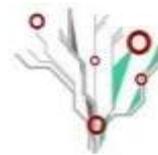




Governo do Distrito Federal
Secretaria do Estado de Educação do Distrito Federal
Gerência Regional de Ensino do Guar4
Coordenaç4o de Educaç4o Profissional
Centro de Educaç4o Profissional - Escola T4cnica do Guar4
Professora Teresa Ondina Maltese



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADR4O (POP) **Escola T4cnica do Guar4**

Bras4lia, 2024



**CENTRO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL ESCOLA TÉCNICA
DO GUARÁ – PROFESSORA TERESA ONDINA MALTESE
TÉCNICO EM ENFERMAGEM**



**CENTRO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL
ESCOLA TÉCNICA DO GUARÁ
PROFESSORA TERESA ONDINA MALTESE
CEP-ETG**

**Ibaneis Rocha Barros Junior
Governador do Distrito Federal**

**Hélvia Miridan Paranaguá Fraga
Secretaria de Educação do Distrito Federal**

**Fernanda Mateus Costa Melo
Coordenadora da Regional de Ensino do Guarã**

**Gisele Rejane Souza Calovi
Diretora do CEP ETG**

**Eliane Cristina Neres da Silva Arantes
Vice-diretora do CEP ETG**

**Hélio Marco Pereira Lopes Júnior
Organizador do POP**

Autores:

Anna Terra Rodrigues Morais e Morais
Bárbara dos Santos Nascimento Romão
Cybelle Carmelo Cotrim
Giuliane Moreira Duarte
Ingrid Larissa Rodrigues dos Reis
Irany Damaris Araújo Lopes
Jéssica Amorim Azevedo
Juan Tavares Medeiros
Layra de Souza Braga
Maianne Souza Belo
Manoela Vieira Gomes Costa
Marina Miranda França
Nayse do Nascimento Santos
Rosilene de Moura Lima
Sheila Vieira Coutinho
Valkiria dos Reis Carvalho Muniz
Vaneide Ribeiro dos Santos



1. Sumário

| | | |
|-----------|---|----------|
| 1. | HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS | 1 |
| 1.1. | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 1 |
| 1.2. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 1 |
| 1.3. | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | 1 |
| 1.3.1. | HIGIENIZAÇÃO COM ÁGUA E SABONETE | 1 |
| 1.3.2. | FRICÇÃO DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA | 2 |
| 1.4. | INDICAÇÕES PARA HIGIENE DAS MÃOS E AÇÕES DE HIGIENE DAS MÃOS | 3 |
| 1.5. | REFERÊNCIAS | 3 |
| 2. | PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIS) | 3 |
| 2.1. | LUVA ESTÉRIL | 4 |
| 2.1.1. | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 4 |
| 2.1.2. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 4 |
| 2.1.3. | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | 4 |
| 2.1.3.1. | TÉCNICA DE COLOCAÇÃO DE LUVAS | 4 |
| 2.1.3.2. | TÉCNICA DE RETIRADA DE LUVAS | 6 |
| 2.1.4. | INDICAÇÃO DO USO DA LUVA ESTÉRIL | 7 |
| 2.1.5. | REFERÊNCIAS | 7 |
| 2.2. | AVENTAL DESCARTÁVEL DE MANGAS LONGAS | 8 |
| 2.2.1. | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 8 |
| 2.2.2. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 8 |
| 2.2.3. | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | 8 |
| 2.2.3.1. | TÉCNICA DE COLOCAÇÃO DE AVENTAL DESCARTÁVEL DE MANGAS LONGAS | 8 |
| 2.2.3.2. | TÉCNICA DE RETIRADA DE AVENTAL DESCARTÁVEL DE MANGAS LONGAS | 9 |
| 2.2.4. | INDICAÇÃO DO USO DO AVENTAL DESCARTÁVEL | 9 |
| 2.2.5. | REFERÊNCIAS | 9 |



| | | |
|-----------|--|-----------|
| 3. | VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA | 10 |
| 3.1. | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 10 |
| 3.2. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 10 |
| 3.3. | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO..... | 10 |
| 3.4. | REFERÊNCIAS..... | 10 |
| 4. | MENSURAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL | 10 |
| 4.1. | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 11 |
| 4.2. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 11 |
| 4.3. | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO..... | 11 |
| 4.4. | QUADRO DE PRESSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA 11 | |
| 4.5. | REFERÊNCIAS..... | 12 |
| 5. | VERIFICAÇÃO DE PULSO | 12 |
| 5.1 | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO:..... | 12 |
| 5.2 | MATERIAL NECESSÁRIO: | 12 |
| 5.3 | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:..... | 12 |
| 5.4 | VALORES DE REFERÊNCIA | 14 |
| 5.5 | REFERÊNCIAS: | 14 |
| 6. | VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR | 15 |
| 6.1. | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 15 |
| 6.2. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 15 |
| 6.3. | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO..... | 15 |
| 7. | MONITORIZAÇÃO CARDÍACA | 16 |
| 7.1. | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 16 |
| 7.2. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 17 |
| 7.3. | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO..... | 17 |
| 7.4. | REFERÊNCIAS..... | 19 |
| 8. | REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA | 20 |
| 8.1. | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 20 |
| 8.3. | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO..... | 20 |
| 8.4. | AÇÕES EM CASOS DE NÃO CONFORMIDADE | 22 |



| | | |
|------------|--|-----------|
| 8.5. | REFERÊNCIAS..... | 22 |
| 9. | PRECAUÇÃO PADRÃO | 22 |
| 9.1. | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 22 |
| 9.2. | DESCRIÇÃO/ORIENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO | 23 |
| 9.3. | REFERÊNCIAS..... | 25 |
| 10 | Mensuração da Temperatura Axilar | 25 |
| 10.1 | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO: | 25 |
| 10.2 | MATERIAL NECESSÁRIO:..... | 25 |
| 10.3 | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:..... | 25 |
| 10.4 | REFERÊNCIAS..... | 26 |
| 11 | Mensuração da Saturação de Oxigênio | 26 |
| 11.1 | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO: | 26 |
| 11.2 | MATERIAL NECESSÁRIO:..... | 26 |
| 11.3 | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:..... | 26 |
| 11.4 | REFERÊNCIAS: | 27 |
| 12. | ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM PRECAUÇÃO RESPIRATÓRIA POR GOTÍCULAS | 27 |
| 12.1. | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 27 |
| 12.2. | PRECAUÇÃO DE GOTÍCULAS | 27 |
| 12.3. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 27 |
| 12.4. | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO..... | 27 |
| 12.6. | REFERÊNCIAS..... | 29 |
| 13. | ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM PRECAUÇÃO DE CONTATO..... | 29 |
| 13.1. | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 29 |
| 13.2. | PRECAUÇÃO DE CONTATO..... | 30 |
| 13.3. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 30 |
| 13.6. | ARTIGOS E EQUIPAMENTOS | 32 |
| 13.7. | AMBIENTE..... | 32 |
| 13.8. | EXEMPLOS DE DOENÇAS QUE REQUEREM PRECAUÇÕES DE CONTATO..... | 32 |
| 13.9. | REFERÊNCIAS..... | 33 |



| | |
|--|-----------|
| 14. ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM PRECAUÇÃO RESPIRATÓRIA POR AEROSSÓIS | 34 |
| 14.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 34 |
| 14.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS | 34 |
| 14.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO..... | 34 |
| 14.4. TRANSPORTE DO PACIENTE | 34 |
| 14.5. ARTIGOS E EQUIPAMENTOS | 34 |
| 14.6. REFERÊNCIAS..... | 36 |
| 15. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ORAL (adulto)..... | 36 |
| 15.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 36 |
| 15.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS | 36 |
| 15.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO..... | 37 |
| 15.4. REFERÊNCIAS..... | 39 |
| 16. PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR NO ADULTO..... | 39 |
| 16.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 39 |
| 16.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS | 39 |
| 16.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO..... | 39 |
| 16.4. REFERÊNCIAS..... | 41 |
| 17. PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | 42 |
| 17.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 42 |
| 17.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS | 42 |
| 17.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO..... | 42 |
| 17.4. REFERÊNCIAS..... | 44 |
| 18. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA | 44 |
| 18.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 44 |
| 18.2. APLICAÇÃO..... | 44 |
| 18.3. MATERIAIS NECESSÁRIOS | 44 |
| 18.4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO..... | 45 |
| 18.5. REFERÊNCIAS..... | 46 |
| 19. COLETA DE SANGUE VENOSO PARA EXAMES LABORATORIAIS | 46 |
| 19.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 46 |



| | | |
|------------|--|-----------|
| 19.2. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 46 |
| 19.3. | DESCRIÇÃO/ORIENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO | 46 |
| 19.4. | REFERÊNCIAS..... | 47 |
| 20. | ADMINISTRAÇÃO DE DIETA VIA ORAL | 47 |
| 20.1. | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 47 |
| 20.2. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 47 |
| 20.3. | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO..... | 48 |
| 20.4. | REFERÊNCIAS..... | 49 |
| 21. | ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL VIA GTT | 49 |
| 21.1. | DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO | 49 |
| 21.2. | OBJETIVOS DO PROCEDIMENTO | 49 |
| 21.3. | INDICAÇÃO | 49 |
| 21.4. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 49 |
| 21.5. | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO..... | 49 |
| 21.6. | CUIDADOS ESPECIAIS | 50 |
| 21.7. | REFERÊNCIAS..... | 50 |
| 22. | SONDAS (SNE E SNG) | 51 |
| 22.1. | OBJETIVOS | 51 |
| 22.2. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 51 |
| 2.2.1. | SNE..... | 51 |
| 22.3. | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO..... | 52 |
| 2.3. | REFERÊNCIAS..... | 53 |
| 23. | SONDA NASOGÁSTRICA | 53 |
| 23.1. | OBJETIVOS | 53 |
| 23.2. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 54 |
| 23.3. | REFERÊNCIAS..... | 54 |
| 24. | ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS..... | 54 |
| 24.1. | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 55 |
| 24.2. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 55 |
| 24.3. | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO..... | 55 |
| 24.4. | REFERÊNCIAS..... | 55 |



| | | |
|------------|---|-----------|
| 25. | PROVA DO LAÇO (DENGUE) | 55 |
| 25.1. | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 55 |
| 25.2. | DEFINIÇÃO | 56 |
| 25.3. | INDICAÇÃO | 56 |
| 25.4. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 56 |
| 25.5. | ATIVIDADE DE RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM | 56 |
| 25.6. | REFERÊNCIAS..... | 58 |
| 26. | TROCA DE FRALDA | 58 |
| 26.1. | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 58 |
| 26.2. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 58 |
| 26.3. | ATIVIDADE DE RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM | 59 |
| 26.4. | REFERÊNCIAS..... | 59 |
| 27. | TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA | 59 |
| 27.1. | OBJETIVO DO PROCEDIMENTO | 59 |
| 27.2. | MATERIAIS NECESSÁRIOS | 59 |
| 27.3. | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO..... | 60 |
| 27.4. | REFERÊNCIAS..... | 61 |



1. HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

1.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Prevenção de transmissão de microrganismos e evitar que profissionais da saúde e pacientes adquiram infecções relacionadas a assistência à saúde.
- Evitar possível colonização de patógenos através do contato com objetos ou fluidos corporais como suor, saliva, sangue etc.

1.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Água;
- Sabonete;
- Papel toalha;
- Álcool a 70%.

1.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Retirar adornos (anéis, pulseiras e relógio);
- Manter as unhas curtas e aparadas;
- Não utilizar unhas postiças ou em gel;
- Unhas com presença de esmalte deverão ser mantidas integras.

1.3.1. HIGIENIZAÇÃO COM ÁGUA E SABONETE

- Molhe as mãos com água;
- Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete para cobrir a superfície das mãos;
- Friccione as palmas das mãos entre si;
- Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e, vice-versa;
- Friccione as palmas das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
- Friccione o dorso dos dedos de uma mão na palma da mão oposta;
- Friccione em movimento circular o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita e vice-versa;
- Friccione em movimento circular as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, e vice-versa;
- Enxague bem as mãos com água;
- Seque rigorosamente as mãos com papel toalha descartável.



Observação: Duração de todo o procedimento: 40 a 60 segundos.

1.3.2. FRICÇÃO DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA

- Aplique uma quantidade suficiente do produto em uma mão em concha, cobrindo toda a superfície;
- Friccione as palmas das mãos entre si;
- Friccione a palma da direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa;
- Friccione as palmas entre si com os dedos entrelaçados;
- Friccione o dorso dos dedos de uma mão na palma da mão oposta;
- Friccione em movimento circular o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita e vice-versa;
- Friccione em movimento circular as polpas digitais e unha da mão direita contra a palma da mão esquerda, e vice-versa;
- Quando estiverem secas suas mãos estão seguras.



Observação: Duração de todo o procedimento: 20 a 30 segundos.

1.4. INDICAÇÕES PARA HIGIENE DAS MÃOS E AÇÕES DE HIGIENE DAS MÃOS

- Antes de tocar no paciente;
- Antes de realizar procedimento limpo/asséptico;
- Após risco de exposição aos fluidos corporais
- Após tocar o paciente
- Após tocar superfícies próximas ao paciente
- Ao iniciar e terminar o turno de trabalho
- Antes e após ir ao banheiro
- Antes e após ir ao banheiro
- Após várias aplicações de produto alcoólico
- Antes do preparo de medicações

1.5. REFERÊNCIAS

- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS. [Microsoft Word - Protocolo LabPetro - Covid-19 \(usp.br\)](#)
- [enfermagemassistencial.blogspot.com.brHigienização das mãos, conheça a técnica... | Higienização das mãos, Segurança no trabalho, Higiene das mãos \(pinterest.com\)](#)

2. PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIS)



2.1. LUVA ESTÉRIL

- É a maneira adequada de calçar e retirar as luvas utilizadas para a realização de procedimentos estéreis.
- Profissionais que realizam procedimentos invasivos nos serviços de saúde: auxiliares de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, técnicos de enfermagem.

2.1.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais da saúde com sangue e outros fluidos corporais;
- Para reduzir o risco de disseminação de microrganismos no ambiente e de transmissão do profissional da saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.

2.1.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Par de luva estéril.



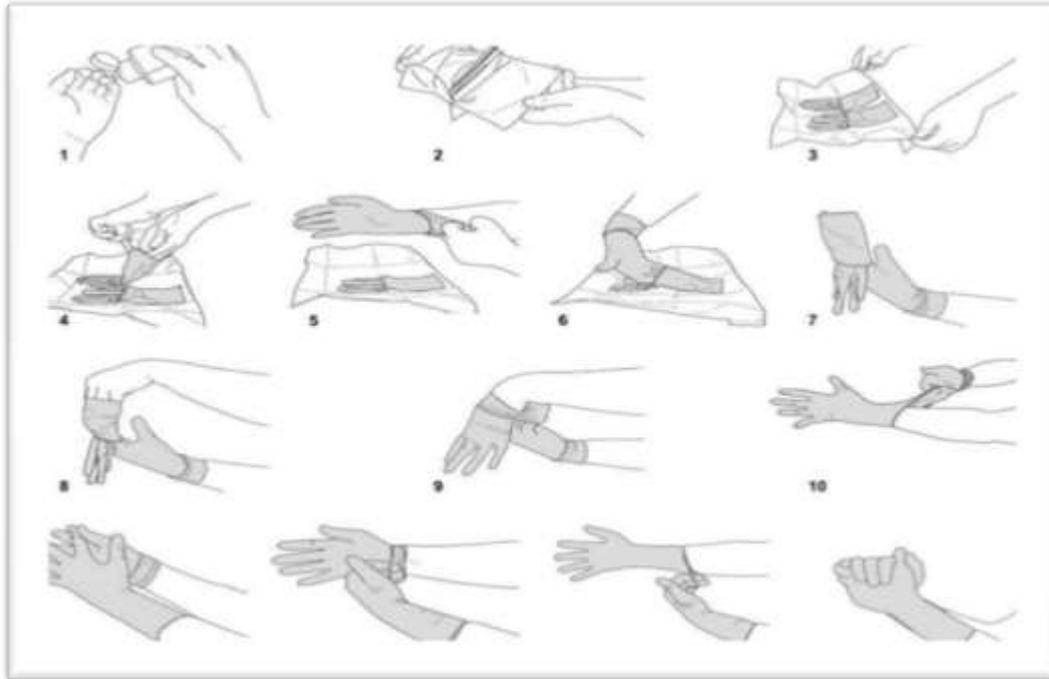
2.1.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

2.1.3.1. TÉCNICA DE COLOCAÇÃO DE LUVAS

- Escolher a luva de acordo com a numeração que correspondente as mãos do profissional;
- Retirar anéis, pulseiras e relógio;
- Realizar a higienização das mãos **Fig.1**(ver POP de Higienização das mãos)
- Mantenha as mãos acima da cintura para minimizar o risco de contaminá-las;
- Abra o invólucro externo da embalagem de cima para baixo e de lado **Fig.1**;
- Identificar a luva direita e a esquerda **Fig.3**;



- Usando o polegar e o dedo indicador da mão não dominante, segure cuidadosamente a borda do punho dobrado da outra luva da mão dominante. Toque apenas na parte interna do punho (o lado do punho que tocará sua pele). Cada luva tem um punho com cerca de 5cm de largura **Fig.4;**
- Coloque a luva na sua mão dominante. Deixe a luva pendurar com os dedos apontando para baixo. Em seguida, deslize num único movimento a mão dominante para dentro da luva, mantendo a manga dobrada ao nível do punho, com a palma da mão voltada para cima e os dedos abertos. Lembre-se de tocar apenas no interior da luva para evitar qualquer contaminação em potencial **Fig.5;**
- Coloque a segunda luva. Coloque os dedos da mão enluvada por dentro da dobra do punho da outra luva e levante-o mantendo a segunda mão plana e a palma da mão voltada para cima. Em um movimento único, deslize a luva na mão não enluvada **Fig.6 a 10;**
- Ajuste suas luvas. Quando as duas mãos estiverem enluvadas, você poderá ajustá-las. Entrelaçar as mãos acima do nível do punho. Os punhos da luva costumam descer após a aplicação. Com cuidado para tocar apenas nas partes estéreis, você poderá fazer outros ajustes necessários de forma que as mãos fiquem o mais confortável possível dentro das luvas. Lembre-se de não encostar a mão já enluvada na mão não enluvada. O contato da mão enluvada com a mão ainda sem luva, ou com qualquer outra superfície, caracteriza quebra de técnica asséptica e requer a troca de luvas **Fig.11 a 14**



2.1.3.2. TÉCNICA DE RETIRADA DE LUVAS



2.1.4. INDICAÇÃO DO USO DA LUVA ESTÉRIL

- Procedimentos cirúrgicos;
- Procedimentos que exigirem técnica estéril;
- Parto vaginal;
- Procedimentos radiológicos invasivos;
- Realização de procedimentos vasculares;
- Preparo de solução de nutrição parenteral total e quimioterápicos.

