3.6 Sacos plásticos transparentes e etiquetas de identificação.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Reunir os materiais;

4.3 Paramentar-se com EPIs indicados;

4.4 Desmontar as máscaras ou respiradores em maior número de peças, para limpeza conforme orientação do fabricante;

4.5 Lavar os materiais minuciosamente com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza, realizando limpeza mecânica até retirada total de matéria orgânica;

4.6 Enxaguar as peças abundantemente em água corrente;

4.7 Colocar para escorrer e secar em toalha de papel até secarem totalmente;



- 4.8 Imergir por 10 minutos em solução de SURFIC, preparada e validada conforme procedimento operacional;
- 4.9 Enxaguar em água corrente;
- 4.10 Colocar novamente para escorrer e secar em papel toalha, até secarem totalmente;
- 4.11 Retirar o EPI e higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.12 Acondicionar o respirador (ambu) montado em caixa plástica com tampa e as máscaras de oxigenação em embalagens de grau cirúrgico, ambos com identificação e data da desinfecção. Validade de 30 dias.

5 REGISTRO

Proceder à identificação da embalagem de papel grau cirúrgico com data e nome do responsável pela desinfecção e acondicionamento dos materiais. Validade 30 dias.

6. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Práticas recomendadas. 4. ed. São Paulo: SOBEC, 2007.

WIDMER, A. F.; FREI, R. Antimicrobial activity of glucoprotamin: a clinical study of new disinfectant for instruments. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Cambridge, v. 24, n. 10, p. 762-764, 2003.



LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE BACIAS E CUBAS

1. OBJETIVO

Realizar a limpeza e desinfecção de bacias e cubas.

2. RESPONSABILIDADES

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Equipamentos de Proteção Individual (EPI's): touca, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental descartável, luvas de borracha e calçado fechado;

3.2 Papel Toalha;

3.3 Água e detergente neutro;

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Vestir EPIs conforme indicação;

4.3 Realizar limpeza de bacias e cubas com água e detergente neutro e esponja;

4.4 Enxaguar abundantemente com água corrente

4.5 Secar com campo seco, sem deixar umidade de dentro para fora em sentido unidirecional;

4.6 Desinfetar com álcool 70%;

4.7 Encaminhar para área limpa;

4.8 Embalar em sacos plásticos ou em papel grau cirúrgico sem filme;

4.9 Retire os EPIs;

4.10 Higienizar as mãos seguindo procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

5. OBSERVAÇÃO



Este material deve ser armazenado em local apropriado para este fim, não devendo ser armazenado no mesmo armário dos materiais esterilizados.

6. REFERÊNCIA

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Manual de Limpeza e Desinfecção da ANVISA, 2010.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. 1ª Ed. São Paulo: APECIH; 2010. p.265 – 302.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Manual de Limpeza, Desinfecção e Esterilização em Unidades de Saúde. 2006.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro cirúrgico, Recuperação anestésica e centro de Material e esterilização. Práticas Recomendadas, 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.



LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

1. OBJETIVO

Realizar a limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos.

2. RESPONSABILIDADES

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Equipamentos de Proteção Individual (EPI's): touca, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha e calçado fechado;

3.2 Compressas ou papel toalha;

3.3 Álcool 70%

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Vestir EPIs conforme indicação;

4.3 Borrifar a compressa e aplicar nas superfícies a serem higienizadas em sentido único.

4.4 Retirar os EPIs;

4.5 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

5. OBSERVAÇÃO

O procedimento deverá ser realizado diariamente ou sempre que necessário;

6. REFERÊNCIA



ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do usuário em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília, DF: Anvisa, 2010.

WIDMER, A. F.; FREI, R. Antimicrobial activity of glucoprotamin: a clinical study of new disinfectant for instruments. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Cambridge, v. 24, n. 10, p. 762-764, 2003.



DESINFECÇÃO DAS ALMOTOLIAS

1. OBJETIVO

Garantir a higiene para a reutilização das almotolias

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Equipamentos de Proteção Individual (EPI's): touca, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha e calçado fechado;

3.2 Esponja macia não abrasiva ou escova de limpeza;

3.3 Água e detergente;

3.4 Papel toalha;

3.5 Vasilha com tampa;

4 PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional padrão;

4.2 Vestir EPI conforme indicação.

4.3 Esvaziar as almotolias, desprezando a solução em pia;

4.4 Lavar externamente o frasco e a tampa com esponja macia, água e sabão;

4.5 Lavar internamente com escova própria de limpeza, água e sabão, desprezando a solução;

4.6 Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;

4.7 Imergir os borrifadores completamente secos em solução de SURFIC 1% conforme POP, por 30 minutos;

4.8 Retirar os borrifadores da solução e após, colocá-los para secar em campo limpo e seco ou papel toalha;

4.9 Retirar as luvas e higienizar as mãos;



4.10 Acondicionar em local limpo e seco e em recipiente com tampa devidamente identificado com a data da desinfecção e nome do responsável.

5. OBSERVAÇÃO

Realizar o processo de limpeza e desinfecção a cada 30 dias, ou antes se necessário; Manter as almotolias com as soluções datadas e identificadas.

6.1 REFERÊNCIA

WIDMER, A. F.; FREI, R. Antimicrobial activity of glucoprotamin: a clinical study of new disinfectant for instruments. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Cambridge, v. 24, n. 10, p. 762-764, 2003.



MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

1. OBJETIVO

Avaliar a distribuição de gordura nos indivíduos, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal.

2. RESPONSABILIDADES

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Algodão

3.2 Álcool 70%

3.3 Fita métrica (flexível e não extensível/inelástica)

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Reunir o material;

4.3 Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em álcool 70%;

4.4 Identificar o usuário;

4.5 Explicar procedimento;

4.6 Promover privacidade do usuário;

4.7 Solicitar ao cliente que fique em pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;

4.8 O profissional deve se posicionar lateralmente à pessoa para fazer a leitura;

4.9 Localizar a última costela e solicitar para a pessoa inspirar e segurar a respiração por alguns segundos;

4.10 Localizar a crista ilíaca e palpar o íliaco até encontrar a região mais elevada;

4.11 Colocar a fita horizontalmente ao redor do abdome sobre o ponto médio definido;



- 4.12 Segurar a parte inicial da fita com a mão esquerda e posicionar abaixo da parte final da fita que estará segura pela mão direita;
- 4.13 Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura alinhada em um plano horizontal, paralelo ao chão;
- 4.14 Ajustar a fita firmemente em torno do abdome, sem enrugar a pele, nem comprimir os tecidos subcutâneos;
- 4.15 Pedir ao cliente que inspire e, em seguida, que expire totalmente, realizando a leitura ao final da expiração;
- 4.16 Realizar a desinfecção da fita com álcool 70% e guardá-la em local adequado;
- 4.17 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
- 4.18 Registrar procedimento e o valor encontrado no prontuário eletrônico

5. OBSERVAÇÃO

Tabela 1: Classificação de Risco Cardiovascular de acordo com Circunferência Abdominal

Circunferência Abdominal	Homem	Mulher
Risco Cardiovascular	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Alto Risco Cardiovascular	≥ 102 cm	≥ 88 cm

Fonte: Brasil, 2014

6. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas unidades básicas de Saúde. 2. ed. São Paulo: SMS, 2012.



MEDIDA DA ESTATURA

1. OBJETIVO

Verificar a medida da estatura.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Antropômetro horizontal ou vertical

3.2 Álcool 70%

3.3 Papel lençol

4. PROCEDIMENTO

4.1 Aferição do comprimento de crianças menores de 2 anos

4.1.1 Acolher a criança e mãe/responsável;

4.1.2 Realizar higiene das mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.1.3 Certificar que o antropômetro horizontal esteja apoiado sobre uma superfície plana, lisa e firme;

4.1.4 Solicitar que a mãe/responsável retire os sapatos e os adereços da criança;

4.1.5 Deitar a criança no centro do antropômetro, descalça e com a cabeça livre de adereços;

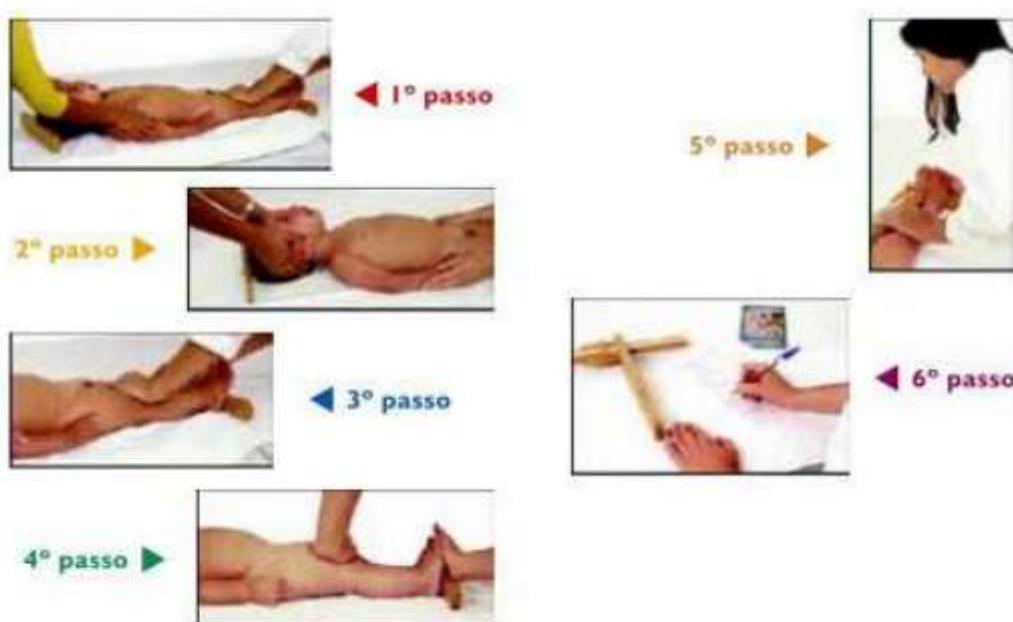
4.1.6 Com a ajuda da mãe/responsável, manter a criança com:

- A cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do antropômetro, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito, no plano de Frankfurt (margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do meatus auditivo externo deverão ficar em uma mesma linha horizontal);
- Os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio;
- Braços estendidos ao longo do corpo;
- As nádegas e os calcanhares em pleno contato com a superfície que apóia o antropômetro;



- 4.1.7 Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas;
- 4.1.8 Levar a parte móvel do antropômetro até as plantas dos pés da criança e realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;
- 4.1.9 Anotar a estatura e registrar o procedimento no prontuário eletrônico e caderneta da criança;
- 4.1.10 Retirar a criança do antropômetro;
- 4.1.11 Retirar e desprezar o papel lençol no lixo apropriado;
- 4.1.12 Realizar limpeza do antropômetro, com álcool 70%.

Figura 1: Passo a passo medição de estatura em menores de 2 anos



Fonte: Brasil, 2011

4.2 Aferição da altura de crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos

- 4.2.1 Acolher a criança, o adolescente e mãe/responsável ou o adulto;
- 4.2.2 Solicitar que a criança, o adolescente ou o adulto retire os sapatos e adereços da cabeça;



4.2.3 Posicionar a criança, adolescente ou adulto descalço e com a cabeça livre de adereços, no centro do antropômetro. Mantê-lo de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.

4.2.4 A cabeça da criança, do adolescente ou do adulto deve ser posicionada no plano de Frankfurt (margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do meatus auditivo externo deverão ficar em uma mesma linha horizontal). As pernas devem estar paralelas. Não é necessário que as partes internas das pernas estejam encostadas. Os pés devem formar um ângulo reto com as pernas. Idealmente, o indivíduo deve encostar os calcanhares, as panturrilhas, os glúteos, as escápulas e parte posterior da cabeça (região do occipital) no antropômetro ou parede. Quando não for possível encostar esses cinco pontos, devem-se posicionar no mínimo três deles;

4.2.5 Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;

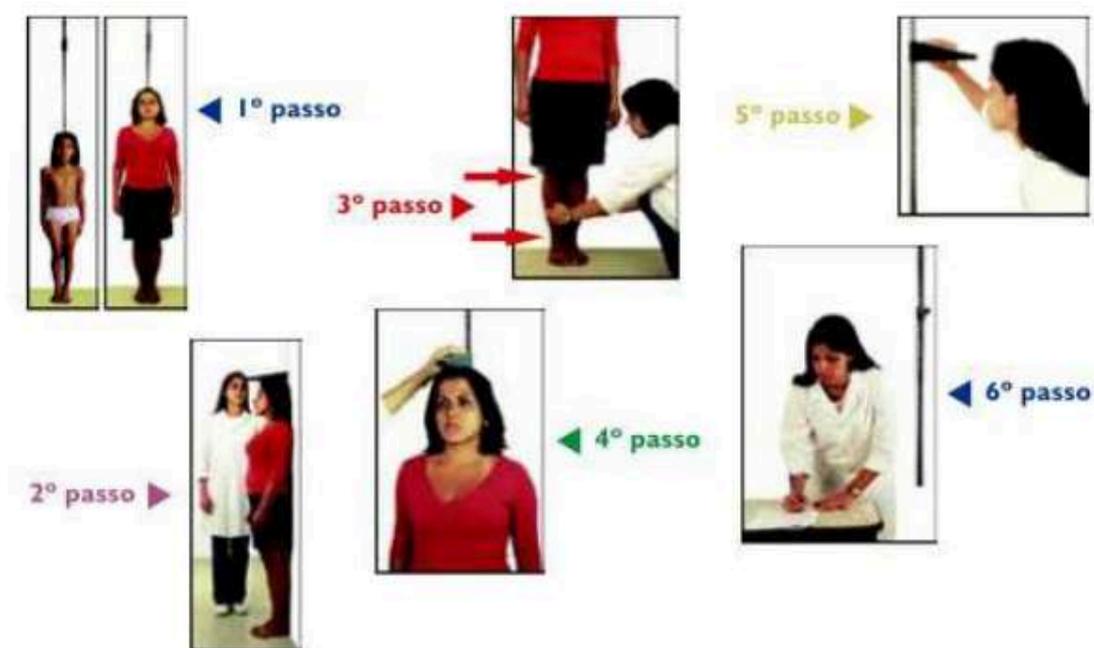
4.2.6 Solicitar que a criança, adolescente ou o adulto desça do antropômetro, quando tiver certeza de que o mesmo não se moveu;

4.2.7 Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;

4.2.8 Anotar a estatura e registrar o procedimento no prontuário eletrônico e, se for o caso, na Caderneta de Saúde da Criança.



Figura 2: Passo a passo medição de estatura em maiores de 2 anos



Fonte: Brasil, 2011

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

POTTER, P. A. et al. Fundamentos de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.