2.1.5. REFERÊNCIAS

- UFT. POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – UFT/EBSERH. <file:///C:/Users/W11/Downloads/POP%20014%20DENF%20->



[%20CAL%C3%87AR%20E%20RETIRAR%20LUVAS%20ESTEREIS%20\(1\).pdf](#)

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Boletim informativo de tecnovigilância: Luvas Cirúrgicas e Luvas de Procedimentos: Considerações sobre o seu uso. Brasília: Anvisa; 2011. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/UsodeLuvasFolhetoInformativo.pdf>
- PARANÁ. Secretaria do Estado de Saúde. POP-42: Colocação e Retira da Luva Estéril, Londrina, 2021. http://saude.londrina.pr.gov.br/images/protocolos-clinicos-saude/42-_COLOCA%C3%87%C3%83O_E_RETIRADA_LUVAS_EST%C3%89REIS.pdf

2.2. AVENTAL DESCARTÁVEL DE MANGAS LONGAS

- É a maneira adequada de colocar e retirar o avental descartável utilizado para a realização de procedimentos contaminados ou estéreis.
- Profissionais que realizam procedimentos invasivos nos serviços de saúde: Auxiliares de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, técnicos de enfermagem.

2.2.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Reduzir o risco de contaminação dos profissionais da saúde com sangue e outros fluidos corporais;
- Controlar a infecção do sítio cirúrgico e a infecção hospitalar;
- Garantir a segurança do paciente e da equipe cirúrgica;
- Proporcionar uma maior qualidade da assistência prestada;
- Para reduzir o risco de disseminação de microrganismos no ambiente e de transmissão do profissional da saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.

2.2.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Avental descartável de mangas longas.

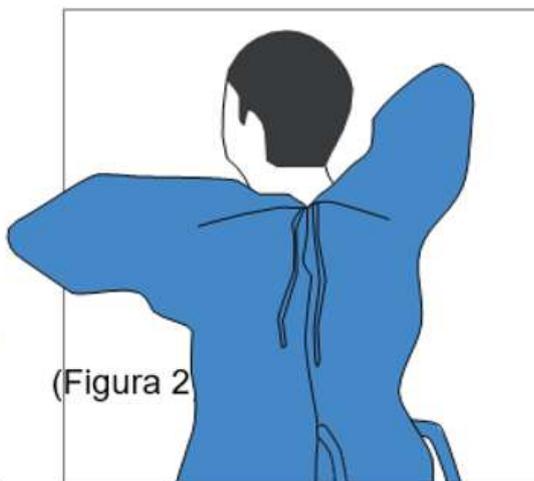
2.2.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

2.2.3.1. TÉCNICA DE COLOCAÇÃO DE AVENTAL DESCARTÁVEL DE MANGAS LONGAS

- Vista o avental ou capote primeiramente pelas mangas, ajustando as amarras nas costas e cintura. (Fig.1)
- Certifique-se de que o tronco esteja totalmente coberto, bem como os braços e os punhos. (Fig2.)



Figura 1



(Figura 2)

2.2.3.2. TÉCNICA DE RETIRADA DE AVENTAL DESCARTÁVEL DE MANGAS LONGAS

- Abra as tiras e solte as amarras;
- Empurre pelo pescoço e pelos ombros tocando apenas a parte interna do avental;
- Retire o avental/capote pelo avesso
- Dobre ou enrole em uma trouxa e descarte em recipiente apropriado;
- Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução.



2.2.4. INDICAÇÃO DO USO DO AVENTAL DESCARTÁVEL

- a. O avental descartável é indicado para proteção do tronco e membros superiores, é utilizado em procedimentos cirúrgicos, com liberação de líquidos, sangue e/ou fluidos corporais, proporcionando barreira bacteriana aos usuários;
- b. Em casos de precaução de contato.

2.2.5. REFERÊNCIAS

- Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs).



COFEN/COREN 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf.

3. VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

3.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Contar a frequência respiratória de forma que não induza sua alteração devido ao fato de estar sendo avaliada.

3.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 01 Relógio com ponteiros de segundos.

3.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o paciente sentado ou deitado;
- Simular que está verificando o pulso e observar os movimentos do tórax ou abdome, durante 01 minuto;
- Contar um movimento para a inspiração e expiração, observando o ritmo, profundidade e frequência da respiração;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no impresso próprio.

3.4. REFERÊNCIAS

- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hulw-ufpb/aceso-a-informacao/gestao-documental/pop-procedimento-operacional-padrao/2020/sue-setor-de-urgencia-e-emergencia/pop-sue-016-verificacao-da-frequencia-respiratoria-no-adulto.pdf/view>. Acesso em: 03.ago.2023.

4. MENSURAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL



4.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Auxiliar na coleta de dados e avaliação das condições de saúde do cliente;
- Aplicar técnica de desinfecção do material utilizado;
- Compreender e aplicar a técnica de mensuração de PA;
- Identificar os padrões de normalidade ou alteração dos níveis pressóricos da PA;
- Realizar anotação de enfermagem na prescrição médica e no sistema Track Care

4.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Estetoscópio, esfigmomanômetro calibrado, algodão, álcool 70%, papel, caneta e recipiente para resíduos.

4.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar das mãos, reunir todo o material necessário e dirigir-se à unidade do paciente;
- Certificar que o estetoscópio e esfigmomanômetro estejam íntegros e calibrados;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração apoiado e com a palma da mão para cima;
- Identificar o manguito adequado, realizar assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70%;
- Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima do fossa cubital sem deixar folgas;
- Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito enquanto continua palpar a artéria.
- Anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece;
- Desinsuflar o manguito lentamente;
- Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente;
- Retirar o manguito do braço do paciente;
- Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
- Higienizar as mãos;
- Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;
- Manter o diafragma do estetoscópio firme sobre o pulso braquial e insufla o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20-30 mmHg acima desta pressão;
- Esvaziar lentamente o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg, identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);
- Desinsuflar totalmente o manguito;
- Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos.
- Desinsuflar totalmente o manguito e retirá-lo do braço do paciente;
- Realizar assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio e guardar o material;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem na prescrição médica e no sistema Track Care

4.4. Quadro de pressão arterial de acordo com a faixa etária



Quadro 12.1 – Definição atualizada da pressão arterial de acordo com a faixa etária

| crianças de 1 a 13 anos de idade | Crianças com idade ≥ 13 anos |
|--|---|
| PA normal: < P90 para idade, sexo e altura | PA normal: < 120 / < 80 mm Hg |
| Pressão arterial elevada: PA ≥ P90 e < 95 percentil para idade, sexo e altura ou PA 120/80 mmHg, mas < P95 (o que for maior) | Pressão arterial elevada: PA 120 / ≥ 80 mmHg e PA 125 / ≥ 80 mm Hg |
| Hipertensão estágio 1: PA ≥ P95 para idade, sexo e altura até < P95 + 12 mmHg ou PA entre 130/80 até 139/85 mmHg (o que for maior) | Hipertensão estágio 1: PA 130/80 ou até 139/85 mm Hg |
| Hipertensão estágio 2: PA ≥ P95 + 12 mmHg para idade, sexo e altura ou PA ≥ 140/90 mmHg (o que for maior) | Hipertensão estágio 2: PA ≥ 140/90 mmHg |

PA, pressão arterial; P, percentil.
Adaptado de Flynn et al., 2017.¹⁰

4.5. REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Rio de Janeiro, 2016.
- Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Manual de Procedimentos de Enfermagem. Gerência de Enfermagem / SAS / SES. Brasília/DF 2013.
- Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020 Brazilian Guidelines of Hypertension – 2020 Realização: Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DHA-SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia.

5. VERIFICAÇÃO DE PULSO

5.1 OBJETIVO DO PROCEDIMENTO: Avaliar a frequência, ritmo, amplitude ou magnitude, estado da parede arterial, correlacionando com possíveis alterações hemodinâmicas.

5.2 MATERIAL NECESSÁRIO:

- Relógio.
- Caneta.
- Impressos próprios para registro.
- Estetoscópio (se for o caso verificação Pulso apical)

5.3 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

5.3.1 Locais de Aferição de Pulso

Artérias: Temporal, Carotídeo, Apical, Braquial, Radial, Ulnar, femoral, poplítea, tibial posterior, dorsal do pé.

OBS: em bebês, não aferir pulso em artéria carótida (interrupção do fluxo). Neste POP será abordado o mais comum (verificação pulso apical e radial)



Figura 01

Fonte: Google imagens/ Locais de verificação de pulso

5.3.2 Aferição da frequência cardíaca no pulso radial

1. Higienizar as mãos
2. Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante
3. Colocar o paciente em posição confortável (Se o paciente estiver em posição supina, colocar o antebraço ao lado da região inferior do tórax com o punho estendido e a palma da mão para baixo.
4. Se o paciente estiver sentado, dobrar seu cotovelo a 90°, apoiar seu antebraço, estender suavemente o punho com a palma da mão votada para baixo
5. Aquecer as mãos, se necessário, friccionando-as
6. Palpar a artéria radial
7. Colocar as polpas digitais dos dedos, médio e indicador, sobre uma artéria superficial comprimindo-a suavemente
8. Realizar a contagem dos batimentos cardíacos por 1 minuto.
9. Observar o ritmo e a qualidade do som
10. Realizar os registros necessários

Obs.: A aferição da frequência cardíaca em outros locais o que mudará colocar o paciente em posição confortável, expondo a área onde será palpada a artéria.

5.3.3 Aferição da frequência cardíaca no pulso apical (segue os passos 1, 2 e 3 acima, e depois a sequência:

4. Identificar o pulso que será utilizado, imediatamente à esquerda da linha hemiclavicular no quarto espaço intercostal esquerdo (figura 2)
5. Coloque o estetoscópio no quinto espaço intercostal, na linha clavicular média, ou seja, acima do ápice cardíaco, (no adulto abaixo da linha mamária, na criança na linha mamilar)
6. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o local.

Finalizando nos passos: 10, 11 e 12.