MEDIDA DO PERÍMETRO CEFÁLICO

1. OBJETIVO

Identificar anomalias cerebrais nos primeiros meses de vida.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Luvas de procedimento se indicado

3.2 Bandeja

3.3 Algodão

3.4 Álcool 70%

3.5 Fita métrica (flexível e não extensível/inelástica)

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Reunir o material;

4.3 Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em álcool 70% em movimento único;

4.4 Explicar o procedimento e a finalidade aos pais/cuidadores e criança;

4.5 Posicionar a criança em decúbito dorsal ou sentada;

4.6 Posicionar a fita métrica sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima, mantendo a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça;

4.7 Não incluir pavilhão auricular;

4.8 Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior;



4.9 Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em álcool 70% em movimento único;

4.10 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos

4.11 Registrar procedimento em prontuário eletrônico e na Caderneta de Saúde da Criança.

5. OBSERVAÇÃO

PC - RN a termo	Meninas	Meninos
	Escore Z zero= 34,0cm	Escore Z zero = 34,5 cm
	Varição = 32,5 a 35,0 cm	Varição= 33 a 35,5 cm
- 1º ano = 12 cm	2 cm/mês (1o trim.)	
	1 cm/mês (2o trim.)	
	0,5 cm/mês (3o trim.)	

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança, Ministério da Saúde, 2021.

· Pode ocorrer o processo de sobreposição dos ossos do crânio que ocorre durante o parto vaginal voltando ao normal após 2 a 3 dias.

6. REFERÊNCIAS

POTTER, P. A. et al. Fundamentos de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas unidades básicas de Saúde. 2. ed. São Paulo: SMS, 2012.



MEDIDA DO PERÍMETRO TORÁCICO

1. OBJETIVO

Identificar anomalias torácicas nos primeiros meses de vida.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Luvas de procedimento se indicado

3.2 Bandeja

3.3 Algodão

3.4 Álcool 70%

3.5 Fita métrica (flexível e não extensível/inelástica)

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Reunir o material;

4.3 Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em álcool 70%;

4.4 Identificar a criança;

4.5 Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;

4.6 Posicionar a criança em decúbito dorsal ou sentada;

4.7 Colocar a fita métrica ao redor do tórax da criança, passando pelas escápulas, abaixo da axila e em cima dos mamilos. A fita métrica não deve permanecer apertada, para não aferir medida incorreta.

Figura 1: Medida do perímetro torácico



Fonte: Kenner (2001)

- 4.8 Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em álcool 70% em movimento único;
- 4.9 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
- 4.10 Registrar procedimento em prontuário eletrônico e na Caderneta de Saúde da Criança.

5. REFERÊNCIAS

KENNER, C. *Enfermagem Neonatal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. *Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas unidades básicas de Saúde*. 2. ed. São Paulo: SMS, 2012.



MEDIDA DO PESO

1. OBJETIVO

Verificar a medida do peso corporal.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Balança antropométrica

3.2 Álcool 70%

3.3 Papel lençol ou papel toalha

4. PROCEDIMENTO

4.1 Aferição de peso de crianças menores de 2 anos, utilizando balança eletrônica (digital)

4.1.1 Acolher a criança e mãe/responsável;

4.1.2 Realizar higiene das mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.1.3 Certificar que a balança esteja apoiada sobre uma superfície plana, lisa e firme;

4.1.4 Cobrir o prato da balança com papel lençol;

4.1.5 Ligar a balança e esperar que a balança chegue ao zero;

4.1.6 Orientar a mãe/responsável e criança sobre o procedimento;

4.1.7 Retirar roupas, adereços e sapatos da criança com o auxílio da mãe/responsável;

4.1.8 Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato da balança, de forma que o peso fique distribuído. Manter a criança parada (o máximo possível) nessa posição.

4.1.9 Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento;

4.1.10 Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura;



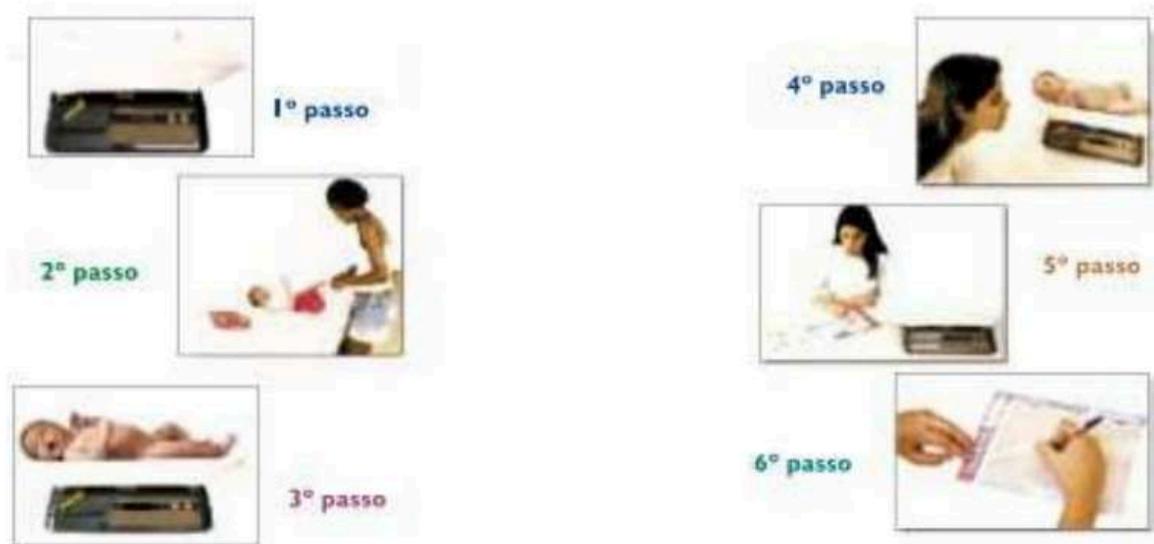
4.1.11 Retirar a criança da balança e solicitar que a mãe/responsável coloque as roupas e os sapatos na criança;

4.1.12 Anotar o peso e registrar o procedimento no prontuário eletrônico e na Caderneta de Saúde da Criança;

4.1.13 Retirar e desprezar o papel lençol no lixo apropriado;

4.1.14 Realizar a limpeza da balança, com álcool 70%;

Figura 1: Passo a passo para medição do peso em crianças menores de 2 anos em balança digital



Fonte: Brasil, 2011

4.2 Aferição do peso de crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos utilizando balança eletrônica (digital)

4.2.1 Acolher o usuário e mãe/responsável, se for o caso;

4.2.2 Realizar higiene das mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2.3 Cobrir a plataforma da balança com papel toalha;

4.2.4 Ligar a balança e esperar que a balança chegue ao zero;

4.2.5 Orientar o usuário e a mãe/responsável sobre o procedimento;



- 4.2.6 Solicitar que a criança, adolescente ou adulto retire os sapatos e objetos pesados tais como chaves, cintos, óculos, telefones celulares e quaisquer outros objetos que possam interferir no peso total;
 - 4.2.7 Solicitar que a criança, adolescente ou adulto, suba no centro da balança, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição;
 - 4.2.8 Realizar a leitura após o valor de o peso estar fixado no visor;
 - 4.2.9 Solicitar que a criança, o adolescente ou adulto desça da balança;
 - 4.2.10 Anotar o peso e registrar o procedimento no prontuário eletrônico e na Caderneta de Saúde da Criança/Adolescente, se for o caso;
 - 4.2.11 Retirar e desprezar o papel toalha no lixo comum,
 - 4.2.12 Realizar a limpeza da balança com álcool 70%
- 4.3 Aferição de peso em crianças menores de 2 anos, utilizando balança mecânica
- 4.3.1 Acolher a criança e mãe/responsável;
 - 4.3.2 Realizar higiene das mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
 - 4.3.3 Orientar o usuário e a mãe/responsável sobre o procedimento;
 - 4.3.4 Cobrir o prato da balança com papel lençol;
 - 4.3.5 Destruar a balança;
 - 4.3.6 Verificar se a balança está calibrada, observando se a agulha do braço e o fiel estão na mesma linha horizontal. Caso seja necessário calibrar a balança, girar lentamente o calibrador até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;
 - 4.3.7 Travar a balança;
 - 4.3.8 Retirar roupas, adereços e sapatos da criança com o auxílio da mãe ou responsável;
 - 4.3.9 Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato, de modo a distribuir o peso igualmente;
 - 4.3.10 Destruar a balança, mantendo a criança parada o máximo possível nessa posição. Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem na balança;
 - 4.3.11 Mover o cursor maior sobre a escala numérica para marcar os quilos;
 - 4.3.12 Mover o cursor menor para marcar os gramas e esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;



4.3.13 Travar a balança, evitando, assim, que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento;

4.3.14 Realizar a leitura de frente para o equipamento com os olhos no mesmo nível da escala para visualizar melhor os valores apontados pelos cursores;

4.3.15 Anotar o peso e registrar o procedimento no prontuário eletrônico e na Caderneta de Saúde da Criança;

4.3.16 Retirar a criança e retornar os cursores ao zero na escala numérica;

4.3.17 Retirar e desprezar o papel lençol no lixo apropriado;

4.4 Aferição do peso de crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos, utilizando balança mecânica

4.4.1 Acolher o usuário e a mãe/responsável, se for o caso;

4.4.2 Realizar higiene das mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.4.3 Orientar o usuário e a mãe/responsável sobre o procedimento;

4.4.4 Certificar que a balança plataforma está afastada da parede;

4.4.5 Destruar a balança;

4.4.6 Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Se houver necessidade, calibrar a balança, girando lentamente o calibrador até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.

4.4.7 Travar a balança;

4.4.8 Cobrir a plataforma da balança com papel toalha;

4.4.9 Solicitar que o usuário suba na plataforma da balança para ser pesado;

4.4.10 Posicionar o usuário de costas para a balança, descalço, com o mínimo de roupa possível, no centro do equipamento, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição;

4.4.11 Destruar a balança;

4.4.12 Mover o cursor maior sobre a escala numérica, para marcar os quilos;

4.4.13 Mover o cursor menor para marcar os gramas;

4.4.14 Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;

4.4.15 Travar a balança, evitando, assim que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento;



- 4.4.16 Realizar a leitura de frente para o equipamento, para visualizar melhor os valores apontados pelos cursores;
- 4.4.17 Anotar o peso e registrar o procedimento no prontuário eletrônico e na Caderneta de Saúde da Criança/Adolescente, se for o caso;
- 4.4.18 Retirar a criança, adolescente ou adulto;
- 4.4.19 Retornar os cursores ao zero na escala numérica;
- 4.4.20 Retirar e desprezar o papel toalha no lixo apropriado;

Figura 2: Passo a passo para medição do peso em pessoas maiores de 2 anos em balança mecânica



Fonte: Brasil, 2011

5. OBSERVAÇÃO

· Crianças menores de 2 anos devem ser pesadas sempre completamente despidas e na presença da mãe/responsável, que deverá auxiliar na retirada da roupa da criança e na verificação da medida. Uma fralda molhada pode representar até 20% do peso de uma criança. As crianças maiores de 2 anos devem ser pesadas descalças e com roupas bem leves, idealmente, usando apenas calcinha, short ou cueca, na presença da mãe ou do responsável.



- Os adultos e adolescentes devem ser pesados descalços e usando roupas leves, sem adereços ou objetos que possam interferir no peso total.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

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



TÉCNICAS PARA OFERECIMENTO DE COMPLEMENTO LÁCTEO AO RECÉM-NASCIDO

1. OBJETIVO

Relactação / Translactação:

- Estimular a produção de leite materno em decorrência de hipogalactia; quando a mãe deixou de amamentar e deseja retomar o aleitamento ou em casos de mães adotivas que desejam amamentar;
- Auxiliar no retorno ao Aleitamento Materno;
- Aumentar a produção de leite materno;
- Estimular a produção Láctea e em mulheres que desejam iniciar a amamentação
- Auxiliar no ganho de peso adequado de bebês de baixo peso.
- Desestimular o uso de bicos artificiais para complementação láctea

Finger Feeding (Sonda-dedo):

- Manter o estímulo de sucção nos casos de intercorrências mamárias (traumas mamilares e mastite);
- Estimular o recém-nascido com dificuldade na sucção;
- Oferecer leite materno ordenhado ou fórmula láctea na impossibilidade da sucção do seio materno (Traumas mamilares, mastite, internação da mãe ou do RN);
- Oferecer leite materno na transição da alimentação via sonda para amamentação ao seio materno (em casos de prematuridade, por exemplo),
- Desestimular o uso de bicos artificiais para complementação láctea.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3 MATERIAL

3.1 Luvas de procedimento

3.2 Bandeja



3.3 Toucas

3.4 Máscara

3.5 Óculos de proteção

3.6 Sonda gástrica / uretral nº 4

3.7 Seringa de 20 mL sem o êmbolo ou outro recipiente limpo e fervido com o leite a ser oferecido

3.8 Fita adesiva cirúrgica

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Prender o cabelo, vestir touca, máscara e óculos de proteção;

4.3 Preparar recipiente limpo e fervido ou seringa estéril;

4.4 Reunir o material;

4.5 Identificar e acolher o binômio em ambiente privativo;

4.6 Explicar procedimento à mãe, bebê e acompanhante, se houver;

4.7 Auxiliar a mãe a posicionar o bebê para mamar normalmente;

4.8 Após a mamada, colocar o leite materno ordenhado ou artificial (de acordo com a prescrição médica) na seringa de 20 mL (sem o êmbolo) ou recipiente limpo e fervido;

4.9 Posicionar a seringa ou o recipiente com o leite, acoplado a uma sonda gástrica ou cateter uretral nº 4, com a extremidade com furos colocada ao nível do mamilo, mergulhar a extremidade mais larga da sonda no leite ou conectar na seringa (Figura 1 e 2). Fixar com fita adesiva, na roupa da mãe, na altura das mamas ou entre as mamas (acomodar o recipiente no soutien).



Figura 1 – Posicionamento da sonda e do recém-nascido



Fonte: imagem Google

4.10 Colocar o bebê no peito, abocanhando a aréola e a sonda (Figura 2);

Figura 2 – Relactação / translactação



Fonte: Brasil, 2011

4.11 O bebê, ao mamar, retira leite do peito ao mesmo tempo em que recebe o leite que flui da seringa / recipiente;

4.12 Fechar a sonda dobrando-a quando o bebê fizer pausas. Ao retornar a sucção, libera-se a sonda;

4.13 Avaliar a mamada e orientar a puérpera quanto à pega, prega e posições adequadas;



4.14 Finalizada a mamada, orientar a mãe a lavar o material com água e sabão, ferver o frasco / recipiente, passar a sonda na água fervente, injetar água fervente com a seringa e depois injetar ar para secá-la.

4.15 Se a técnica tratar-se do finger feeding (Sonda-dedo), basta fixar a ponta da sonda no dedo mínimo ou indicador e oferecer ao RN, encostá-lo no palato duro do RN para que este tenha estímulo de sucção adequado (Figura 3);

Figura 3 – Finger feeding



Fonte: Imagem Google

4.16 O bebê deve sugar o dedo do profissional, da mãe ou de outra pessoa, que deverá fechar a sonda dobrando-a quando ele fizer pausas

4.17 Registrar o procedimento no prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÃO

· A Relactação é utilizada para auxiliar no estabelecimento da produção láctea de mulheres com baixa produção, em casos de indicação de oferta de complemento (bebês prematuros, PIG, GIG, baixo peso), para mulheres que querem retomar o aleitamento ou até mesmo mães adotivas que desejam amamentar. Pode ser usado leite humano proveniente de banco de leite ou fórmula láctea.