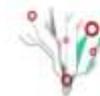
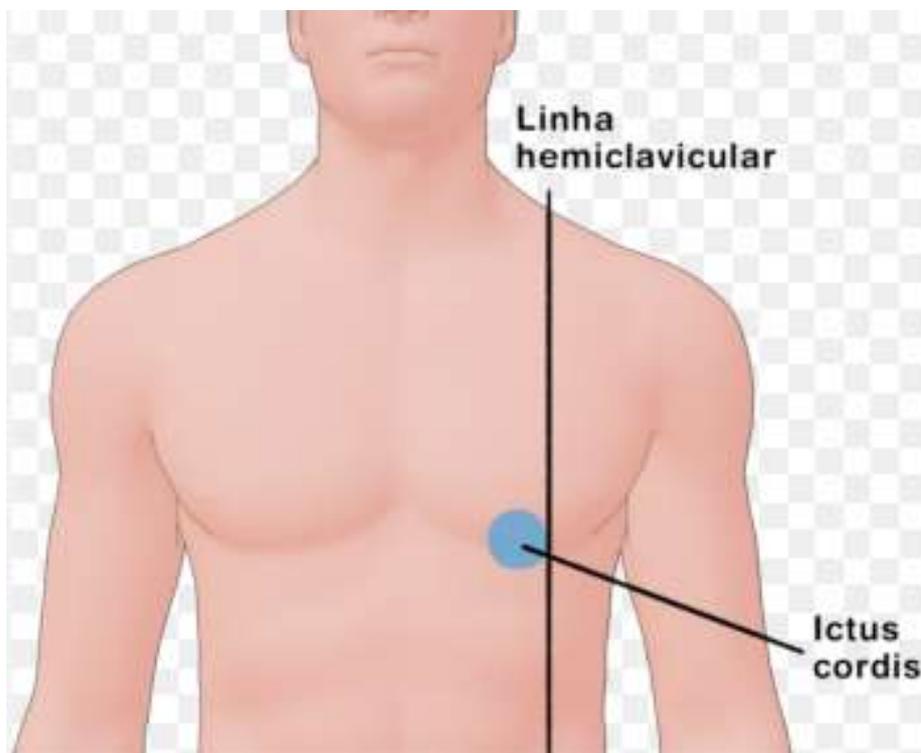


Figura 02



Fonte: Google imagens/ Locais de verificação de pulso

5.4 valores de Referência

| Idade | Frequência Cardíaca (batimentos/min) |
|--------------------------|--------------------------------------|
| Lactente | 120 a 160 |
| Todler | 90 a 140 |
| Pré-escolar | 80 a 110 |
| Criança em idade escolar | 75 a 100 |
| Adolescente | 60 a 90 |
| Adulto | 60 a 100 |

Fonte: Potter, Et. Al. 2018.

5.5 REFERÊNCIAS:

1.SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde,Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2015.131p. Disponível em:



<<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/legislacao/NormaseRotinas02102015.pdf>>.

2. POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

3. COELHO, W. Assistência de Enfermagem na Monitorização Hemodinâmica. Ed. Sanar. Disponível em: <<https://www.editorasanar.com.br/images/p/Cap%C3%ADtulo%201.pdf>>

– 4. Como Verificar um Pulso Apical. Disponível em: <<https://pt.m.wikihow.com/Verificar-umPulso-Apical>>.

6. VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

6.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Detectar o nível de glicose circulante no sangue.

6.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Lanceta;
- Algodão seco;
- Álcool a 70%;
- Recipiente para descarte de perfuro cortante;
- Glicosímetro;
- fitas reagentes;
- Bandeja;
- Luvas de procedimentos.

6.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Informar ao usuário quanto ao procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material necessário;
- Verificar se o código da fita teste a ser utilizada corresponde ao código do calibrador (que aparece no visor);
- Colocar as luvas;
- Insira uma tira na entrada de tiras, o aparelho ligará automaticamente.
- Com a mão dominante segurar a lanceta sem tampa e com a outra mão fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
- Com a outra mão limpar a área com algodão limpo e seco ou se for necessário com algodão embebido em álcool à 70% (tendo-se o cuidado de aguardar a secagem do álcool para não alterar o valor obtido);
- Com a lanceta ou agulha estéril fazer uma punção na ponta do dedo escolhido,



preferencialmente na lateral do dedo. Evitar a ponta central do dedo, que tem um suprimento nervoso mais denso. (fazer uma leve pressão digital se for necessário a fim de obter volume de sangue suficiente (gota) para preencher o campo reagente;

- Preencher a fita (Encoste a gota de sangue na entrada lateral da tira de teste, de uma só vez, em um dos lados da tira);
- Aguardar o sinal do visor do glicosímetro e encaixar a fita reagente preenchida;
- Aguardar o tempo recomendado pelo fabricante do glicosímetro, para realizar a leitura do teste;
- Coloque algodão seco sobre o local puncionado e solicite que o usuário faça compressão;
- Descartar o material perfuro em lixo perfurocortante e a fita e algodão em lixo infectante;
- Realizar a higienização do glicosímetro com álcool 70% (Com algodão levemente umedecido passe em todos os componentes do aparelho, cuidando para que não entrem líquidos para dentro do monitor. Com um algodão seco, seque o aparelho caso necessário)
- Retirar as luvas de procedimento;
- Realizar higienização das mãos;
- Realizar registro no prontuário físico ou eletrônico, carimbar e assinar e comunicar o enfermeiro se houver alterações.

Observações:

OBS1: Em bebês (RN) o HGT deve ser verificado no calcâneo (similar a coleta do teste do pezinho: posição de arrotto, ordenha e coleta na lateral do calcâneo);

OBS2: Realizar o rodízio de local de verificação da glicemia capilar;

OBS3: Existem diversos tipos de fitas reagentes, portanto a leitura deverá ocorrer de acordo com o manual de instrução do laboratório.

OBS4: Alguns medidores desligam automaticamente.



7. MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

7.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO



- Detectar anormalidades na frequência e no ritmo cardíaco.

7.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 01 Monitor cardíaco;
- 01 Cabo de 5 derivações;
- 05 Eletrodos;
- Solução alcoólica a 70%;
- Aparelho de barbear (SN) (em caso de pelos na região);
- Bola de Algodão;
- 01 par de Luvas de procedimento.

7.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material necessário;
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Calçar luva de procedimento;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Realizar tricotomia na região torácica do paciente, se necessário;
- Limpar os pontos dos eletrodos (conforme figura 1) no tórax do paciente com bolas de algodão embebidas em solução alcoólica a 70%;
- Ligar o monitor;
- Colocar os eletrodos (5) no tórax do paciente conforme figura 1;
- Adaptar os cabos aos eletrodos; Ajustar alarmes e parâmetros;
- Checar as derivações, deixar preferencialmente na derivação DII no monitor;
- Observar ritmo da frequência;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;



- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Realizar troca dos eletrodos após o banho e/ou sempre que necessário.

Tipos diferentes: Posicionamento do cabo com três eletrodos, este sistema permite a captação das derivações DI, DII, DIII:

- RA - Braço direito
- LA - Braço esquerdo
- LL – Perna esquerda

Caso a monitorização ocorra em um monitor de 5 derivações, o posicionamento dos eletrodos deve ser da seguinte forma: Este sistema permite a captação de 12 derivações (DI, DII, DIII, AVR, AVL, AVF - derivações periféricas e V1, V2, V3, V4, V5, V6 - derivações precordiais).

Segue imagem a seguir:

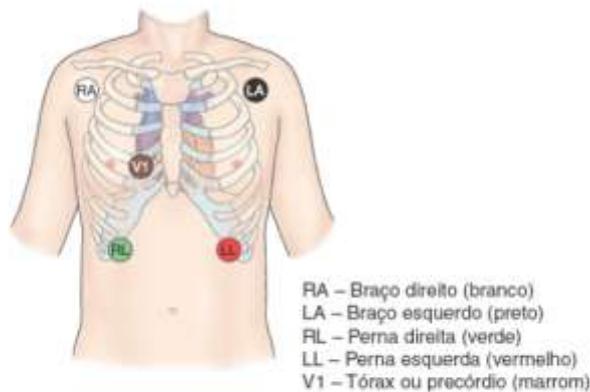
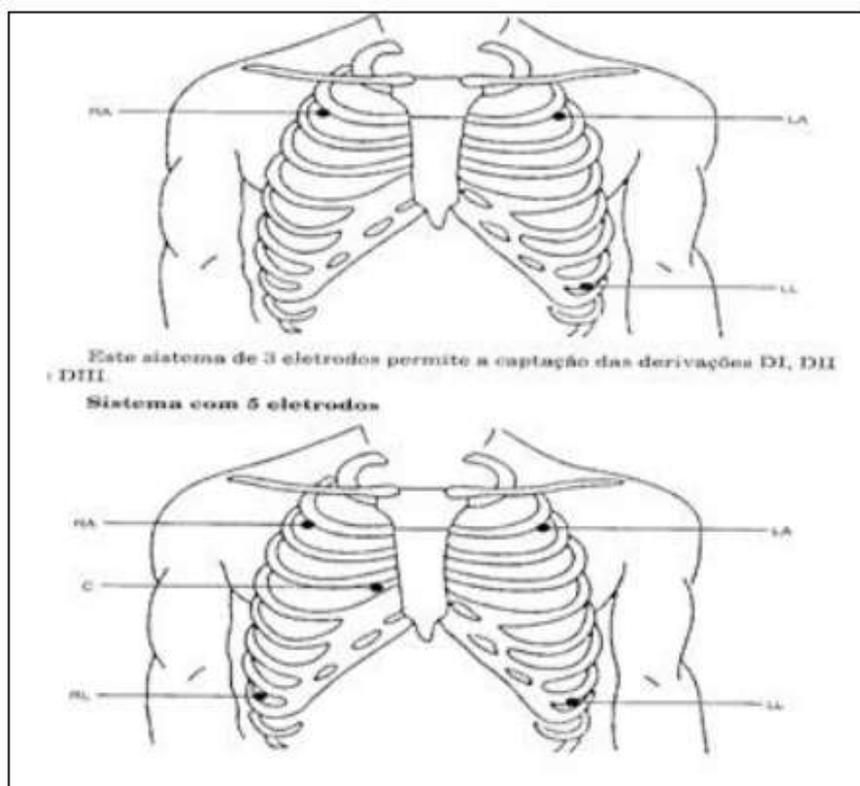


Figura 25.9 Colocação dos eletrodos utilizados no monitoramento eletrocardiográfico contínuo para o sistema de três derivações, colocação em RA, LA e LL; sistema de quatro derivações, colocação em RA, LA, RL e LL; sistema de cinco derivações, colocação em RA, LA, RL, LL e V1.