· No caso da Translactação a mulher tem produção de leite, mas necessita complementar a mamada por algum motivo. Nesta técnica a puérpera pode utilizar o próprio leite ordenhado ou outro leite. É utilizada em caso de procedimento cirúrgico nas mamas com comprometimento de ductos ou glândulas, quando o bebê não suga adequadamente e não



promove o estímulo correto das mamas, ou quando é necessária a suspensão temporária da amamentação de uma ou das duas mamas, e a volta gradativa da amamentação, devido a traumas mamilares ou mastite.

- Na técnica de relactação/translactação deve-se oferecer primeiramente as duas mamas, e, no fim da mamada colocar a sonda para complementação. Quando não for possível, fazer a ordenha da mama comprometida e oferecer o leite ordenhado via sonda na outra mama.
- O finger feeding (sonda-dedo) é muito utilizado em casos de RNs prematuros, para prepará-los para a sucção do seio materno ou RN com dificuldade na sucção diretamente nas mamas. Pode ser utilizado também em caso de trauma mamilar ou mastite, que indiquem a suspensão temporária da sucção da mama. Deve ser uma técnica temporária, como auxílio no manejo do aleitamento materno;
- A reutilização da sonda pode ocorrer desde que seja feita a higienização adequada, por 2 a 3 semanas, a depender da qualidade do material, pois pode obstruir;
- Orientar a puérpera quanto aos procedimentos para armazenamento e conservação do Leite Materno (conforme Protocolo de Enfermagem em Saúde da Mulher de Santa Maria).

6. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- OLIVEIRA, T. L.; MORAES, B. A.; SALGADO, L. L. F. Relactação como possibilidade terapêutica na atenção a lactentes com necessidades alimentares especiais. *Demetra: alimentação, nutrição & saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 297-309, 2014.



MISTURA DE INSULINA

1. OBJETIVO

Reduzir o número de aplicações, procedimentos invasivos e lipodistrofia.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Frascos de insulinas

3.2 Seringa de insulina com agulha acoplada

3.3 Álcool a 70%

3.4 Algodão

3.5 Prescrição médica

4. PROCEDIMENTO

4.1 Verificar a prescrição;

4.2 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.3 Reunir as insulinas prescritas, a seringa, o algodão e álcool 70%;

4.4 Proceder à desinfecção das borrachas dos frascos de insulinas com álcool 70%;

4.5 Misturar as insulinas: primeiro aspira a regular depois a NPH. Para não contaminar a regular com a NPH. Se ocorrer contaminação ela perde o tempo rápido por agentes da insulina NPH:

4.5.1 Manter o protetor da agulha e aspirar o ar correspondente à dose de insulina NPH. Injetar esse ar no frasco de insulina NPH, depois retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH;

4.5.2 Aspirar, na seringa, ar correspondente à dose de insulina Regular, injetar o ar no frasco de insulina regular, virar o frasco e aspirar a dose prescrita de insulina regular;



- 4.5.3 Após, aspirar a dose correspondente à insulina NPH;
- 4.5.4 O total de insulina na seringa deve corresponder à soma das doses das duas insulinas.
- 4.6 Para o preparo da insulina, a capacidade da seringa deve ser compatível com a quantidade de insulina prescrita, assim como a escala de graduação deve ser adequada ao registro da dose: par ou ímpar (às de 50 UI registram com precisão as doses ímpares).
- 4.7 Quando da associação de dois tipos de insulina na mesma seringa, a presença de vácuo provoca a aspiração da primeira insulina, preparada na seringa, para o interior do frasco da segunda insulina a ser aspirada;
- 4.8 Observar a presença de bolhas de ar na seringa. Se presentes, devem ser retiradas para garantir o preparo da dose correta: onde há bolhas não há insulina;
- 4.9 Para retirá-las, é necessário “bater” cuidadosamente no corpo da seringa com as pontas dos dedos para trazê-las à superfície e, em seguida, removê-las, empurrando o êmbolo lentamente.
- 4.10 Registrar o procedimento realizado, as doses administradas de cada insulina, o local e se ocorreram intercorrências durante o procedimento, no prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÕES

- Antes de aspirar a insulina, é preciso injetar ar no frasco em quantidade correspondente à dose de insulina, para evitar a formação de vácuo e facilitar a aspiração do produto;
- Se após aspirar as duas insulinas houver bolhas de ar ou a dose aspirada for maior que a soma das doses prescritas, descartar a seringa com a insulina e reiniciar o procedimento com uma nova seringa.
- Para associar duas insulinas, é essencial usar seringa com agulha acoplada;

6. REFERÊNCIA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad, 2017.



MONITORIZAÇÃO DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO ATRAVÉS DE INDICADOR BIOLÓGICO

1. OBJETIVO

Realizar monitorização do processo de esterilização através de Indicador Biológico.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. PERIODICIDADE

3.1 Diariamente, no primeiro ciclo do dia;

3.2 Após manutenções preventivas ou reparativas.

4 MATERIAL/EQUIPAMENTO

4.1 Equipamentos de Proteção Individual (luvas de procedimento e touca);

4.2 Nas autoclaves com menos de 50 litros utilizar 1 pacote teste (Ver item 6.1) com indicador biológico contaminado com *Bacillus de G. Stearothermophilus*; Nas autoclaves com mais 50 litros utilizar 3 pacotes teste (Ver item 6.1) com indicador biológico contaminado com *Bacillus de G. Stearothermophilus*;

4.3 Uma ampola de indicador biológico a ser empregada como controle do mesmo lote do pacote desafio;

4.4 Indicador químico externo (fita zebra);

4.5 Caneta esferográfica;

4.6 Autoclave;

4.7 Computador;

4.8 Incubadora.

5. PROCEDIMENTO



- 5.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional da enfermagem de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos e paramentar-se com os EPIs;
- 5.2 Identificar as ampolas de acordo com a posição colocadas na autoclave: frente, meio e fundo, data e Unidade de Saúde;
- 5.3 Identificar pacote teste externamente de acordo com sua posição na autoclave, número da carga e data. Aplicar fita zebra externamente;
- 5.4 Nas autoclaves menores de 50 litros posicionar o pacote teste horizontalmente próximo ao dreno (10 a 20 cm acima) da autoclave (ponto com menor incidência possível de vapor) e carrega - lá, com os demais pacotes de artigos a serem esterilizados;
- 5.5 Nas autoclaves maiores de 50 litros posicionar os pacotes teste horizontalmente na frente, meio e fundo da autoclave e carrega - lá, com os demais pacotes de artigos a serem esterilizados;
- 5.6 Fechar a porta da autoclave;
- 5.7 Iniciar o ciclo de acordo com o funcionamento de cada autoclave;
- 5.8 Aguardar o término do ciclo e o resfriamento da câmara da autoclave;
- 5.9 Retirar os pacotes teste da autoclave juntamente com os demais pacotes;
- 5.10 Aguardar resfriamento do pacote desafio por 15 minutos;
- 5.11 Verificar indicador químico externo do pacote, e abri-lo;
- 5.12 Inspeccionar o indicador químico da etiqueta do IB (Indicador Biológico): uma alteração da cor inicial indica que o IB foi exposto ao processo de vapor;
- 5.13 Realizar incubação das ampolas conforme anexo I;
- 5.14 Arquivar/registrar os resultados em impresso (anexo II) próprio na Unidade por 1 ano.
- 5.15 Descartar as ampolas no coletor de perfurocortante.

6. OBSERVAÇÕES

O pacote teste deve ser feito com envelope auto selante representando o maior pacote esterilizado na autoclave da Unidade de Saúde, a ampola ATTEST deve ser colocada no centro do pacote.

· Os resultados positivos deverão ser informados imediatamente ao setor de manutenção, que deverá suspender as esterilizações e encaminhar os materiais para serem esterilizados na



unidade mais próxima; Repetir o teste na autoclave da Unidade, caso seja positivo novamente entrar em contato com o setor de manutenção através do email: manut.saude.sm@gmail.com. Qualquer intercorrência com a autoclave ou em uma das etapas do processamento do IB deverá ser informado ao enfermeiro responsável.

7. REGISTRO

Ver item 5.12 ao 5.14 Retirar os rótulos das ampolas e colar ao lado do resultado (não é necessário uso de cola), quando incubado na própria unidade.

Anexo I - Como incubar um Indicador Biológico:

- Ligar a incubadora deixar aquecer por no mínimo 15 minutos;
- Após o resfriamento das ampolas, posicioná-las inclinando-as com ângulo de 45°, na porção central do compartilhamento específico central;
- Incubar os Indicadores Biológicos nos compartimentos laterais;
- Empurrar as ampolas para frente, a ampola de vidro quebrará no interior da ampola de plástico;
- Proceder da mesma forma para uma ampola não processada para utilizá-la como controle-positivo;
- Deixar os Indicadores Biológicos por período indicado pelo fabricante;
- Realizar a leitura:
 - Resultado positivo: mudança de cor para amarelo indica crescimento bacteriano e, portanto, falha no ciclo de esterilização;
 - Resultado negativo: não havendo crescimento bacteriano a cor permanecerá a mesma (cor roxa), o que indica um ciclo de esterilização eficaz.



Registro de Processo de Esterilização em Autoclave							
Data	Nº do Ciclo	Quantidade de pacotes	Uso do indicador biológico		Etiqueta do indicador biológico	Ocorrência de problema	Responsável
			Sim	Não			

9. REFERÊNCIAS

WHO, 2016. Descontaminação e reprocessamento de produtos para saúde em instituições de assistência à saúde. Disponível em:

<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=6bMH2wHuBCw%3D>

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual de qualificação de esterilização em autoclaves. Ribeirão Preto: SMS, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Práticas recomendadas. 4. ed. São Paulo: SOBEC, 2007.



MONTAGEM DE CARGA NA AUTOCLAVE PARA ESTERILIZAÇÃO

1. OBJETIVO

Montar carga da autoclave e processo de esterilização.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL/EQUIPAMENTO

3.1 EPI: touca, luva de procedimento, jaleco;

3.2 Materiais embalados para esterilização

3.3 Autoclave

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos antes de iniciar os procedimentos, conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos e vestir EPI conforme indicação;

4.2 Esterilizar têxteis e materiais rígidos em cargas diferentes. Não sendo prático, coloque têxteis acima e materiais rígidos abaixo, não o contrário;

4.3 A disposição dos artigos no interior dos pacotes é fator primordial para a obtenção de um processo de esterilização eficaz;

4.4 Materiais articulados e com dobradiças devem ser colocados de forma a permanecerem abertos;

4.5 Materiais encaixados um no outro devem ser separados por material absorvente de forma que o vapor possa passar entre eles. Material cirúrgico não deve ser acondicionado encaixado ou empilhado;

4.6 O uso de proteção (compressas de gaze) nas regiões perfurocortantes dos instrumentais diminui os riscos de contaminação dos pacotes devido à perda da integridade da embalagem, além de ser um fator de biossegurança para o funcionário;



- 4.7 Materiais côncavos, como cubas e bandejas, devem ser posicionadas de forma que qualquer condensado que se forme flua em direção ao dreno, por gravidade;
- 4.8 Os pacotes maiores devem ser colocados na parte inferior da câmara e os menores, na parte superior. Isto facilita o fluxo do vapor através dos espaços entre os pacotes;
- 4.9 Caixas de instrumentais devem ser colocados longitudinalmente na cesta da autoclave, sem empilhar; os materiais e embalagens não devem tocar as paredes e teto da câmara;
- 4.10 Não ultrapassar 80% da capacidade da câmara interna do equipamento;
- 4.11 Iniciar o ciclo para esterilização, conforme orientação do fabricante;
- 4.12 Após o término do ciclo de esterilização, desligar a autoclave;
- 4.13 Os pacotes não devem ser tocados ou movidos de 30 a 60 minutos após a esterilização, devendo ser deixados na máquina ou local sem correntes de ar; se um material úmido ou morno for colocado em um lugar mais frio pode umedecer o pacote, comprometendo a esterilização;
- 4.14 Abrir totalmente a porta após a secagem;
- 4.15 Retirar todo o material do equipamento;
- 4.16 Verificar se a fita zebra apresenta alteração na coloração que indica se o artigo foi processado. Caso haja dúvida (se a fita não mudar de cor) todo este lote deve ser invalidado.

5. OBSERVAÇÕES

- 5.1 O operador sempre deve ter em mente ao preparar uma carga a necessidade de remoção do ar da câmara da autoclave, da penetração do vapor e a saída do vapor e re-evaporação da umidade do material.
- 5.2 Não há benefício em fechar novamente a autoclave após a abertura para "secar" melhor. Isto apenas aumentará o tempo necessário para o resfriamento natural;

6 REGISTRO

Registrar processo em impresso – Registro do Processo de Esterilização em Autoclaves na SMS-SM- que deverá ser arquivado na CME da Unidade em pasta.

7. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.



Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

MIGUEL, E. A. Validação e montagem de carga desafio “da teoria a prática”. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ESTERILIZAÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SOBECC, 10., 2016, São Paulo. Resumos... São Paulo: SOBECC, 2016. RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual de qualificação de esterilização em autoclaves. Ribeirão Preto: SMS, 2009.



ORIENTAÇÕES GERAIS PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais de enfermagem na administração de medicamentos, a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Prescrição do medicamento

3.2 Medicamento

3.3 Outros (verificar demais materiais necessários, de acordo com o POP de cada via de administração).

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos

4.2 Identificar os nove certos para administração segura de medicamentos: medicamento certo (confirmar o medicamento com a prescrição e conferir três vezes o rótulo), usuário certo (utilizar dois identificadores para cada usuário), dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa e monitoramento certo;

4.3 Verificar a prescrição (nome do usuário, data da prescrição, nome do medicamento a ser administrado, dosagem do medicamento, via de administração do medicamento, frequência de administração do medicamento, assinatura e carimbo do prescritor);

4.4 Explicar o procedimento ao usuário;

4.5 Verificar se o usuário tem alergia a algum medicamento;

4.6 Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez; conferir a sua data de validade, organizar o material na bandeja e transportá-lo até o usuário;



- 4.7 Somente abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador;
- 4.8 Atentar-se para garantir a privacidade do usuário fechando portas, colocando biombos, cortinas, quando necessário;
- 4.9 A depender da via de administração, atentar-se sempre para alterações do local de aplicação verificando presença de edema local, hematomas, endureções, hiperemias. Evitar esses locais.
- 4.10 Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, fármaco e via utilizados, bem como intercorrências, se houver, no prontuário eletrônico.

5. REFERÊNCIAS

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: COREN-SP, 2017.
- ELLIOTT, M.; LIU, Y. The nine rights of medication administration: an overview. *British Journal of Nursing*, London, v. 19, n. 5, p. 300-305, 2010.
- POTTER, P. A. et al. *Fundamentos de Enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- PERRY, A. G.; POTTER, P. A. *Guia completo de procedimentos e competências de enfermagem*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.



ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTO DE LÂMINA DE CITOLOGIA AO LABORATÓRIO

1. OBJETIVO

Orientar profissionais de enfermagem sobre o encaminhamento de lâmina de citologia para o laboratório.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Enfermeiro

3.1 MATERIAL

3.1 Formulários de requisição do SISCAN (eletrônico);

3.2 Caixa com lâminas acondicionadas;

3.3 Luvas de procedimento.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Reunir os materiais;

4.2 Calçar luvas de procedimento;

4.3 Checar cada lâmina, conferindo as iniciais do nome e data de nascimento;

4.4 As lâminas devem ser enviadas ao laboratório o mais breve possível, para que o tempo entre a coleta e o resultado não seja prolongado desnecessariamente;

4.5 Encaminhar as lâminas ao laboratório devidamente acondicionadas e acompanhadas dos formulários de requisição do SISCAN (individual para cada lâmina);

4.6 Não esperar completar a caixa com lâminas coletadas;

4.7 Recomenda-se o envio das lâminas ao laboratório, no mínimo, toda semana, independente do número de lâminas.

5. OBSERVAÇÃO

· As lâminas com erros de identificação serão descartadas e, no resultado do SISCAN publicado: lâmina rejeitada.



· Para toda a lâmina rejeitada deverá ser realizada nova coleta e uma nova requisição no Siscan.

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de atenção básica, n. 13).



ORIENTAÇÕES PARA USUÁRIOS SOBRE APLICAÇÃO DE INSULINA UTILIZANDO CANETA

1. OBJETIVO

Orientar o usuário/familiar/cuidador a administrar insulina no domicílio utilizando caneta descartável disponibilizada pelo Ministério da Saúde.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3 MATERIAL

3.1 Algodão;

3.2 Agulha para caneta de insulina;

3.3 Álcool a 70%;

3.4 Caneta de insulina.

4. PROCEDIMENTO

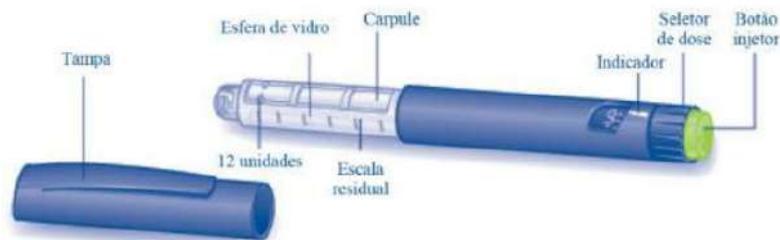
4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Verificar a prescrição, certificar-se que a caneta corresponde ao tipo de insulina prescrita;

4.3 Reunir o material;

4.4 Apresentar a caneta ao usuário/família/cuidador, mostrando cada parte;

Figura 1: Representação da caneta de insulina



Fonte: adaptado de <https://www.canetadasaude.com.br/a-caneta.html>

4.5 Realizar assepsia com álcool a 70% na borracha do Carpule no qual será acoplada a agulha; esperar secar;

Figura 2: Indicação do local da borracha do carpule

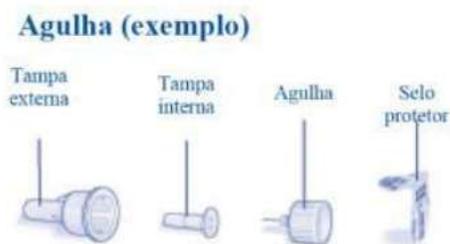


Fonte: adaptado de <https://www.canetadasaude.com.br/a-caneta.html>

4.6 Remover o selo protetor da agulha descartável;

4.7 Rosquear a agulha e retirar suas tampas externa e interna, reservando a tampa externa para ser utilizada depois; a tampa interna pode ser descartada;

Figura 3: Representação das partes da agulha da caneta de insulina



Fonte: adaptado de <https://www.canetadasaude.com.br/a-caneta.html>

4.8 Comprovar o fluxo de insulina:

4.8.1 Girar o seletor de dose para 2 (duas) unidades;



4.8.2 Com a agulha voltada para cima, verifique se há ar dentro do carpule, caso haja, bata levemente com o dedo no carpule algumas vezes para deslocar a bolha de ar para o topo do carpule;

4.8.3 Manter a agulha apontada para cima e pressionar o botão injetor completamente. Uma gota de insulina deve aparecer na ponta da agulha.

4.8.4 Caso não seja comprovado o fluxo, o procedimento deve ser repetido por no máximo 6 vezes. A troca da agulha pode ser necessária. Se ainda a gota não aparecer, provavelmente o sistema está com defeito e deverá ser solicitada troca na farmácia de dispensação.

Figura 4: Representação da comprovação de fluxo de insulina ao pressionar o botão injetor



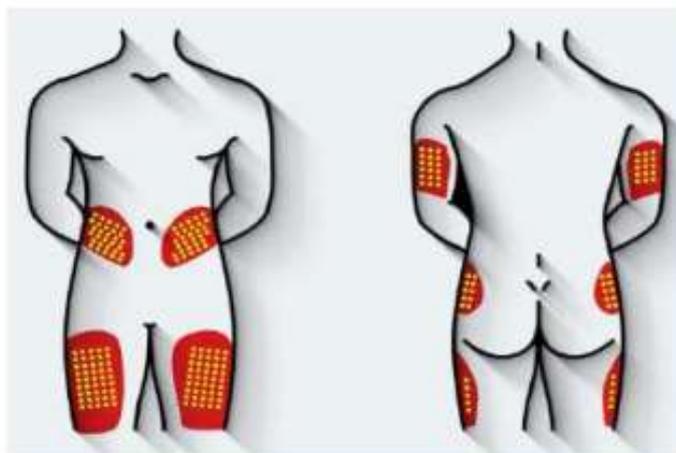
Fonte: Bula Novo Nordisk

4.9 Certificar de que o seletor de dose mostra o “0” (zero) antes de você começar. O “0” (zero) deve estar alinhado com o indicador de dose.

4.10 Selecionar a dose de insulina prescrita, girando o seletor de dose para marcar a dose que deseja injetar, o seletor da caneta permite selecionar doses pares e ímpares;

4.11 Escolher o local de aplicação, verificando se o local escolhido está limpo, palpar o local em busca de nódulos, rubor ou dor. Inspeccionar a superfície da pele verificando a existência de equimose, inflamação ou edema e evitar estes locais;

Figura 5: Indicação dos locais para administração de insulina



Fonte: SILVA, J. P.; 2018

4.12 Realizar antissepsia da região com algodão embebido em álcool 70%. Posicionar o chumaço no centro da região a ser limpa e fazer movimento circular do centro para bordas aproximadamente 5 cm. A limpeza com álcool a 70% é obrigatória em ambientes institucionais, como serviços de saúde, creches e lares para idosos. No domicílio o uso do álcool é opcional, a pele deve estar limpa e seca. Se o álcool for utilizado, esperar a pele secar completamente, antes da injeção ser realizada;

4.13 Inserir a agulha da caneta no ângulo de 90°;

4.14 Em crianças menores de 6 anos ou pessoas com escassez de tecido subcutâneo, realizar a prega subcutânea com os dedos polegar e indicador da mão não dominante, mantendo até o fim da aplicação;

4.15 Pressionar o botão injetor completamente até que o “0” (zero) se alinhe ao indicador;

4.16 Manter o botão injetor totalmente pressionado e a agulha sob a pele por pelo menos 10 segundos, isso garante que não haja perda da dose de insulina;

4.17 Retirar a agulha da pele e verificar se o seletor de dose mostra o número “0” (zero) para confirmar que recebeu a dose completa;

4.18 Remover a agulha, usando a tampa externa desrosqueando-a;

4.19 Descartar a agulha em recipiente adequado para perfurocortantes. Considerar que o Ministério da Saúde fornece uma agulha por paciente/dia, no caso de mais de uma aplicação diária, o usuário deverá reutilizar a agulha. Não ferver, não lavar com água ou álcool, e não passar algodão com álcool na agulha, apenas reencapar



cuidadosamente;

4.20 Recolocar a tampa da caneta;

4.21 Solicitar ao usuário que verbalize os passos do procedimento para checar a aprendizagem;

4.22 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.23 Registrar o procedimento, dose e local de administração no prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÕES

· A caneta descartável, que é o tipo de caneta atualmente fornecido pelo Ministério da Saúde, já vem preenchida com insulina. Portanto, quando a insulina acaba, a caneta deve ser descartada em lixo comum sem a agulha.

· Quando a quantidade de insulina restante não for suficiente para realização da última dose completa, deve-se fazer as unidades restantes e completar a dose com uma nova aplicação utilizando uma nova caneta.

· As canetas descartáveis lacradas devem ser acondicionadas sob temperatura entre 2 e 8°C e tem validade de 2 a 3 anos, de acordo com o fabricante, lembrando de não colocar próximo ao congelador/portas/paredes a fim de evitar o congelamento.

· A caneta descartável em uso deve ser armazenada em temperatura ambiente, evitando as temperaturas extremas e exposição ao sol, com validade de 4 a 8 semanas, de acordo com o fabricante.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas diabetes mellitus tipo 1. Brasília, 2018.

NOVORAPID FLEXPEN. Bula Paciente - Público (CCDS v. 17.0, v. 1.0).

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.A.; HALL, M.A. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 8ª ed., 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Editora Clannad, 2019.



PREPARO DA SOLUÇÃO DE SURFIC 1%

1. OBJETIVO

Instruir o preparo da solução de SURFIC (Cloreto de Benzalcônio (máximo de 6%) + PHMB (mínimo de 3%)).

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Concentrado de SURFIC 1%;

3.2 Equipamentos de Proteção Individual (EPI's): touca, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha e calçado fechado;

3.3 Caixa ou balde plástico rígido com tampa e com capacidade relativa ao volume de materiais do serviço a ser desempenhado (10 L, 20 L ou volume superior), previamente limpa;

3.4 Água tratada;

3.5 Fita para validação;

3.6 Livro de registro ou impresso próprio;

3.7 Papel toalha.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Reunir o material necessário;

4.3 Paramentar-se com EPI's requeridos à técnica;

4.4 Verificar o volume final desejado;

4.5 Para preparar a solução de SURFIC 1% na Unidade de Saúde que dispor de frasco com sistema valvulado, deverá acionar o sistema DUAS VEZES, em que cada aperto (5ml), OU SEJA TOTAL DE 10 ML, para 990ml de água.



4.6 Fazer validação com fita própria para medir a concentração de SURFIC 1%, conforme orientação do fabricante, visando verificar a conformidade da concentração; em caso de não conformidade, desprezar a solução. A validação deverá ser repetida uma vez. O prazo máximo de utilização da solução é de 30 dias. Mesmo que a validação esteja em conformidade, após este período desprezar a solução e realizar novo preparo;

4.7 Registrar a validação em impresso próprio.

5. OBSERVAÇÃO

Usar somente recipientes de plástico rígido com tampa para o preparo e acondicionamento da solução.

Lavar os artigos com indicação minuciosamente e secá-los antes de submergi-los completamente na solução.

Os artigos com indicação de desinfecção por SURFIC 1% devem ser imersos por 10 minutos na solução, após esse tempo proceder o enxágüe abundante, secagem minuciosa, acondicionamento e identificação dos materiais.

6. REGISTRO

Identificar o recipiente contendo a solução com data, horário, nome e assinatura de quem preparou, registrar a validação em impresso próprio (Anexo 1).

7. REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies – Brasília: ANVISA, 2012.

KRAMER A, SCHWEBK I, KAMPF G. How long do nosocomial pathogenes persist on inanimate surfaces? A Systematic review. BMC Infect Dis, v. 6, n.130, 2006.



PREPARO DE EMBALAGENS PARA ESTERILIZAÇÃO

1. OBJETIVO

Realizar empacotamento de todo o artigo a ser submetido à esterilização.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 EPIs: touca e luvas de procedimento

3.2 Artigos a serem submetidos à esterilização

3.3 Papel grau cirúrgico/SMS - tecido não tecido

3.4 Fita com indicador químico de processo de esterilização

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos antes de iniciar o empacotamento dos artigos, conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

4.2 Vestir EPIs conforme indicação.

4.3 Inspeccionar o artigo antes do empacotamento, verificando limpeza, integridade e funcionalidade.

4.4 Abrir e desmontar o máximo possível os artigos articulados.

4.5 Colocar o material diagonalmente no centro da embalagem.

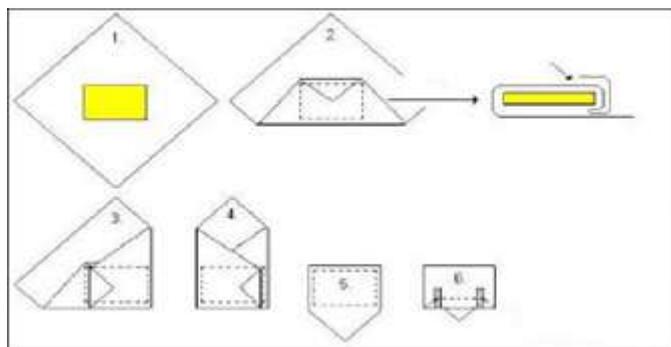
4.6 Para embalagens de SMS (tecido não tecido):

4.6.1 Dobrar a ponta voltada para o funcionário, levando-a até o centro do pacote, cobrindo o material e realizando uma dobra na ponta.

4.6.2 Trazer uma das laterais até o centro do pacote, deixando uma dobra na ponta.

4.6.3 Realizar o mesmo procedimento na outra lateral, de modo que cubram todo o artigo.

4.6.4 Completar o pacote, levando a quarta e última ponta até o centro do pacote. Fechar com fita indicadora de processo de esterilização, envolvendo todo o pacote.



Fonte: Google (2023)

4.7 Para embalagens de Grau Cirúrgico:

4.7.1 Utilizar o papel grau cirúrgico em tamanho adequado ao material, observando a data de validade (data de limite de uso) do mesmo;

4.7.2 Colocar o material a ser esterilizado no papel grau cirúrgico e encaminhar para selagem.

4.7.3 A selagem de embalagens tipo envelope ou rolo deve ser feita por termo seladora ou conforme orientação do fabricante, no selamento deverá ser deixada uma borda livre de no mínimo 3cm da borda, com uma largura de 1cm de selagem, para facilitar a abertura, assim como deve ser íntegra, contínua, sem pregas e rugas;

4.8 Identificar com uma fita adesiva o pacote com o nome da unidade, conteúdo do pacote, data da esterilização, data de validade do processo de esterilização (30 dias) e nome do responsável pelo empacotamento.

4.9 Após embalagem dos artigos retirar as luvas e higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

5. OBSERVAÇÃO

A utilização da técnica adequada permite proteção, identificação, manutenção da esterilidade durante o transporte e manuseio do artigo, facilitando a abertura e utilização segura.

6. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.



BRUNA, C. Q. M. Preparo e embalagem dos materiais para esterilização. Enfermagem em CME. Disponível em <

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4168052/mod_resource/content/1/preparo%20e%20embalagem.pdf> Acesso em 24 mai 2019.

RIBEIRAO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Comissão de Controle de Infecção. Circular nº 20, de 2008. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Práticas recomendadas. 4. ed. São Paulo: SOBEC, 2007.



PREPARO DE MEDICAMENTOS A PARTIR DE AMPOLAS, SOLUÇÃO E FRASCOS CONTENDO PÓ

1. OBJETIVO

Administrar adequadamente os medicamentos mantendo os princípios de controle de infecção.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Bandeja

3.2 Medicamento ampola ou solução (frasco-ampola)

3.3 Recipiente de material perfurocortante

3.4 Algodão

3.5 Seringa de 5ml, 10ml ou 20ml

3.6 Agulhas 30 x 0,8 ou 25 x 0,8

3.7 Álcool a 70%

3.8 Diluente (soro fisiológico 0,9% ou água destilada), se necessário, em caso de frasco contendo pó sem diluente

3.9 Prescrição médica ou de enfermagem

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Verificar a prescrição (nome do usuário, data da prescrição, nome e dosagem do medicamento a ser administrado, via de administração do medicamento, frequência e horário de administração do medicamento, assinatura e carimbo do prescritor);



4.3 Revisar as informações pertinentes relacionadas ao medicamento, verificando ação, dose e via, finalidade, efeitos colaterais, implicações para a enfermagem;

4.4 Examinar a história clínica, a história de alergias e uso de medicamentos do usuário.

4.5 Examinar a constituição corporal, o tamanho do músculo e o peso quando administrar injeção subcutânea ou intramuscular.

4.6 Preparar o medicamento para um usuário de cada vez;

4.7 Se possível, somente preparar o medicamento diante o usuário ou acompanhante/cuidador;

4.8 Ampolas

4.8.1 Bater no ápice da ampola de maneira suave e rápida com o dedo, até que o líquido se desloque do gargalo da ampola;

4.8.2 Colocar um chumaço de algodão ao redor do gargalo da ampola;

4.8.3 Quebrar o ápice da ampola de forma rápida e firme no sentido para longe das mãos;

4.8.4 Aspirar o medicamento na seringa puxando suavemente o êmbolo;

4.8.5 Manter a extremidade da agulha sob a superfície do líquido. Incline a ampola para colocar todo o líquido dentro do alcance da agulha;

4.8.6 Se houver aspiração de bolhas de ar, as bolhas de ar são aspiradas, não retirar o ar dentro da ampola;

4.8.7 Para expelir o excesso de ar, retirar a agulha da ampola. Segurar a seringa com a agulha apontando para cima, bater levemente na seringa de modo que as bolhas subam. Puxar ligeiramente para traz o êmbolo e empurrá-lo no sentido de ejetar o ar. Não ejetar o líquido;

4.9 Frasco contendo solução

4.9.1 Remover a capa que cobre a tampa do frasco para expor a vedação de borracha estéril, mantendo a borracha estéril;

4.9.2 Em caso de frasco multidoses que já tenha sido usado anteriormente, a tampa já foi removida. Limpar de forma firme a superfície da vedação de borracha com algodão embebido em álcool a 70% e aguardar ficar bem seca;

4.9.3 Pegar uma seringa e conectar a agulha. Remover a capa da agulha, puxar o êmbolo para trás e aspirar a quantidade de ar equivalente ao volume da medicação a ser aspirada do frasco;

4.9.4 Com o frasco em uma superfície plana, inserir a ponta da agulha com o bisel entrando primeiro no centro da vedação da borracha. Aplique pressão na ponta da agulha durante a inserção;



4.9.5 Injetar ar no espaço interno do frasco, segurando o êmbolo da seringa, com uma pressão firme. A pressão de ar dentro do frasco algumas vezes força o êmbolo para trás;

4.9.6 Inverter o frasco e manter a seringa e o êmbolo firmes. Segurar o frasco entre o polegar e o indicador da mão não dominante. Apertar a extremidade do tubo da seringa e o êmbolo com o polegar e o dedo indicador da mão dominante para contrapor a pressão do frasco.

4.9.7 Manter a ponta da agulha abaixo do nível do líquido.

4.9.8 Permitir que a pressão do ar do frasco preencha a seringa gradualmente com o medicamento. Se necessário, puxar devagar o êmbolo para obter a quantidade correta da solução;

4.9.9 Remover a agulha do frasco puxando o tubo da seringa para trás;

4.9.10 Segurar a seringa ao nível dos olhos, em um ângulo de 90°, para assegurar o volume correto e a ausência de bolhas de ar. Remover qualquer restante de bolhas de ar, puxando o êmbolo para trás e empurrando-o para ejetar o ar.

4.9.11 Se a medicação for administrada no tecido do usuário, troque de agulha para o calibre e comprimento adequados, de acordo com a via de administração;

4.9.12 Para frascos de doses múltiplas, faça um rótulo com data da abertura, validade, assinatura do profissional que abriu.

4.10 Frasco contendo pó

4.10.1 Remover a capa que estiver cobrindo o frasco de um medicamento em pó e a tampa do frasco contendo o diluente, apropriado. Limpar firmemente ambas as vedações com algodão embebido em álcool a 70% e aguardar secar;

4.10.2 Puxar o diluente na seringa segundo a orientação da ampola (item 4.8);

4.10.3 Inserir no frasco a ponta da agulha através do centro da vedação de borracha do frasco;

4.10.4 Injetar o diluente no frasco;

4.10.5 Remover a agulha;

4.10.6 Misturar o medicamento completamente, rolando o frasco entre as palmas sem agitar;

4.10.7 O medicamento reconstituído no frasco está pronto para ser usado;

4.10.8 Preparar a medicação na seringa conforme passos 4.9;

4.11 Descartar os materiais de acordo com sua classificação (resíduo comum, perfurocortante, resíduo contaminado, etc).



4.12 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.13 Checar o medicamento na prescrição médica e registrar o procedimento no prontuário eletrônico, descrevendo o local da aplicação e mediação administrada.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimento: considerações sobre seu uso. BIT - Boletim Informativo de Tecnovigilância, Brasília, DF, n. 2, abr./maio/jun. 2011.

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



PROVA DO LAÇO

1. OBJETIVO

É utilizada na prática clínica como um dos elementos para triagem dos usuários com suspeita de Dengue. É uma prova que representa a fragilidade capilar e deve ser realizada, obrigatoriamente, em todos os casos de suspeita clínica da doença, que não apresentem sinais de sangramento espontâneo e nem sinal clínico de alarme e/ou choque. Deve ser repetida no acompanhamento clínico apenas se previamente negativa.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Bandeja

3.2 Esfigmomanômetro

3.3 Estetoscópio

3.4 Caneta esferográfica

3.5 Régua comum ou fita métrica

3.6 Relógio

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Explicar o propósito e procedimento do teste ao usuário;

4.3 Dizer ao usuário que ele pode sentir desconforto e parestesia no membro durante a realização do procedimento;

4.4 Anotar quaisquer medicamentos que o usuário esteja em uso;

4.5 Escolher o local de realização da prova, no antebraço que não tenha fístula arteriovenosa, lesões ou esvaziamento ganglionar e que preferencialmente não seja pigmentado ou tenha



muitos pelos. Na impossibilidade desse local, pode-se medir a pressão arterial em coxa, utilizando manguito mais largo ou de adulto;

4.6 Verificar a Pressão Arterial conforme procedimento operacional;

4.7 Calcular o valor médio da Pressão Arterial pela fórmula $(PAS + PAD)/2$;

4.8 Insuflar o manguito até o valor médio;

4.9 Manter o manguito insuflado durante 5 minutos no adulto e 3 minutos em crianças, ou até o aparecimento de petéquias ou equimoses. Caso a prova do laço apresente-se positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças ela pode ser interrompida;

4.10 Desenhar um quadrado com $2,5 \text{ cm}^2$, no antebraço, no local de maior concentração de petéquias;

4.11 Soltar o ar do manguito, retirá-lo do usuário;

4.12 Proceder à leitura do resultado:

4.12.1 Contar o número de petéquias formadas dentro do quadrado;

4.12.2 A prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias dentro do quadrado em adultos e 10 ou mais em crianças;

4.12.3 Atenção para o surgimento de possíveis petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos;

4.13 Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.14 Registrar o procedimento em prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÕES

· O resultado positivo pode reforçar a hipótese de dengue e aponta para uma necessidade de maior atenção ao usuário;

· A prova do laço frequentemente pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque. É importante ressaltar que a prova do laço não confirma e nem exclui o diagnóstico de dengue;

· A prova do laço pode ser realizada por todos os Profissionais de Enfermagem desde que capacitados, orientados e supervisionados pelo Enfermeiro.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Dengue: manual de enfermagem. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP 013/2014 – CT PRCI nº 106.428/2013, de 31 de janeiro de 2014. Realização da prova do laço por técnico e auxiliar de enfermagem. Disponível em: . Acesso em: 19 mai 2019.



PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA PARA MEDICAMENTOS E SOROTERAPIA

1. OBJETIVO

Realizar punção venosa para administração de medicamentos e soroterapia.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Bandeja

3.2 Luvas de procedimento não estéril

3.3 Cateter intravenoso

3.4 Algodão

3.5 Álcool a 70%;

3.6 Garrote

3.7 Micropore ou esparadrapo;

3.8 Equipamentos de Proteção Individual.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Preparar o material;

4.3 Escolher o cateter:

4.3.1 Devem ser escolhidos preferencialmente cateteres flexíveis;

4.3.2 O calibre do cateter deve ser compatível com a veia escolhida;

4.4 Escolha do local de punção:

4.4.1 Local de maior facilidade de higienização e garantia de assepsia;

4.4.2 Sem escoriações e complicações mecânicas (hematoma, equimose, anastomose);

4.4.3 Vasos mais calibrosos;



- 4.4.4 Local de maior conforto e segurança;
- 4.4.5 Evitar locais com possíveis fatores de risco (cateteres pré-existentes, deformidade anatômica);
- 4.4.6 Evitar áreas com dor, sensibilidade e infecção;
- 4.4.7 Evitar fossa antecubital;
- 4.4.8 Não realizar punção de membro previamente afetado por acidente vascular encefálico, com paralisias, membros com esvaziamento ganglionar (mastectomizados) e fístula arterio-venosa;
- 4.5 Abrir o pacote do cateter intravenoso com técnica estéril;
- 4.6 Inserção do cateter:
 - 4.6.1 Explicar o procedimento ao usuário;
 - 4.6.2 Identificar o usuário pelo nome completo (nome social, quando houver), verificar a prescrição médica;
 - 4.6.3 Avaliar histórico de alergias;
 - 4.6.4 Preparar o medicamento e/ou soroterapia;
 - 4.6.5 Calçar luvas de procedimento não estéril;
 - 4.6.7 Instalar o garrote aproximadamente a 10 a 15 cm acima do local escolhido para punção;
 - 4.6.8 Realizar a antisepsia da pele no local a ser puncionado com algodão embebido em álcool a 70% antisséptico com movimento centrífugo (circular, único, do centro para fora);
 - 4.6.9 Observar sujidade da pele e, se necessário, realizar novamente antisepsia com outro algodão;
 - 4.6.10 Aguardar a evaporação do antisséptico espontaneamente;
 - 4.6.11 Remover o protetor do cateter intravenoso;
 - 4.6.12 Estirar a pele com a mão não dominante;
 - 4.6.13 Não tocar no local selecionado para a punção;
 - 4.6.14 Introduzir o cateter com o bisel voltado para cima, num ângulo de 10° a 30° compatível com a profundidade da veia;
 - 4.6.15 Observar o fluxo de sangue pelo lúmen do cateter;
 - 4.6.16 Estabilizar o cateter com uma mão e soltar o garrote com a outra;
 - 4.6.17 Instalar medicação, soroterapia ou salinizar de acordo com prescrição;
 - 4.6.18 Para fixar o cateter, usar micropore ou esparadrapo;



4.6.20 Identificar o curativo com data, hora de inserção, calibre e identificação do profissional.

4.7 Retirada do cateter:

4.7.1 Com auxílio de algodão apoiar o local de inserção do cateter retirando-o em movimento único e solicitando ao paciente que comprima o local sem dobrar o braço por alguns minutos;

4.7.2 Descartar o material usado de acordo com as normas de descarte de resíduos;

4.8 Registrar o procedimento realizado, membro puncionado, cateter escolhido, data e horário do procedimento, em prontuário eletrônico.

5. REFERÊNCIA

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



HIGIENIZAÇÃO DE ESPAÇADORES DE INALAÇÃO

1. OBJETIVO

Proceder a limpeza e desinfecção dos espaçadores de inalação

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Equipamentos de Proteção Individual (EPI's): touca, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha e calçado fechado;

3.2 Caixa ou balde plástico rígido com tampa e com capacidade relativa ao volume de materiais do serviço a ser desempenhado (10 L, 20 L ou volume superior), previamente limpa.

3.3 Água tratada ou deionizada

3.4 Detergente hospitalar

3.5 Esponja de limpeza

3.6 Toalha de papel

3.7 Solução de SURFIC 1%

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Reunir o material necessário em pia apropriada na área específica destinada a lavagem de material (CME);

4.3 Paramentar-se;

4.4 Desmontar os espaçadores conforme orientação do fabricante;

4.5 Realizar limpeza mecânica adequada e retirada de toda matéria orgânica conforme procedimento operacional;

4.6 Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;



- 4.7 Colocar para escorrer sobre papel toalha, em ar ambiente, sem usar tecido ou papel até secarem completamente;
- 4.8 Imergir em solução de SURFIC 1%;
- 4.9 Retirar o material da solução, enxaguar abundantemente em água corrente e deixar escorrer sobre papel toalha, em ar ambiente, sem usar tecido ou papel na aerocâmara metálica ou plástica;
- 4.10 Remontar o conjunto e acondicioná-lo individualmente em papel grau cirúrgico;
- 4.11 Armazenar os conjuntos em recipiente seco com tampa;
- 4.12 Identificar a embalagem com nome do responsável, data e hora do término da desinfecção;
- 4.13 Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme Procedimento Operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.14 Registro em livro de controle de esterilização.

5. OBSERVAÇÃO

Em espaçadores de material metálico não é necessário instilar a medicação em seu interior para acondicionamento, já nos espaçadores plásticos é necessário seguir a orientação do fabricante.

6. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de limpeza e desinfecção da ANVISA. Brasília, DF: Anvisa, 2010. RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual de limpeza, desinfecção e esterilização em unidades de saúde. Ribeirão Preto: SMS, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Recuperação anestésica e centro de material e esterilização. Práticas recomendadas. 6. ed. São Paulo: SOBECC, 2013.



WIDMER, A. F.; FREI, R. Antimicrobial activity of glucoprotamin: a clinical study of new disinfectant for instruments. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Cambridge, v. 24, n. 10, p. 762-764, 2003.