- RA - Braço direito
- LA - Braço esquerdo
- RL - Perna direita
- LL - Perna esquerda
- Central paraesternal direita



Fonte: Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado, 2004.

Obs1. Caso o traçado eletrocardiográfico não satisfatório, verifique se os eletrodos estão posicionados corretamente, caso contrário reposicione-os.

Obs2. Caso o monitor ou cabos apresentem defeitos, encaminhe-os para manutenção.

Obs3. Substitua os eletrodos a cada 24 a 48 h (ou conforme recomendado pelo fabricante), examine a pele em relação à irritação, e aplique os eletrodos em locais diferentes.

7.4. REFERÊNCIAS

- POP Monitorização Cardíaca em gestantes e puérperas com Monitor Multiparamétrico e eletrocardiógrafo MATERNIDADE-ESCOLA DA UFRJ Divisão de Enfermagem disponível em http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/2021rev/pop_63_monitorizacao_cardaca_em_adulto.pdf
- POP Monitorização Cardíaca no Paciente Adulto. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY. EBSEH. 2020. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hulw-ufpb/ acesso-a-informacao/gestao-documental/pop-procedimento-operacional-padrao/2020/sue-setor-de-urgencia-e-emergencia/pop-sue-012-monitorizacao-cardiaca-no-paciente-adulto.pdf/view>
- Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem medicocirúrgica, volumes 1 e 2 / Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever; tradução Patrícia Lydie Voeux ... [et al.]. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.



8. REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA

8.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Obter registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica.

8.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 1 aparelho de eletrocardiograma completo (braçadeiras, eletrodos ou peras);
- 1 gel de condução;
- 1 bandeja;
- 2 bolas de algodão;
- 1 caneta;
- 0,5 ml de solução alcoólica a 70%;
- 1 biombo;
- 1 par de luvas de procedimento;
- 1 aparelho de barbear;
- 1 folha de papel milimetrado.

8.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar no pedido de ECG, o tipo de exame requisitado, se 12 derivações ou uma derivação específica;
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Solicitar a retirada de adornos e outros objetos metálicos;
- Posicionar o paciente no leito ou mesa de exame;
- Certifique-se que o paciente não esteja em contato com alguma parte metálica no leito;
- Abaixar a cabeceira da cama à 0º, exceto quando contraindicado;
- Conectar o aparelho a rede elétrica conforme voltagem indicada pelo fabricante ou conectar ao computador com programa específico e inserir papel milimetrado no local indicado;
- Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG



está sendo registrado

- Expor o tórax e realizar a antisepsia da pele com a gaze umedecida com o álcool a 70%, na região precordial;
- Realizar a antisepsia da pele nas extremidades dos membros (na face interna e longe dos ossos) com gaze umedecida com álcool a 70%;
- Evitar aplicar os eletrodos sobre saliências ósseas, locais peludos, áreas para compressão torácica;
- Colocar eletrodos descartáveis ou peras na linha precordial
- V1: 4º espaço intercostal à direita do esterno;
- V2: 4º espaço intercostal à esquerda do esterno;
- V3: 5º espaço intercostal entre V2 e V4;
- V4: 5º espaço intercostal e linha hemiclavicular à esquerda;
- V5: 5º espaço intercostal e linha axilar anterior à esquerda;
- V6: 5º espaço intercostal e linha axilar média à esquerda;
- Colocar as braçadeiras ou eletrodos descartáveis/cardioclip em membros superiores e inferiores usando gel condutor ou outro material de condução para obtenção de registros das derivações monopolares e bipolares seguindo o seguinte arranjo nas áreas preparadas;
- RA: braço direito (rightarm); *cabo vermelho
- LA: braço esquerdo (leftarm); *cabo amarelo
- RL: perna direita (rightleg); *cabo preto
- LL: perna esquerda (leftleg); *cabo verde
- Conectar os cabos aos seus respectivos eletrodos ou peras e braçadeiras, conforme indicação presente nos mesmos;
- Ligar o aparelho e iniciar o ECG, seguindo as orientações do fabricante;
- Identificar o ECG com data, hora, nome completo, idade, sexo, número do leito e carimbo do profissional;
- Desligar o aparelho, desconectando os cabos do paciente;
- Deixar o paciente no leito seguro e confortável ou encaminhá-lo à consulta ambulatorial;
- Deixar a unidade em ordem;
- Fazer a desinfecção do eletrocardiógrafo, das braçadeiras e/ou das peras com álcool a 70% e guardá-los em local próprio, mantendo-o conectado à rede elétrica, conforme recomendação do



fabricante;

- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário a realização do exame.

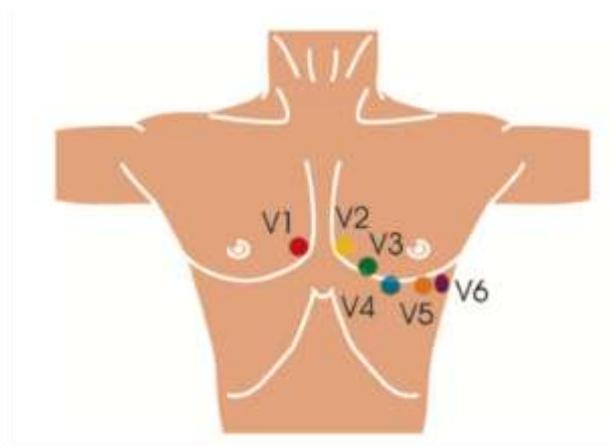


Figura 1. Local de implante dos eletrodos na linha precordial

Fonte: cardiopapers.com.br

8.4. AÇÕES EM CASOS DE NÃO CONFORMIDADE

- Caso o equipamento apresente defeito, solicitar ao coordenador administrativo a troca imediata e o posterior conserto do aparelho pelo setor de eletrônica.
- Caso o traçado apresente sinais de interferência, verificar fixação dos eletrodos, braçadeiras, utilização do álcool e reforçar com o paciente a necessidade do relaxamento.
- Em caso de paciente amputado ou muitas interferências, colocar os eletrodos nas extremidades do tórax próximo a articulação do braço e no abdome próximo a crista ilíaca.
- Caso o paciente apresente marca-passo, realizar um registro padrão e um com o auxílio de uma peça de imã sobre o marca-passo.

8.5. REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde, EBSEH - Hospital Universitário Lauro Wanderley- Universidade Federal da Paraíba, Procedimento Operacional Padrão - 2020. Disponível em: <https://file:///C:/Users/giuli/Downloads/POP.SUE.015%20-%20REALIZA%C3%87%C3%83O%20DO%20ELETROCARDIOGRAMA.pdf>

9. PRECAUÇÃO PADRÃO

9.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO



- Orientar e padronizar a precaução padrão com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Recomendada na assistência a todos os pacientes hospitalizados, no manuseio de equipamentos. Constitui basicamente em higienização das mãos, uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), manejo e descarte corretos de materiais perfurocortantes e resíduos.
- As Precauções Padrão deverão ser utilizadas quando existir o risco de contato com: sangue; todos os líquidos corpóreos, secreções e excreções, com exceção do suor, sem considerar a presença ou não de sangue visível; pele com solução de continuidade (pele não íntegra) e mucosas.

9.2. DESCRIÇÃO/ORIENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

| | |
|--------------------|--|
| A HIGIENE DAS MÃOS | Realizar seguindo os cinco momentos preconizados pela ANVISA: <ul style="list-style-type: none">– Antes de contato com paciente;– Antes da realização de procedimento asséptico/limpo;– Após risco de exposição a fluidos corporais;– Após contato com paciente;– Após contato com áreas próximas ao paciente. |
| PARAMENTAÇÃO | Avental: <ul style="list-style-type: none">– Utilizar durante procedimentos e/ou atividades que houver risco de contato da pele ou da roupa do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções, exceto o suor, se houver risco de contato com grandes volumes de sangue ou líquidos corporais, usar avental impermeável;– Retirar o avental após o procedimento e lavar as mãos;– Se o avental for descartável, desprezá-lo no lixo;– Se o avental for de tecido ou impermeável, desprezá-lo no hamper. Luas: <ul style="list-style-type: none">– Usar luvas quando houver possibilidade de contato com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, pele não íntegra e mucosa, superfícies e materiais contaminados;– Retirar as luvas imediatamente após o uso, antes de tocar em |



| | |
|-----------------------------|--|
| | <p>superfícies ou contato com outro paciente, descartando-as;</p> <ul style="list-style-type: none">– Trocar as luvas entre os pacientes. Trocar as luvas entre um procedimento e outro no mesmo paciente;– Higienizar sempre as mãos antes e imediatamente após a retirada das luvas. <p>Máscara:</p> <ul style="list-style-type: none">– Recomendados para proteção individual, durante procedimentos que envolvam riscos de respingos com sangue ou fluidos corporais, secreção e excreção, com o objetivo de proteger a face do profissional;– Descartar a máscara cirúrgica no máximo a cada 2 horas de uso contínuo <i>ou</i> sempre que ficarem úmidas, após procedimento que tenha risco de respingo retirar a máscara ao término do procedimento e higienizar as mãos; <p>Protetor facial ou óculos de proteção:</p> <ul style="list-style-type: none">– Utilizar durante procedimentos que envolvam riscos de respingo com sangue ou fluidos corporais (óculos pessoais e lentes de contato não são considerados proteção);– Recomenda-se que os óculos devem ser individuais;– Retirar ao término do procedimento e proceder a limpeza dos óculos com água e sabão; |
| MATERIAIS PERFURO-CORTANTES | <ul style="list-style-type: none">– Manusear o material com cuidado, não reencapar as agulhas, não as desconectar das seringas e não as dobrar;– O descarte de agulhas, seringas e outros materiais contaminados devem ocorrer o mais próximo possível da área onde são gerados;– Descartar em recipientes rígidos e resistentes a perfuração, invioláveis, de acordo com a norma da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) 13853;– Seguir as orientações para montagem desses recipientes e não |



ultrapassar o limite indicado pela linha tracejada, ou seja, 2/3 de sua capacidade;

- Manter o ambiente de trabalho e a enfermaria limpos e organizados

Precaução Padrão

Devem ser seguidas para **TODOS OS PACIENTES**, independente da suspeita ou não de infecções.