RETIRADA DE PONTOS

1. OBJETIVO

Retirar os pontos minimizando os riscos de infecção, proporcionando um melhor processo de cicatrização da ferida.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAIS

3.1 Tesoura Íris

3.2 Gazes (estéril)

3.3 Pinça Kelly ou anatômica ou dente de rato ou Kocker (pacote de retirada de pontos)

3.4 Luvas de Procedimento

3.5 Solução Fisiológica 0,9%

4. PROCEDIMENTO

4.1 Orientar o usuário sobre o procedimento;

4.2 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.3 Preparar o material;

4.4 Calçar as luvas de procedimento;

4.5 Abrir pacote de retirada de pontos e pacote de gases usando técnica asséptica;

4.6 Expor a área;

4.7 Realizar antisepsia do local de retirada dos pontos com gaze e SF0,9%, promovendo a limpeza do local, a partir da área menos contaminada;

4.8 Se a ferida estiver limpa, deverá ser iniciada a limpeza no sentido de dentro para fora;

4.9 Segurar a pinça com a mão não dominante o ponto cirúrgico;

4.10 Cortando-o com a mão dominante;



- 4.11 Tracionar o ponto pelo nó com auxílio da pinça e cortá-lo com a tesoura em um dos lados próximo à pele;
- 4.12 Colocar os pontos, já cortados, sobre uma gaze e desprezá-los em saco de lixo branco;
- 4.13 Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- 4.14 Retirar EPI e higienizar as mãos;
- 4.15 Registrar o procedimento no prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÃO

Antes de realizar a retirada dos pontos, verificar a data da realização da sutura e checar com o usuário a prescrição médica do procedimento. Nos casos em que houver sinais flogísticos, comunicar o enfermeiro e/ou médico da Unidade para avaliação.

Realizar curativo oclusivo se presença de sangramento ou secreções.

6. REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 0514/2016, de 5 de maio de 2016. Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do usuário, com a finalidade de nortear os profissionais de enfermagem.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas unidades básicas de saúde. 2. ed. São Paulo: SMS, 2012. (Série Enfermagem).



SONDAGEM NASOENTERAL

1. OBJETIVO

Realizar inserção de sonda enteral com fio guia por via nasal para alimentação, hidratação e administração de medicamentos.

2. RESPONSABILIDADE

A responsabilidade da técnica de sondagem nasoenteral é do Enfermeiro, assim como o encaminhamento para realização de Raio X;

O auxiliar de enfermagem e o técnico de enfermagem devem auxiliar o enfermeiro no preparo do material e durante a realização do procedimento, posicionando o usuário e fornecendo o material.

3. MATERIAL

3.1 Bandeja

3.2 Luvas de procedimento

3.3 Sonda para nutrição enteral com fio guia (mandril) de poliuretano ou silicone

3.4 Gazes

3.5 Seringa 20 mL para adultos; para RN e crianças: seringas de 3mL e 5 mL

3.6 Solução fisiológica 0,9%

3.7 Fita adesiva hipoalergênica ou esparadrapo

3.9 Estetoscópio

3.10 Abaixador de língua

3.11 Lenço de papel

3.12 Lanterna

3.13 Fita métrica

3.15 Biombo se necessário

3.16 Equipamentos de Proteção Individual.

4. PROCEDIMENTO



- 4.1 Verificar a prescrição médica para a inserção da sonda nasoenteral;
- 4.2 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.3 Reunir o material e colocá-lo próximo ao usuário;
- 4.4 Observar estado geral do usuário (capacidade de cooperar com procedimento, nível de consciência e sinais vitais);
- 4.5 Conferir o nome completo do usuário, data de nascimento;
- 4.6 Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante;
- 4.7 Fechar a porta ou colocar biombo para garantir a privacidade do usuário;
- 4.8 Posicionar o usuário em decúbito dorsal em posição Fowler alta;
- 4.9 Pedir ao usuário que assoe as narinas, se possível ou realizar limpeza das mesmas;
- 4.10 Pedir ao usuário que respire por uma narina enquanto ocluir a outra; verifique o fluxo de ar e selecione a narina mais pérvia;
- 4.11 Medir a extensão da sonda, colocando sua extremidade distal na ponta do nariz, estendendo ao lóbulo da orelha e deste até o apêndice xifóide. Em crianças menores de 1 ano de idade, a medição deve se estender até o espaço médio entre a cicatriz umbilical e o apêndice xifóide;
- 4.12 Para a introdução na porção superior do intestino delgado, adicione 20 a 30 cm de comprimento. Marcar este ponto com esparadrapo;
- 4.13 Marcar o local da medida envolvendo a sonda com esparadrapo ou fita adesiva hipoalergênica;
- 4.14 Calçar luvas de procedimento;
- 4.15 Lubrificar a ponta da sonda com solução fisiológica 0,9%, utilizando as gazes, se necessário;
- 4.16 Introduzir a sonda pela narina selecionada até a demarcação da medida, solicitando que usuário degluta quando possível;
- 4.17 Com a lanterna e o abaixador de língua verificar a presença da sonda na orofaringe;
- 4.18 Verificar o posicionamento da sonda no estômago, aspirando-a para observar retorno de conteúdo gástrico e injetando ar com a seringa 20 ml auscultar a presença de ruídos hidroaéreos com o estetoscópio sobre a região epigástrica; Após passagem da sonda e testes, remover o fio guia e guardá-lo;



4.19 Após confirmar posicionamento gástrico, orientar o paciente a andar ou colocá-lo deitado sobre o lado direito do corpo durante pelo menos uma hora, se possível. Esse período permite que a sonda se mova através do piloro, pela ação da gravidade.

4.20 Fixar a sonda: prenda a sonda junto ao nariz utilizando o dispositivo de fixação específico ou colocando um pedaço de esparadrapo sobre a fronte e outro sobre o dorso nasal do usuário;

4.21 Realizar a medida externa do comprimento da sonda desde o nariz até sua extremidade,

4.22 Recolher o material;

4.23 Recompôr o ambiente;

4.24 Retirar as luvas;

4.25 Colocar o usuário em posição confortável;

4.26 Encaminhar ao pronto atendimento municipal para realização de Raio X e orientar o usuário a não se alimentar;

4.27 Higienizar as mãos.

4.28 Registrar o procedimento realizado, número da sonda, por qual narina a sonda foi introduzida, os testes de posicionamento da sonda, medida externa do comprimento da sonda desde o nariz até sua extremidade e se ocorreram intercorrências durante o procedimento, no prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÃO

- Se o usuário apresentar sinais de angústia respiratória (tosse, dificuldade respiratória, cianose, agitação), retirar a sonda imediatamente e reintroduzi-la posteriormente.
- Evitar a inserção nas narinas em RNs e lactentes com menos de 4 meses.
- Diante da necessidade de um novo procedimento ou repasse da sonda em um mesmo usuário, considerar o rodízio das narinas, quando possível.
- Reforçar as orientações sobre os cuidados para manutenção adequada e segura das sondas para usuários do dispositivo no domicílio.

6. REFERÊNCIA

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN - SP). Parecer COREN - SP CAT nº. 005/2018. Assunto: Passagem de sonda nasogástrica/orogástrica.



POTTER, P.A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.A.; HALL, M.A. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 8ª ed., 2018.

TAYLOR, C.R. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.



SONDAGEM NASOGÁSTRICA

1. OBJETIVO

Realizar inserção de sonda gástrica sem mandril (PVC ou silicone ou poliuretano) por via nasal ou oral para drenagem e lavagem gástrica.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Bandeja

3.2 Luvas de procedimento

3.3 Sonda gástrica

3.4 Gazes

3.5 Seringa 20 mL

3.6 Solução fisiológica 0,9%

3.7 Fita adesiva hipoalergênica ou esparadrapo

3.9 Estetoscópio

3.10 Abaixador de língua

3.11 Lenço de papel

3.12 Lanterna

3.13 Fita métrica

3.14 Copo plástico

3.15 Biombo se necessário

3.16 Equipamentos de Proteção Individual

4. PROCEDIMENTO

4.1 Verificar a prescrição médica para inserção da sonda nasogástrica;

4.2 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.3 Reunir o material e colocá-lo próximo ao usuário;



- 4.4 Observar estado geral do usuário (capacidade de cooperar com o procedimento, nível de consciência e sinais vitais);
- 4.5 Conferir o nome completo do usuário e data de nascimento;
- 4.6 Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante;
- 4.7 Fechar a porta ou colocar biombo para garantir a privacidade do usuário;
- 4.8 Posicionar o usuário em decúbito dorsal em posição Fowler alta;
- 4.9 Pedir ao usuário que assoe as narinas, se possível ou realizar limpeza das mesmas;
- 4.10 Pedir ao usuário que respire por uma narina enquanto ocluir a outra; verificar o fluxo de ar e selecionar a narina mais pérvia;
- 4.11 Medir a extensão da sonda, colocando sua extremidade distal na ponta do nariz, estendendo ao lóbulo da orelha e deste até o apêndice xifóide;
- 4.12 Marcar o local da medida envolvendo a sonda com esparadrapo ou fita adesiva hipoalergênica;
- 4.13 Calçar luvas de procedimento;
- 4.14 Lubrificar a ponta da sonda com a solução fisiológica 0,9%, utilizando as gazes, se necessário;
- 4.15 Introduzir a sonda na narina selecionada até chegar à demarcação da medida, solicitando ao usuário que degluta quando possível;
- 4.16 Com a lanterna e o abaixador de língua verificar a presença da sonda na orofaringe;
 - 4.16.1 Com a seringa injetar aproximadamente 10ml de ar na sonda e efetuar a ausculta com o estetoscópio na região epigástrica;
 - 4.16.2 Se os testes indicarem posicionamento correto da sonda, prenda a sonda junto ao nariz utilizando o dispositivo de fixação específico ou colocando um pedaço de esparadrapo sobre a fronte e outro sobre o dorso nasal do usuário;
- 4.17 Realizar a medida externa do comprimento da sonda desde o nariz até sua extremidade,
- 4.18 Recolher o material;
- 4.19 Recompôr o ambiente;
- 4.20 Retirar as luvas;
- 4.21 Colocar o cliente em posição confortável;
- 4.21 Higienizar as mãos.



4.22 Registrar o procedimento realizado, por qual narina a sonda foi introduzida, os testes de posicionamento da sonda, se ocorreram intercorrências durante o procedimento, data e horário do procedimento, em prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÃO

- Se o usuário apresentar sinais de angústia respiratória (tosse, dificuldade respiratória, cianose, agitação), retirar a sonda imediatamente e reintroduzi-la posteriormente.
- Caso não obtenha retorno de conteúdo gástrico com a aspiração da sonda, o usuário pode ser orientado a permanecer em decúbito lateral esquerdo e, após 15 minutos, nova tentativa deve ser realizada.

6. REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº. 619/2019. Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica.

NHS. National Safety Patient Agency. Patient Safety Alert NPSA/2011/PSA002: Reducing the harm caused by misplaced nasogastric feeding tubes in adults, children and infants. March, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.A.; HALL, M.A. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 8ª ed., 2018.

TAYLOR, C.R. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.



SOROTERAPIA

1. OBJETIVO

Restaurar a volemia das vítimas em situação de choque circulatório, administrar medicamentos e promover o equilíbrio hidroeletrólítico.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Rótulo de soro devidamente preenchido;

3.2 Frasco com soro prescrito;

3.3 Ampolas de soluções/ medicamentos a adicionar (se necessário);

3.4 Algodão;

3.5 Álcool;

3.6 Fita adesiva;

3.7 Seringa com agulha (se necessário);

3.8 Equipo de soro (gota /microgota / equipo para bomba).

3.9 Luvas de procedimento

3.10 Prescrições médica

4. PROCEDIMENTO

4.1 Proceder com atenção a escuta/leitura da prescrição médica com o nome do usuário, tipo e quantidade de líquido intravenoso, aditivos farmacológicos e finalidade da infusão;

4.2 Transcrever a composição do soro para o rótulo com os seguintes dados: nome do usuário, componentes do soro, volume e gotejamento da infusão, hora e data do início, acrescentando o nome e assinatura de quem realizou o procedimento.

4.3 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;



- 4.4 Preparar o material e seguir procedimento operacional padrão para Orientação geral para administração de medicamentos e procedimento operacional padrão para Preparo de medicações a partir de ampolas, soluções e frascos.
- 4.5 Verificar se o usuário tem alergia ao látex, adesivo ou a algum medicamento/composto. Na impossibilidade, acompanhar se existe surgimento de reações alérgicas e interromper o procedimento em caso positivo;
- 4.6 Proceder à desinfecção com álcool a 70% da ponta do frasco do soro e das ampolas, quebrando e abrindo as mesmas;
- 4.7 Aspirar os componentes sem contaminar;
- 4.8 Abrir a embalagem do equipo, certificar que a pinça rolete esteja fechada, retirar a tampa protetora da ponta de inserção do equipo, não tocando o na ponta; inseri-la na entrada do frasco de soro realizando um movimento de torção;
- 4.9 Comprimir a câmara de gotejamento do equipo, permitindo que se encha até a metade com o líquido de infusão;
- 4.10 Retirar o ar da extensão do equipo percutindo, fechar a pinça rolete, proteger a extremidade do equipo. Assegurar-se de que o equipo esteja livre de bolhas. Para retirar as bolhas de ar, percutir o equipo com o dedo onde estão localizadas as bolhas;
- 4.11 Injetar os medicamentos/ componentes no frasco de soro prescrito;
- 4.12 Fixar o rótulo no frasco;
- 4.13 Datar o equipo com fita adesiva e registrar a hora da instalação/troca do equipo;
- 4.14 Calçar luvas de procedimento;
- 4.15 Verificar a permeabilidade do acesso e se necessário, puncionar/repuncionar segundo Procedimento Operacional Padrão de Punção Venosa Periférica para Medicamentos e Soroterapia;
- 4.16 Retirar a tampa da extremidade distal do equipo e em seguida conectar o equipo ao acesso venoso;
- 4.17 Abrir a pinça rolete lentamente;
- 4.18 Ajustar o gotejamento fazendo a contagem durante 1 minuto, conforme a prescrição médica utilizando pinça rolete.



4.19 Registrar em prontuário eletrônico, devidamente, a assistência prestada na ficha de atendimento de enfermagem a data e hora da inserção, local preciso da punção, calibre do cateter, duração da infusão, velocidade de gotejamento e tipo de curativo.

5. OBSERVAÇÃO

5.1 Caso não seja prescrito o gotejamento, calcular a velocidade da infusão em mL/h dividindo o volume total da infusão pelo número de horas: $\text{mL/h} = \text{volume total da infusão} / \text{horas de infusão}$.

5.2 Com este resultado, calcular o gotejamento em gotas por minuto, dividindo o volume em ml que corre em 1 hora por 60 (minutos) - logo o resultado será o volume de soro que corre em 1 minuto.

5.3 Para calcular o gotejamento em gotas/minuto, calcule o volume em ml em 1 minuto x 20 (lembrar que 1 ml tem 20 gotas).

5.4 Para calcular o gotejamento em microgotas/minuto, calcule o volume em ml em 1 minuto x 60 (lembrar que 1 ml tem 20 gotas e cada gota = 3 microgotas).

5.5 Instrua o usuário a informar, caso:

5.5.1 O curativo não estiver limpo, íntegro e seco;

5.5.2 Presença de ardor, sangramento, edema ou frieza na região da inserção do cateter.

6. REFERÊNCIAS

SOUSA, R. M. C. et al. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.A.; HALL, M.A. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 8ª ed., 2013.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.A.; HALL, M.A. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 8ª ed., 2018.



TÉCNICA DE ORDENHA MANUAL DAS MAMAS

1. OBJETIVOS

- Aliviar o desconforto decorrente de uma mama ingurgitada;
- Estimular a produção de leite materno ou manter a produção láctea quando o bebê não está mamando;
- Aliviar a região areolar, garantir a flexibilidade do complexo aréolo-mamilar para que o bebê consiga fazer a pega corretamente e mamar;
- Auxiliar no manejo de intercorrências mamárias (ingurgitamento mamário, bloqueio de ductos, traumas mamilares e mastite),
- Retirar o leite para ser oferecido posteriormente ao bebê.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Luvas de procedimento

3.2 Bandeja

3.3 Biombo

3.4 Touca

3.5 Máscara

3.6 Óculos de proteção

3.7 Compressas

3.8 Frasco de vidro com tampa plástica

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.2 Prender o cabelo, vestir touca, máscara e óculos de proteção;



- 4.3 Preparar recipiente limpo e fervido e identificar com data e horário o frasco;
- 4.4 Reunir o material;
- 4.5 Identificar e acolher a usuária em ambiente privativo;
- 4.6 Explicar o procedimento à usuária;
- 4.7 Se a lactante apresentar dor intensa, prescrever medicamento conforme Protocolo de Enfermagem em Saúde da Mulher;
- 4.8 Orientar a lactante a ficar em posição confortável e relaxante;
- 4.9 Orientar a lactante a pensar no bebê, isso ajuda na ejeção do leite materno;
- 4.10 Vestir a luva de procedimento;
- 4.11 Massagear as mamas com movimentos firmes e circulares da aréola para base da mama (Figura 1);

Figura 1 – Massagem da mama

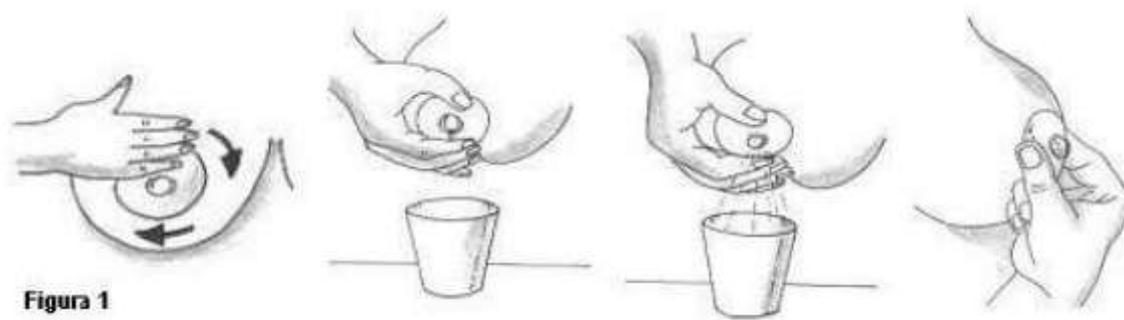
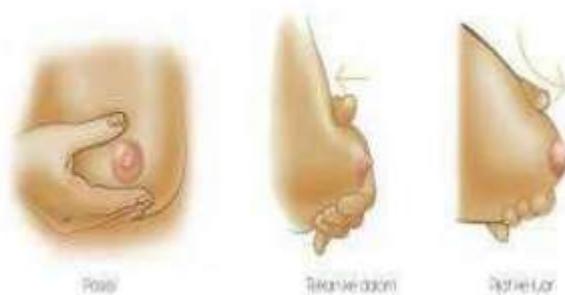


Figura 1

Fonte: Rego (2015)

- 4.12 Posicionar os dedos indicador e polegar nas margens da aréola (Figura 2);

Figura 2 – Posição dos dedos na ordenha manual



Posição

Índice e polegar

Índice e polegar



Fonte: Imagem do Google

4.13 Comprimir levemente a mama na direção do tórax, pressionando o indicador e o polegar um contra o outro;

4.14 Os movimentos de compressão devem ser firmes e os dedos não devem escorregar sobre a pele;

4.15 Caso a ordenha tenha a finalidade de extrair leite para o bebê, deve-se utilizar um vidro esterilizado para coletar este leite (Figura 3). Desprezar os primeiros jatos ou gotas e iniciar a coleta no frasco. Em outras situações, pode-se usar uma compressa para reter o leite;

Figura 3 - Ordenha Manual



Fonte: Brasil (2009)

4.16 Organizar os materiais, desprezando os descartáveis em recipiente apropriado;

4.17 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.18 Registrar o procedimento no prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÕES

· Quando a lactante fizer ordenha para manutenção da produção Láctea (bebê internado ou volta ao trabalho), poderá utilizar bomba desde que não apresente intercorrências mamárias e saiba manipular o equipamento;

· Ensinar a lactante e acompanhante como realizar a ordenha manual no domicílio nos demais horários necessários;



- Orientar a lactante que nas ordenhas com finalidade de ofertar posteriormente ao bebê, ela deverá utilizar recipiente esterilizado e em seguida, acondicioná-lo na geladeira, freezer ou congelador;
- Orientar sobre os prazos de validade de armazenamento do leite ordenhado: 12 horas na geladeira ou 15 dias em freezer ou congelador.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

REGO, J. D. Ordenha de leite: como, quando e por que fazê-la? In: REGO, J. D. Aleitamento materno. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.



TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

1. OBJETIVO

Realizar a reposição hidroeletrólítica para prevenir a desidratação e/ ou reverter a desidratação e seus agravos.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa)

3.2 Água filtrada ou fervida (fria), 1 litro

3.3 Envelope de soro de reidratação oral

3.4 Colher de cabo longo

3.5 Copo descartável/ seringa

3.6 Prescrição médica ou protocolos específicos.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Conferir prescrição médica/ protocolo.

4.2 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.3 Diluir 1 envelope de soro de reidratação oral em 1 litro de água filtrada ou fervida na jarra;

4.5 Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante;

4.6 Oferecer solução em intervalos curtos, toda vez que o usuário desejar, após a evacuação ou de acordo com prescrição médica;

4.7 Desprezar os resíduos nos recipientes adequados.



4.8 Registrar o procedimento realizado no prontuário eletrônico, volume de SRO que foi ingerido, tempo de duração, se houve presença de vômitos e/ou outras intercorrências se houver, data e horário do procedimento.

5. OBSERVAÇÃO

Se houver vômito oferecer solução mais gradativa, se persistir avisar o médico.

6. REFERÊNCIAS

CAMPINAS (Cidade). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de procedimentos operacionais padrão (POP) de enfermagem. 2. ed. Campinas: SMS, 2016.

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

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas unidades básicas de saúde. 2. ed. São Paulo: SMS, 2012.



TESTE DE SNELLEN

1. OBJETIVO

- Realizar a técnica da medida da Acuidade visual nos educandos, através da Escala de sinais de Snellen;
- Identificar crianças e jovens matriculados na rede pública de ensino com alterações visuais como distúrbios de refração que necessitem do uso de óculos e consulta com o oftalmologista;
- Contribuir para a promoção da qualidade de vida identificando problemas visuais que possam interferir no processo de ensino /aprendizagem, diminuindo assim os riscos para a evasão escolar.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAIS

3.1 Escala de Sinais de Snellen;

3.2 Um Lápis para apontar os optótipos (símbolos da escala)

3.3 Giz;

3.4 Ocluser;

3.5 Cadeira;

3.6 Metro ou fita métrica;

3.7 Fita Adesiva ou barbante;

3.8 Impresso para anotação dos resultados

4. PROCEDIMENTO

4.1 Escolher um local calmo, bem iluminado e sem ofuscamento;

4.1.1 A luz deve vir por trás ou dos lados da pessoa que vai ser submetida ao teste.

4.1.2 Deve-se evitar que a luz incida diretamente sobre a Escala de Sinais de Snellen;



- 4.2 Colocar a Escala de Sinais de Snellen em uma parede a uma distância de cinco metros da pessoa a ser examinada;
- 4.3 Fazer uma marca no piso com giz ou fita adesiva, colocando a cadeira de exame de forma que as pernas traseiras desta coincidam com a linha demarcada;
 - 4.3.1 Em casos de pessoas com deficiência física (cadeirante) o teste poderá ser realizado na própria cadeira de rodas;
- 4.4 Verificar se as linhas de optótipos (sinais da escala) correspondentes a 0,8 a 1,0 estão situadas ao nível dos olhos do examinado;
- 4.5 A prontidão da resposta ao teste, por parte do examinado, depende da sua compreensão em relação às instruções recebidas. Por essa razão é conveniente que haja um adequado preparo coletivo ou individual, como:
 - 4.5.1 Explicar e demonstrar o que vai fazer;
 - 4.5.2 Colocar a pessoa próxima à Escala de Sinais de Snellen e pedir-lhe que indique a direção para onde está voltado cada optótipo;
 - 4.5.3 Ensinar o examinado a cobrir o olho com o oclutor, sem comprimi-lo, mantendo os dois olhos abertos;
- 4.6 Apontar os optótipos com um objeto como um lápis, caneta, entre outros;
- 4.7 Para apontar o símbolo a ser visto, o profissional deve colocar o objeto em posição vertical passando-o em cima e repousando abaixo do símbolo. Mover com segurança e ritmicamente o objeto de um símbolo para outro;
- 4.8 A medida da acuidade visual sempre deve ser realizada primeiramente no olho direito, com o esquerdo devidamente coberto com oclutor;
- 4.9 O exame deve ser iniciado com os optótipos maiores, continuando a sequência de leitura até onde a pessoa consiga enxergar sem dificuldade. Utilizar a mesma conduta para medir a acuidade visual no olho esquerdo;
- 4.10 O profissional deve mostrar pelo menos dois símbolos de cada linha. Se o educando tiver alguma dificuldade numa determinada linha, mostrar um número maior de sinais da mesma linha. Caso a dificuldade continue, voltar à linha anterior;
- 4.11 A acuidade visual registrada será o número decimal ao lado esquerdo da última linha em que a pessoa consiga enxergar mais da metade dos optótipos. Exemplo: numa linha com 6 optótipos, o examinado deverá enxergar no mínimo 4;



4.12 Todos os educandos que não atingirem 0,7 devem ser retestados. Valerá o resultado em que a medida da acuidade visual foi maior;

4.13 Se a pessoa que estiver sendo examinada não conseguir identificar corretamente os optótipos maiores, ou seja, os optótipos da 1ª linha da escala de Snellen, deverá ser anotado, Acuidade Visual (AV) como menor que 0,1;

4.14 Atenção especial deve ser dada à anotação dos dados. É muito comum a troca da anotação dos dados do olho direito com o olho esquerdo. Por isso, anotar sempre os resultados do olho direito, antes de iniciar o teste no olho esquerdo;

4.15 Registrar no Sistema MV, como procedimento coletivo, na atividade coletiva.

5. CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO PRIORITÁRIO

5.1 Acuidade visual (com correção) inferior a 0,1 em qualquer um dos olhos;

5.2 Quadro agudo (olho vermelho, dor, secreção abundante, dentre outros sinais e sintomas);

5.3 Trauma ocular recente;

6. CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO REGULAR

6.1 Acuidade visual com correção inferior ou igual a 0,7;

6.2 Estrabismo (olho torto);

6.3 Usuário diabético;

6.4 História de glaucoma na família;

6.5 Outros sintomas oculares como prurido, lacrimejamento ocasional, dor de cabeça, piscar contínuo dos olhos, testa franzida, olhos semicerrados entre outros.

7. OBSERVAÇÕES

· Em alguns casos em que o examinado apresente dificuldades de diferenciar qual optótipos está sendo apontado, sugere-se que o profissional utilize um papel de cor única para cobrir os optótipos vizinhos;

· A triagem deve ser realizada pelo menos uma vez ao ano no período do ensino fundamental e médio

· O aplicador do Teste deve colocar um estudante de cada vez na sala reservada ao procedimento;



- A pessoa que usar óculos para longe deve mantê-los durante o teste.

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Saúde ocular. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. (Cadernos temáticos do PSE, 8).



TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ

1. OBJETIVO

- Acolher a mulher com uma escuta imparcial, respeitando a sua autonomia, inclusive para poder lidar com as questões emocionais advindas de um resultado não esperado;
- Detectar precocemente a gravidez para início no Pré Natal em tempo oportuno;
- Identificar situações oportunas para escolha de método contraceptivo para o uso de anticoncepção de emergência em caso de relação sexual desprotegida em até cinco dias, ocorrência da violência sexual, entre outras.

2. RESPONSABILIDADE

- 2.1 Auxiliar de enfermagem
- 2.2 Técnico de enfermagem
- 2.3 Enfermeiro

3. MATERIAIS

- 3.1 Teste rápido de gravidez
- 3.2 Recipiente para coleta de urina
- 3.3 Luvas de procedimento

4. PROCEDIMENTO

- 4.1 Acolher a mulher
- 4.2 Orientar a mulher que para a realização do teste ela não deve estar apresentando sangramento, nem utilizando pomadas ou cremes vaginais.
- 4.3 Indagar sobre o período de amenorreia, irregularidade menstrual, relação sexual desprotegida a menos de uma semana da realização do teste;
- 4.4 Orientar que para detectar a gravidez geralmente deverá ser realizado após 7 dias de atraso menstrual (seguir orientação do fabricante do teste);
- 4.5 Encaminhar ao sanitário para coleta da amostra da urina;
- 4.6 Oferecer o frasco para a coleta da amostra;



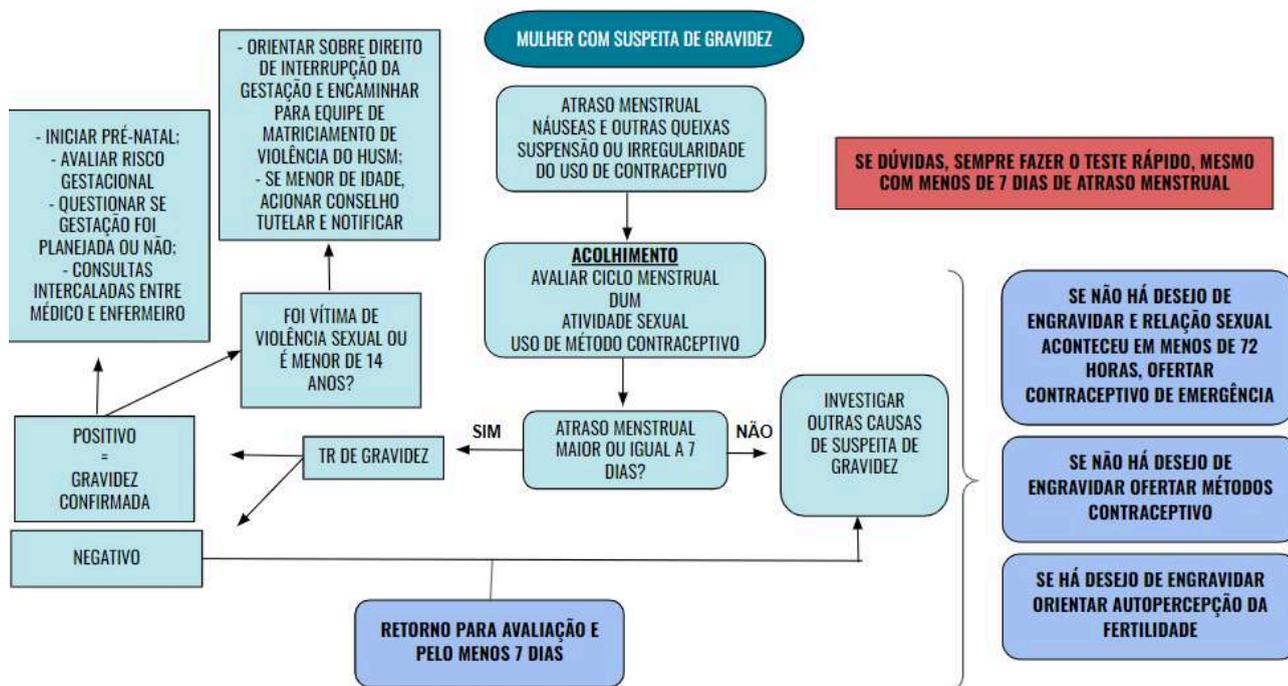
- 4.7 Coletar preferencialmente a primeira urina da manhã, por conter maior concentração do hormônio Hcg;
- 4.8 Orientar a cliente a realizar higiene, desprezar o primeiro jato e coletar dois dedos de urina;
- 4.9 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.10 Calçar as luvas de procedimento
- 4.11 Receber a amostra de urina
- 4.12 Abrir a embalagem do teste, retirar a tira e mergulhar a extremidade da tira indicada pelas setas na amostra da urina coletada, não permitir que a amostra ultrapasse a linha indicada;
- 4.13 Após 3 a 5 segundos retire a fita do recipiente e coloque em uma superfície plana;
- 4.14 Fazer a leitura do teste. O resultado do teste é invalidado após 5 minutos;
- 4.15 Não interpretar os resultados após 5min, pois baixas concentrações de hCG podem produzir uma linha fraca após um período de tempo prolongada, gerando confusão na interpretação do resultado;
- 4.16 Descartar a tira teste após a interpretação do resultado;
- 4.17 Para a realização do teste e interpretação do resultado, seguir sempre as instruções do fabricante, pois podem mudar conforme a marca do teste;
- 4.18 Após o exame o resultado positivo ou negativo, deverá ser orientado segundo o protocolo de atendimento da SMS, fluxograma em anexo.
- 4.19 Registrar o procedimento e o resultado do teste no Sistema MV.

5 OBSERVAÇÕES

· Quando realizar o Teste Rápido de Gravidez (TRG): Entre os diferentes motivos que fazem uma mulher, suspeitar que esteja grávida, o principal é o atraso menstrual, algumas podem estar no período do climatério, ou na menarca, com ciclos irregulares e de difícil controle, outras não estão usando métodos contraceptivos, ou que utilizam de forma incorreta e desconfiam da sua eficácia, outras podem estar tentando engravidar, e, às vezes, por ansiedade em saber se estão grávidas, desejam fazer o teste. O tempo de atraso para realização do teste



deve observar a indicação do insumo disponível, sendo em sua maioria igual ou superior a 7 dias.



Fonte: Confeção Própria

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Teste rápido de gravidez na atenção básica: guia técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno n. 8).



TESTE RÁPIDO QUALITATIVO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO DO VÍRUS SARS-CoV-2 Ag)

1. OBJETIVO

Realizar a detecção qualitativa de antígenos do SARS-CoV-2 em amostras de swab nasofaríngeo

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem - coleta de material e realização do teste

2.2 Técnico de enfermagem - coleta de material e realização do teste

2.3 Enfermeiro - solicitação do exame, coleta de material e realização do teste, interpretação de resultado

3. MATERIAIS

3.1 Kit TR SARS-CoV-2 Ag

3.2 Cronômetro ou relógio

3.3 Caneta

3.4 Máscara padrão de segurança N95/ PFF2

3.5 Protetor ocular ou protetor de face

3.6 Luvas de procedimentos

3.7 Avental descartável

3.8 Touca descartável

3.9 Recipiente para descarte de resíduo infectante

4. PROCEDIMENTO

4.1 Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos com sabão líquido e água corrente ou com álcool em gel;

4.2 Reunir o material;

4.3 Conferir validade do kit TR SARS-CoV-2 Ag;

4.4 Permitir que o kit TR SARS-CoV-2 Ag atinja temperatura conforme orientação do fabricante antes de ser utilizado;



- 4.5 Realizar a paramentação na seguinte sequência: avental, máscara N 95, óculos de proteção ou protetor facial, touca e luvas de procedimento;
- 4.6 Acolher o usuário
- 4.7 Identificar o usuário (perguntando nome completo) e confirmar se o mesmo atende aos critérios para realização do teste;
- 4.8 Explicar o procedimento ao usuário;
- 4.9 Colocar o suporte de teste em superfície plana;
- 4.10 Identificar o suporte de teste com iniciais do usuário, CPF, Data de nascimento;
- 4.11 Posicionar o usuário (decúbito dorsal ou sentado com a cabeça levemente inclinada para trás.
- 4.12 Proceder o desenvolvimento do teste conforme orientação do fabricante;
- 4.13 Realizar interpretação do resultado conforme orientação do fabricante;
- 4.14 Após a interpretação do resultado, descartar os materiais utilizados (suporte de teste, tubo de amostra) como resíduo infectante;
- 4.15 Se resultado positivo, o usuário deverá ser orientado segundo fluxo de atendimento da SMS. Se resultado negativo, seguir fluxograma em anexo;
- 4.16 Realizar desparamentação na seguinte sequência: luvas, avental, higienizar as mãos, touca, óculos ou protetor facial, higienizar as mãos, máscara, higienizar as mãos;
- 4.17 Registrar o procedimento e o resultado no sistema MV e NOTIFICASUS. Imprimir laudo para fornecer ao usuário, carimbar e assinar.

5. OBSERVAÇÕES

- Quando realizar o Teste Rápido Qualitativo para Detecção de Antígeno SARS-CoV-2 (TR SARS-CoV-2 Ag)
- Indicado para a população em geral, do primeiro ao sétimo dia do início de dois ou mais sinais e/ou sintomas de COVID-19, em quadro respiratório agudo leve a moderado, independente do histórico vacinal ou do contato com casos positivos.
- Sinais/sintomas de síndrome gripal: febre (mesmo que referida), calafrios, coriza, tosse, cansaço, dor de cabeça, dor de garganta, falta de ar, distúrbios olfativos e/ou gustativos.

6. REFERÊNCIAS



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Nota informativa Nº 1/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS “Coleta de swab por cirurgiões-dentistas no SUS”. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notastecnicas/nota-informativa-coleta-de-swab-por-cirurgioes-dentistas-no-sus.pdf/view>>. Acesso em: 25 jan 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer de Câmara Técnica No 018/2020/CTAs/COFEN. Disponível em http://www.cofen.gov.br/parecer-no-018-2020-cofencatas_81609.html. Acesso em: 25 jan 2022.



VENTILAÇÃO COM BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA-RESERVATÓRIO (Ambu®)

1. OBJETIVO

Administrar oxigênio suplementar em alta concentração ao usuário sob pressão positiva, visando prevenir ou tratar a hipóxia.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Equipamentos de proteção individual (EPI), como óculos, luvas e máscara facial.

3.2 Bolsa-válvula-máscara- BVM -AMBU equipada com dispositivo de reservatório de oxigênio e extensão em PVC

3.3 Fonte de Oxigênio (fixa ou portátil)

3.4 Oxímetro de pulso

4. PROCEDIMENTO

4.1 Utilizar os equipamentos de proteção individual;

4.2 Testar os materiais e observar seu perfeito funcionamento;

4.3 Instalar o oxímetro de pulso no usuário para monitorar a saturação de oxigênio;

4.4 Conectar a fonte de oxigênio à BVM- AMBU

ajustando o fluxômetro entre 10 a 15 L/min promovendo o enchimento do reservatório;

4.5 Posicionar a máscara facial da BVM- AMBU apropriadamente cobrindo o nariz e a boca concomitantemente, vedando-os com a mão não dominante e promovendo a abertura da via aérea (técnica do C + E) (figuras 1, 2, 3);



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Fonte: Silva (2015)

4.6 Comprimir a BVM - AMBU (figura 4) de forma que o usuário apresente a expansão torácica simétrica e como resultado eleve a saturação de oxigênio;

Figura 4



Fonte: Silva (2015)

4.7 Proceder de 10 a 12 ventilações/minuto;

4.8 Monitorar a saturação de oxigênio, avaliando se houve melhora da saturação e do padrão de perfusão periférica (coloração das extremidades).



4.9 Na presença de 2 profissionais, o profissional 1 deverá posicionar a máscara facial de maneira firme contra a face do usuário aplicando a técnica do C + E com ambas as mãos, mantendo simultaneamente a cabeça do usuário em posição adequada, enquanto o profissional 2 irá pressionar a bolsa até haver a expansão do tórax.

4.10 Registrar a assistência prestada no prontuário eletrônico.

5. OBSERVAÇÕES

· Se usuário for vítima de trauma mantenha sempre o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical;

6. REFERÊNCIAS

AEHLERT, B. ACLS, advanced cardiac life support. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

SILVA, A. C. Desenvolvimento de ambiente virtual de aprendizagem para a capacitação em parada cardiorrespiratória. 2015. Dissertação (Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-02022016-104809/pt-br.php>>.



VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

1. OBJETIVO

Obter amostra de sangue capilar para a mensuração dos níveis de glicose sanguíneos através do uso de glicosímetro.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Bandeja S/N

3.2 Gaze ou algodão

3.3 Álcool a 70%

3.4 Lanceta ou agulha 13X4,5

3.5 Glicosímetro

3.6 Fitas reagentes para glicose, específica ao aparelho utilizado no momento

3.7 Luvas de procedimento

3.8 Recipiente para descarte de material perfurocortante

4. PROCEDIMENTO

4.1 Acolher o usuário;

4.2 Realizar higiene das mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

4.3 Reunir o material necessário e certificar-se de que a fita reagente está na validade;

4.4 Verificar se existe risco para perfuração da pele em usuários com baixa contagem de plaquetas, em terapia anticoagulante e distúrbios hemorrágicos;

4.5 Avaliar a área da pele que será usada como local de punção;

4.6 Orientar o usuário sobre o procedimento;

4.7 Calçar as luvas de procedimento;



- 4.8 Ligar o aparelho e observar a compatibilidade da fita reagente com o glicosímetro;
- 4.9 Posicionar a fita reagente, conforme orientação do fabricante;
- 4.10 Fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
- 4.11 Com a outra mão limpar a área com algodão embebido em álcool a 70%, aguardar secagem natural (deixá-lo secar completamente);
- 4.12 Com a lanceta ou agulha estéril, em posição perpendicular ao local, fazer uma punção preferencialmente na lateral do dedo escolhido, onde a dor é minimizada;
- 4.13 Pressionar levemente o dedo e obter uma gota suficiente para preencher o campo reagente;
- 4.14 Pressionar o local da punção com algodão seco até hemostasia e avaliar novamente o local;
- 4.15 Atentar para usuários em uso de anticoagulantes;
- 4.16 Informar o resultado obtido ao usuário;
- 4.17 Desprezar a fita reagente e a lanceta na caixa específica para material perfurocortante;
- 4.18 Limpar o glicosímetro com algodão embebido em álcool 70%;
- 4.19 Retirar as luvas;
- 4.20 Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha;
- 4.21 Realizar a higienização das mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- 4.22 Registrar o procedimento com o valor obtido.

5. OBSERVAÇÃO

Se o usuário apresentar nível glicêmico abaixo de 70 mg/dL comunicar o enfermeiro ou médico.

6. REFERÊNCIAS

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP CAT nº 002/2010, de 28 de janeiro de 2010. Antissepsia da pele com álcool 70% e a realização do teste de glicemia capilar.



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP CAT nº 014/2010, de 18 de fevereiro de 2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos.

POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Recomendações para uso de luvas em serviços de saúde. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2016.



RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NA APS - RCP

1. OBJETIVO

1.1 Padronizar o atendimento na parada cardiorrespiratória (PCR) na APS, para que haja um atendimento de forma rápida e organizada com a finalidade de aumentar a chance de sobrevivência do paciente.

2. RESPONSABILIDADE

2.1 Auxiliar de enfermagem

2.2 Técnico de enfermagem

2.3 Enfermeiro

3. MATERIAL

3.1 Fonte de Oxigênio fixa ou portátil;

3.2 Bolsa-válvula-máscara;

3.3 Kit de emergência (conforme POP);

3.4 Maca;

3.5 Relógio;

3.6 Luvas de procedimento;

4. PROCEDIMENTO

4.1 Sequência de SBV do adulto para profissionais da saúde:

Durante uma situação de PCR, um mnemônico pode ser utilizado para descrever os passos simplificados do atendimento em SBV: o “CABD primário” onde:

O “C” corresponde a Checar responsividade e respiração da vítima, Chamar por ajuda, Checar o pulso da vítima e iniciar as compressões conforme POP

O “A”: Abertura das vias aéreas;

O “B”: Boa ventilação conforme POP ventilação com bolsa-válvula-máscara-reservatório “AMBU”

O “D”: Desfibrilação (na chegada do suporte avançado-SAMU ou unidades que possuem o DEA);



4.2 Ventilações com bolsa-válvula-máscara

4.2.1 Para não retardar o início das compressões torácicas, a abertura das vias aéreas deve ser realizada somente depois de aplicar as compressões torácicas, no caso de assistência por um único profissional.

4.2.2 As ventilações devem ser realizadas em uma proporção de 30 compressões para 2 ventilações, com apenas um segundo cada, fornecendo a quantidade de ar suficiente para promover a elevação do tórax. A hiperventilação é contraindicada, pois pode aumentar a pressão intratorácica e diminuir a pré-carga, consequentemente diminuindo o débito cardíaco e a sobrevivência. Podendo ocasionar também o risco de insuflação gástrica, com isso gerando vômito e broncoaspiração.

5. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

5.1 Diante de uma situação de PCR na APS com equipe mínima, o profissional que identificou a PCR deverá acionar o restante da equipe para transportar o paciente para local adequado para iniciar as manobras de reanimação cardiopulmonar o mais breve possível.

5.2 A equipe de atendimento multidisciplinar deve dispor da seguinte maneira:

5.2.1 um profissional na ventilação - médico;

5.2.2 um profissional na compressão torácica – auxiliar, técnico de enfermagem ou enfermeiro;

5.2.3 um profissional anotador de medicamentos e de tempo - auxiliar, técnico de enfermagem ou enfermeiro;

5.2.4 um profissional na manipulação dos medicamentos -auxiliar, técnico de enfermagem ou enfermeiro;

5.2.5 um profissional para fazer contato telefônico com o SAMU informando sobre o endereço e local a ser deslocado - Recepcionista/administrativo;

6. OBSERVAÇÕES

6.1 Em pacientes com traqueostomia metálica deve-se ocluir a mesma e ventilar por bolsa-válvula-máscara.

6.2 Em crianças a relação compressões e ventilações deve ser 15:2.

6.3 Em recém nascidos a relação compressões e ventilações deve ser 3:1.



7. REGISTRO

Registrar em prontuário eletrônico o desfecho do atendimento, tempo de parada cardiorrespiratória, medicações utilizadas e encaminhamentos.

8. REFERÊNCIAS

AHA, 2020. Diretrizes da American Heart Association 2020 para Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência. Disponível em: https://www.ahajournals.org/toc/circ/142/16_suppl_2