Higienização das mãos



Luvas e Avental



Óculos e Máscara



Caixa perfuro-cortante

- **Higienização das mãos:** lave com água e sabonete ou fricione as mãos com álcool a 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas) antes e após o contato com qualquer paciente, após a remoção das luvas e após o contato com sangue ou secreções.
- Use luvas apenas quando houver risco de contato com sangue, secreções ou membranas mucosas. Calce-as imediatamente antes do contato com o paciente e retire-as logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.

- Use óculos, máscara e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa de olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais.

- Descarte, em recipientes apropriados, seringas e agulhas, sem desconectá-las ou reencapá-las.



9.3. REFERÊNCIAS

- HINRICHSEN, Sylvia L. **Biossegurança e Controle de Infecções: Risco Sanitário Hospitalar**. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2023. *E-book*. ISBN 9788527739306. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527739306/> . Acesso em: 08 ago. 2023.
- Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf Acesso em: 28ago. 2023.
- Disponível em: file:///C:/Users/vanei/Downloads/006_PRO_MEDIDA_DE_PRECAUCAO_DE_INFECCAO_HOSPITALAR.pdf . Acesso em: 28ago. 2023.

10 Mensuração da Temperatura Axilar

10.1 OBJETIVO DO PROCEDIMENTO:

- Aferir o ganho ou a perda de calor produzido pelo organismo, por meio da localização axilar.
- Obter parâmetros vitais do paciente.

10.2 MATERIAL NECESSÁRIO:

- Bandeja, álcool 70%, algodão, termômetro digital.

10.3 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 1) Higienizar as mãos;



- 2) Reunir o material necessário utilizando a bandeja;
- 3) Explicar o procedimento ao paciente;
- 4) Colocar o paciente em posição confortável;
- 5) Fazer a desinfecção do termômetro utilizando algodão com álcool 70%;
- 6) Realizar a secagem das axilas, se necessário, com algodão seco.
- 7) Ligar o termômetro e verificar se na tela aparece o número zero;
- 8) Posicionar o bulbo do termômetro no oco axilar (ponto central da cavidade);
- 9) Colocar o termômetro na região axilar do paciente posicionando o membro sobre o tórax;
- 10) Esperar alguns segundos até ouvir um sinal sonoro;
- 11) Remover o termômetro e ler o valor indicado na tela digital.
- 12) Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool 70%;
- 13) Guardar o material em local apropriado;
- 14) Orientar paciente/acompanhante quanto aos sinais e sintomas de possíveis alterações de temperatura;
- 15) Higienizar as mãos;
- 16) Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

10.4 REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde, EBSEH - Hospital Universitário Lauro Wanderley- Universidade Federal da Paraíba, Procedimento Operacional Padrão - 2020. Disponível em:
<https://file:///C:/Users/giuli/Downloads/POP.SUE.015%20-%20REALIZA%C3%87%C3%83O%20DO%20ELETROCARDIOGRAMA.pdf>

11 Mensuração da Saturação de Oxigênio

11.1 OBJETIVO DO PROCEDIMENTO:

- Verificar a saturação parcial de oxigênio nos tecidos através de uma monitorização não invasiva. Aprimorar a técnica de aferição e saturação do oxigênio fornecendo informações de relevância clínica sobre a oximetria arterial, permitindo ainda analisar a frequência de pulso do paciente.

11.2 MATERIAL NECESSÁRIO:

Bandeja, álcool 70%, algodão, oxímetro.

11.3 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 2) Higienizar as mãos;
- 2) Reunir o material necessário utilizando a bandeja;
- 3) Explicar o procedimento ao paciente;
- 4) Verificar se as unhas estão sem esmalte e dedos limpos e secos;
- 5) Fazer a desinfecção do oxímetro utilizando algodão com álcool 70%;
- 6) Realizar a higienização e desinfecção do local onde será feita a aferição com algodão com álcool 70%;
- 7) Ligar o oxímetro: ele fará a calibração interna e verificações;
- 8) Posicionar o sensor de oxímetro com cuidado, preferencialmente na polpa do dedo indicador, ademais, em polpas dos dedos de membros superiores ou inferiores, ou lóbulo auricular;
- 9) Certificar-se de que o oxímetro se adapta facilmente sem estar muito solto ou muito apertado;
- 10) Aguardar alguns segundos até que o oxímetro detecte o pulso e calcule a saturação de oxigênio;
- 11) Uma vez que o pulso tenha sido detectado, a saturação de oxigênio e frequência de pulso serão exibidas em visor.
- 12) Ler os dados correspondentes no visor e registrar;
- 13) Se a exatidão da leitura for suspeita, verifique primeiro a condição clínica e os sinais vitais do paciente. Em seguida, inspecione o oxímetro para verificar o seu funcionamento;



- 14) Realizar a desinfecção do aparelho e guardar em local adequado;
- 15) Orientar paciente/acompanhante quanto aos sinais e sintomas de possíveis dessaturação de oxigênio;
- 16) Higienizar as mãos conforme orientação do Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- 17) Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

11.4 REFERÊNCIAS:

- Ministerio da Saúde, EBSEH - Hospital Federal do Vale de São Francisco, Procedimento Operacional Padrão - 2020.
- <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/aceso-a-informacao/normas/protocolos-institucionais/Aferiodesaturaoedeoxignio.pdf>
- Secretaria Estadual de Saúde do Paraná -, Procedimento Operacional Padrão - 2020. https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-08/NO_45_MONITORIZACAO_DA_OXIMETRIA_DE_PULSO_NA_APS_V1.pdf

12. ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM PRECAUÇÃO RESPIRATÓRIA POR GOTÍCULAS

12.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Prevenção da transmissão de microrganismos de um paciente para outro paciente, de um paciente para um profissional de saúde, de um portador doente ou para outro não doente, tanto na forma direta como indireta.

12.2. PRECAUÇÃO DE GOTÍCULAS

- Indicada para pacientes portadores ou infectados por microrganismos transmissíveis por via aérea na forma de gotículas (partículas de tamanho maior ou igual a 5 μ) que podem ser gerados por tosse, espirro ou conversação. Pode ainda ser gerada durante procedimentos como aspiração traqueal, intubação traqueal, fisioterapia respiratória com indução de tosse e ressuscitação cardiopulmonar. Indicada para pacientes com suspeita ou confirmação de doenças com transmissão por via área respiratória, como meningite meningocócica e influenza.

12.3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Água e sabão;
- Álcool;
- Máscara cirúrgica;

12.4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realize a higienização das mãos;
- **Quarto:** Privativo.
- **Máscara:** Obrigatório o uso de máscaras cirúrgicas por todas as pessoas que entrarem no quarto durante o período de transmissibilidade da doença; A máscara deverá ser descartada à



saída do quarto.

- **Transporte do Paciente:** Deve ser limitado, mas quando necessário o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica.
- **Artigos e equipamentos:** Deverão ser exclusivos para cada paciente; Devem ser limpos, desinfetados ou esterilizados após a alta do paciente ou sempre que apresentar sujidade.

12.5. RELAÇÃO DAS DOENÇAS E MICROORGANISMOS (SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO CONFIRMADO) E PRECAUÇÕES ESPECIFICAMENTE INDICADAS

| Infecção/condição/ microrganismo | Tipo de precaução | Período |
|--|--|---|
| Adenovírus | Gotícula + Contato | Durante a doença |
| Bronquiolite (Lactente e pré-escolar) | Contato + Gotículas (até confirmação do vírus) | Durante a doença |
| Caxumba | Gotículas | Até 9 dias após início da tumefação |
| Difteria: -Faríngea | Gotículas | Terap. eficaz + 2 culturas negativas em dias diferentes |
| Epiglotite (Haemophilus influenzae) | Gotículas | Terapia eficaz 24h |
| Herpes Zoster: Localizado em imunossuprimido, ou disseminado | Contato + Aerossol | Até as lesões virarem crostas |
| Influenza: A, B e C | Gotículas | Durante a doença |
| Meningite: H. influenza (suspeito ou confirmado); N. meningitidis (suspeita ou confirmado). | Gotículas Gotículas | Terap. eficaz 24h |
| Meningococcemia | Gotículas | Terap. eficaz 24h |



| | | |
|--|-------------------------------|--|
| Parvovírus B19: Doença crônica em imunossuprimido; Crise aplásica transitória ou de células vermelhas. | Gotículas Gotículas | Durante internação Durante 7 dias |
| Haemophilus influenzae adultos Crianças de qualquer idade | Padrão Gotículas Gotículas | Terap. eficaz 24h Durante a doença |
| Mycoplasma | Gotículas | Terap. eficaz 24h |
| Streptococcus do Grupo A Adultos Lactentes e pré-escolares | Gotículas | Terap. eficaz 24h |
| Rubéola Adquirida | Gotículas | Até 7 dias após o início do exantema |
| Sarampo | Aerossol | Durante a doença |
| Tuberculose: Pulmonar (suspeita ou confirmado); Laríngea (suspeita ou confirmado). | Aerossol Aerossol | 2 pesquisas BAAR negativas, ou um LBA/aspirado traqueal com BAAR negativo, ou um PCR para microbactéria negativo |
| Varicela | Aerossol + contato | Até todas as lesões virarem crostas |

12.6. REFERÊNCIAS

- FERNANDES, Antônio Tadeu. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde, editora Atheneu, volume 1 e 2, São Paulo, 2000.
- Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH) – Precauções e Isolamentos. 2ª edição, 2006.
- Manual CCIH – USP 2009.

13. ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM PRECAUÇÃO DE CONTATO

13.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

Prevenção da transmissão de microrganismos de um paciente para outro paciente, de um paciente para um profissional de saúde, de um portador doente ou para outro não doente, tanto na forma direta como indireta.



13.2. PRECAUÇÃO DE CONTATO

Visa prevenir a transmissão de micro-organismos, epidemiologicamente importantes, a partir de pacientes infectados ou colonizados, para outros pacientes, profissionais, visitantes, acompanhantes, por meio de contato direto (tocando o paciente e estabelecendo a transmissão pessoa por pessoas) ou indireto (ao tocar superfícies contaminadas próximas ao paciente ou por meio de artigo e equipamentos).

13.3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Avental descartável de mangas longas;
- Luvas de procedimento;
- Preparação alcoólica;
- Sabonete líquido e água corrente.

13.4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Higienização das mãos:

- Higienizar as mãos antes e após contato com o paciente, antes da realização de procedimentos assépticos, após risco de exposição a fluidos corporais e após contato com as áreas próximas ao paciente.
- Higienizar as mãos com água e sabonete líquido quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais;
- Usar preparação alcoólica para as mãos (70%) quando as mesmas não estiverem visivelmente sujas;
- O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos. No cuidado específico com cateteres intravasculares, a higiene das mãos deverá ser realizada antes e após tocar o sítio de inserção do cateter, bem como antes e após a inserção, remoção, manipulação ou troca de curativo;
- Não utilizar adornos como anéis, pulseiras e relógios

Quarto: Privativo com a porta aberta;

- Os pacientes devem ser internados em quarto privativo ou, caso não seja possível, coorte de pacientes infectados ou colonizados pelos mesmos micro-organismos;



- Separar, antes de entrar no quarto, todo o material que será utilizado para o procedimento.

13.5. PARAMENTAÇÃO

Luvas:

- Utilizar luvas sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa, com o objetivo de proteger as mãos do profissional;
- Retirar as luvas imediatamente após o uso, antes de tocar em superfícies ou contato com outro paciente, descartando-as;
- Trocar as luvas entre os pacientes. Trocar as luvas entre um procedimento e outro no mesmo paciente;
- Higienizar sempre as mãos imediatamente após a retirada das luvas.

Máscara, óculos de proteção / protetor facial:

- Utilizar máscara e óculos de proteção sempre que houver risco de respingos de sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa, com o objetivo de proteger a face do profissional;
- Colocar máscara cirúrgica e óculos com proteção lateral, para cobrir olhos, nariz e boca durante os procedimentos com possibilidade de respingo de material biológico;
- A máscara cirúrgica e os óculos devem ser individuais.

Avental:

- Utilizar avental sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção;
- Se houver risco de contato com grandes volumes de sangue ou líquidos corporais, usar avental impermeável;
- Retirar o avental após o procedimento e lavar as mãos;
- Se o avental for descartável, desprezá-lo no lixo;
- Se o avental for de tecido ou não descartável, desprezá-lo no hamper (cesto);
- O avental de tecido quando rasgado deverá ser encaminhado para lavanderia para avaliar condições de reparo;
- Não utilizar jaleco ou avental comum como substituto do avental com finalidade de proteção contra agentes infecciosos.

Transporte do Paciente:



- Antes de encaminhar o paciente, avisar o setor de realização do exame sobre as precauções de contato;
- Ao manipular o paciente durante a sua transferência o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica;
- O profissional deverá estar paramentado durante o transporte do paciente e deverá aplicar as precauções;
- Após o transporte, realizar limpeza e desinfecção da maca e cadeira de rodas.

13.6. ARTIGOS E EQUIPAMENTOS

- Deverão ser exclusivos para cada paciente;
- Devem ser limpos, desinfetados ou esterilizados após a alta do paciente ou sempre que apresentar sujidade.

13.7. AMBIENTE

- Realizar limpeza concorrente e desinfecção das superfícies, diariamente, com água e sabão e álcool 70%.

13.8. EXEMPLOS DE DOENÇAS QUE REQUEREM PRECAUÇÕES DE CONTATO

| Infecção / Condição / Micro-organismo | Período |
|---|--|
| Bactérias multirresistentes – Colonização / infecção: solicitar avaliação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) | Até o tratamento da infecção e/ou após dois swabs retais negativos |
| Bronquiolite / Infecção Respiratória – Vírus Sincicial Respiratório e Vírus Parainfluenzae – lactente e pré-escolar | Durante a doença |
| Celulite: drenagem não contida | Durante a doença |
| Clostridium difficile (Colite associada a antibiótico) | Durante a doença |
| Cólera | Durante a doença |
| Colite associada a antibiótico | Durante a doença |
| Conjuntivite viral aguda (hemorrágica) | Durante a doença |
| Difteria cutânea | Terapêutica eficaz + 2 culturas negativas em dias diferentes |
| Enterocolite por Clostridium difficile | Durante a doença |
| Enterovirose (Coxsackie e Echovirus) lactente e | Durante a doença |



| | |
|--|-------------------------------------|
| pré-escolar | |
| Escabiose | Terapêutica eficaz 24h |
| Estafilococcia – S. aureus – pele, ferida e queimadura: com secreção não contida | Durante a doença |
| Estreptococcia – Streptococcus Grupo A – pele, ferida e queimadura: com secreção não contida | Durante a doença |
| Furunculose Estafilocócica: lactentes e pré-escolares | Durante a doença |
| Gastroenterite: Campylobacter, Cholera, Criptosporidium spp | Durante a doença |
| Gastroenterite: Clostridium difficile | Durante a doença |
| Gastroenterite: Escherichia coli em incontinente ou uso de fralda | Durante a doença |
| Hepatite Viral – Vírus A: Uso de fralda ou incontinente | Durante a doença |
| Herpes Simplex: mucocutânea, disseminada ou primária, grave | Durante a doença |
| Herpes Simplex: neonatal | Durante a doença |
| Impetigo | Terapêutica eficaz 24h |
| Infecção de ferida cirúrgica: com secreção não contida | Durante a doença |
| Pediculose | Terapêutica eficaz 24h |
| Pneumonia viral lactentes e pré-escolar | Durante a doença |
| Rotavírus e outros vírus em paciente incontinente ou uso de fralda | Durante a doença |
| Rubéola congênita | Contato durante a internação |
| Varicela | Até todas as lesões virarem crostas |

13.9. REFERÊNCIAS

- Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/prt-svssp-005-precaucoes-e-isolamento-versao-2.pdf>.

Acesso em 08 agos.2023



- Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/setores/ccih/wp-content/uploads/sites/16/2014/11/manual_isolamento_2012-13.pdf. Acesso em 08 ago.2023
- Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH) – Precauções e Isolamentos. 2ª edição, 2006.

14. ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM PRECAUÇÃO RESPIRATÓRIA POR AEROSSÓIS

14.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Prevenção da transmissão de microrganismos de um paciente para outro paciente, de um paciente para um profissional de saúde, de um portador doente ou para outro não doente, tanto na forma direta como indireta.

14.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Água e sabão;
- Álcool;
- Máscara cirúrgica;
- Máscara N95.

14.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realize a higienização das mãos;
- **Quarto:** Privativo com a porta fechada;
- O quarto deverá dispor de sistema de ventilação com pressão negativa e 6 trocas de ar por hora; A exaustão do ar deverá ser feita para ambiente externo. Se o ar for reciclado, deverá ser filtrado através de filtro HEPA.
- **Máscara:** Obrigatório o uso de máscara específica (tipo N95 ou PFF2) com capacidade de filtrar partículas < 3 micrometros de diâmetro;
- Deverá ser utilizada por todo o profissional que prestar assistência a pacientes com suspeita ou confirmação das doenças citadas acima. A máscara deverá ser colocada antes de entrar no quarto e retirada somente após a saída dele;
- A máscara poderá ser mantida por até 30 dias desde que em bom estado de conservação e com identificação de abertura e validade.

14.4. TRANSPORTE DO PACIENTE

Deve ser limitado, mas quando necessário o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica.

14.5. ARTIGOS E EQUIPAMENTOS

- Deverão ser exclusivos para cada paciente;



- Devem ser limpos, desinfetados ou esterilizados após a alta do paciente ou sempre que apresentar sujidade.

| Infecção/condição/ microrganismo | Tipo de precaução | Período |
|--|--|---|
| Adenovírus | Gotícula + Contato | Durante a doença |
| Bronquiolite (Lactente e pré-escolar) | Contato + Gotículas (até confirmação do vírus) | Durante a doença |
| Caxumba | Gotículas | Até 9 dias após início da tumefação |
| Difteria: -Faríngea | Gotículas | Terap. eficaz + 2 culturas negativas em dias diferentes |
| Epiglotite (Haemophilus influenzae) | Gotículas | Terapia eficaz 24h |
| Herpes Zoster: Localizado em imunossuprimido, ou disseminado | Contato + Aerossol | Até as lesões virarem crostas |
| Influenza: A, B e C | Gotículas | Durante a doença |
| Meningite: H. influenza (suspeito ou confirmado); N. meningitidis (suspeita ou confirmado). | Gotículas Gotículas | Terap. eficaz 24h |
| Meningococcemia | Gotículas | Terap. eficaz 24h |
| Parvovírus B19: Doença crônica em imunossuprimido; Crise aplástica transitória ou de células vermelhas. | Gotículas Gotículas | Durante internação Durante 7 dias |
| Haemophilus influenzae adultos | Padrão Gotículas | Terap. eficaz 24h |



| | | |
|---|--|---|
| Crianças de qualquer idade | Gotículas | Durante a doença |
| Mycoplasma | Gotículas | Terap. eficaz 24h |
| Streptococcus do Grupo A Adultos Lactentes e pré- escolares | Gotículas | Terap. eficaz 24h |
| Rubéola Adquirida | Gotículas | Até 7 dias após o início do exantema |
| Sarampo | Aerossol | Durante a doença |
| Tuberculose: Pulmonar (suspeita ou confirmado); Laríngea (suspeita ou confirmado). | Aerossol Aerossol | 2 pesquisas BAAR negativas, ou um LBA/aspirado traqueal com BAAR negativo, ou um PCR para microbactéria negativo |
| Varicela | Aerossol + contato | Até todas as lesões virarem crostas |

14.6. REFERÊNCIAS

- FERNANDES, Antônio Tadeu. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde, editora Atheneu, volume 1 e 2, São Paulo, 2000.
- Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH) – Precauções e Isolamentos. 2ª edição, 2006.
- Manual CCIH – USP 2009.

15. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ORAL (adulto)

15.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Administrar medicamentos para serem absorvidos pelo trato gastrointestinal, estômago e intestino sob a forma de comprimidos, drágeas, cápsulas, líquidos e pós. Produzir efeitos sistêmicos após a absorção na circulação sanguínea.

15.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Terapia medicamentosa prescrita;



- Medicamento;
- Copinho descartável;
- Triturador de comprimido S/N;
- Luvas de procedimento S/N;
- Bandeja.

15.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Certificar-se da prescrição médica, e prepare a etiqueta de identificação conforme a prescrição;
- Anote nome do paciente, leito, nome do medicamento, dosagem, via de administração, hora e nome do responsável;
- Higienizar as mãos;
- Calcular a dose do medicamento, quando necessário;
- Ler o rótulo do medicamento, verificando a data de validade;
- Identificar o copinho com rótulo/etiqueta;
- Colocar o medicamento no copinho, somente abrir medicamento na frente do paciente;
- Explicar a finalidade de cada medicamento e sua ação para o paciente, permitindo tempo para perguntas;
- Auxiliar paciente a sentar ou ficar em posição confortável;
- Usar seringa ou medidor para os líquidos;
- Triturar e diluir o medicamento com água quando necessário;
- Levar a bandeja até o paciente.
- **Conferir os 09 certos antes de administrar a medicação:**
 1. Paciente certo
 2. Medicamento certo
 3. Via certa
 4. Hora certa
 5. Dose certa
 6. Registro certo
 7. Ação (orientação) certa
 8. Forma certa
 9. resposta certa



- Evitar o contato dos dedos diretamente com a medicação;
- Entregar o copinho com o medicamento e um copo com água;
- Esperar o paciente deglutir o medicamento;
- Desprezar material utilizado;
- Higienizar as mãos;
- Checar a medicação no prontuário e anotar qualquer intercorrência.
- **OBSERVAÇÕES 1:**
- Atentar a interações medicamentosas ao triturar os medicamentos e os diluir;
- Observar sinais e sintomas de reações adversas.
- Os medicamentos Sublinguais seguem os mesmos procedimentos empregados para os de via oral. Nesse período, o cliente não deve conversar nem ingerir líquido ou alimento.
- As medicações administradas por via sublingual promovem uma rápida absorção da droga em curto espaço de tempo.
- **OBSERVAÇÕES 2:**
- Para preparo de comprimidos ou cápsulas, coloque a quantidade desejada diretamente no copo descartável para medicamentos.
- Para preparo de medicamentos sob a forma líquida: Agitar gentilmente o frasco. Aspirar com a seringa e transferir o conteúdo para o copo descartável antes de oferecer à paciente.
- Para administração de medicamentos sob a forma de comprimidos: A paciente tem duas opções: pode segurar os medicamentos sólidos na mão ou no copo, antes de colocá-lo na boca. Para as duas opções oferecer água ou suco, a fim de auxiliar a deglutição do medicamento.
- Para administração de medicamentos por via sublingual: Solicitar que a paciente coloque o medicamento sob a língua e orientar que ele deve ser dissolvido por completo. Advertir o paciente para não engolir o comprimido.
- Quando o comprimido ou cápsula cair no chão, jogar fora e repetir o preparo.
- Alterações na função gastrointestinal interferem na distribuição, absorção e excreção do medicamento.
- Pacientes com dificuldade de deglutição apresentam risco de aspiração. Atenção ao administrar medicamentos neste tipo de paciente e comunicar ao médico qualquer alteração ainda não identificada.



15.4. REFERÊNCIAS

- Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - UFRJ, Procedimento Operacional Padrão - 2020. http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop8_preparo_e_administracao_de_medicao_por_via_oral.pdf
- BRASIL, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz_12-ggtes_web.pdf, acessado em 04/08/2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

16. PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR NO ADULTO

16.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Administração de medicamentos pela via intramuscular.

16.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

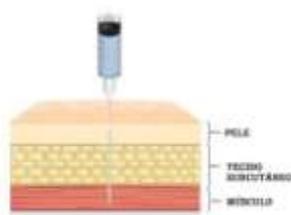
- Prescrição médica;
- Caneta esferográfica;
- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Máscara;
- Touca;
- Medicamento;
- Recipiente perfuro cortante;
- Seringa descartável;
- Agulha 40x12 descartável (para aspiração da medicação);
- Agulha 30x8 descartável (para administração da medicação);
- Gazes ou algodão;
- Álcool 70%;
- Curativo redondo de micropore (Blood stop).

16.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- 1) Ler a prescrição médica;
- 2) Seguir os 09 certos da administração de medicação: paciente certo, medicação certa, a via certa, a dose certa, o horário certo, o registro certo, a orientação certa, a forma farmacêutica



- certa e a resposta certa;
- 3) Chamar o paciente (verificar nome completo e data de nascimento);
 - 4) Acomodar o paciente em sala de procedimentos;
 - 5) Verificar se o paciente possui alergia medicamentosa (identificar o prontuário, caso haja alergias);
 - 6) Pegar a bandeja e realizar assepsia;
 - 7) Higienizar as mãos;
 - 8) Coloca touca, máscara e luvas de procedimento;
 - 9) Conferir ampola ou frasco da medicação com a prescrição médica;
 - 10) Observar existência de alguma alteração de coloração, presença de depósito ou turvação e validade da droga;
 - 11) Fazer desinfecção da ampola ou frasco com algodão umedecido com álcool;
 - 12) Quebrar a ampola e aspirar o conteúdo com seringa e agulha, caso seja frasco pó, aspirar com seringa e agulha o solvente, fazer a diluição injetando o solvente na parede interna do frasco, agitar a medicação conforme orientação do fabricante, aspirar o conteúdo do frasco, retirar a agulha e seringa, trocar a agulha;
 - 13) Reunir o material em uma bandeja e levar até a sala de procedimentos;
 - 14) Confirmar o nome do paciente e orientar quanto ao procedimento e medicação a ser realizado;
 - 15) Solicitar ao paciente que mantenha uma posição que auxilie o relaxamento do músculo onde será feita a injeção, evitando o extravasamento e minimizando a dor;
 - 16) Expor a área de aplicação e proceder à assepsia do local escolhido com algodão e álcool 70% em sentido único;
 - 17) Permanecer com algodão na mão dominante;
 - 18) Segurar a seringa na mão dominante;
 - 19) Fazer a aplicação no local programado, fazendo uma prega no tecido subcutâneo, introduzir profundamente a agulha, mantendo o músculo com firmeza, num ângulo de 90°;



REGIÃO

LOCALIZAÇÃO



| | |
|---|--|
| Glúteo: região dorsoglútea | Quadrante superior lateral (até 5 ml) |
| Vasto lateral: região anterolateral da coxa | No terço médio (até 4 ml) |
| Glúteo: região ventroglútea | Hochstetter (até 4 ml – aplicado no centro do V formado pelos seguintes vértices: palma da mão na porção do trocanter maior, dedo indicador na espinha ilíaca aterossuperior e dedo médio estendendo-se até a crista ilíaca) |
| Deltoide | Aproximadamente 4 cm abaixo do acrômio (até 2 ml) |

Fonte: CARMAGNAMI, 2017.

- 20) Injetar o líquido vagorosamente empurrando o êmbolo com a mão dominante, segurando a seringa com mão não dominante;
- 21) Esvaziada a seringa, retirar rapidamente a agulha e com o algodão, fazer ligeira pressão no local, sem massagear;
- 22) Recolher o material utilizado;
- 23) Não reencapar a agulha;
- 24) Desprezar os perfuros cortantes na caixa apropriada;
- 25) Higienizar as mãos;
- 26) Fazer as anotações de enfermagem e checagem de medicações administradas.

16.4. REFERÊNCIAS

- CARMAGNANI, M. I. S.; FAKIH, F. T.; CANTERAS, L. M. S.; TERERAN, N. P.; CARNEIRO, I. A. Procedimentos de Enfermagem - Guia Prático. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 04/2017.
- Ministério da Saúde. EBSEPH – Hospital Universitário da Universidade Federal do Goiás. Procedimento Operacional Padrão – 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/aceso-a-informacao/pops-protocolos-e-](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/aceso-a-informacao/pops-protocolos-e)



8. Reservar os outros materiais na bandeja, além de pares extras de luvas de procedimento e cateter periférico;
9. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
10. Higienizar as mãos com álcool gel a 70% e calçar as luvas de procedimento;
11. Escolher juntamente com o paciente o local para a punção do acesso, se isso for possível. Avaliar a rede venosa e escolher uma veia de bom calibre (de acordo com a finalidade da punção, como no caso de hemotransfusão). Dê preferência para os membros superiores, no sentido distal para proximal;
12. Deixar o paciente em uma posição confortável com o local de punção visível;
13. Escolher o cateter adequado ao calibre do vaso periférico;
14. Garrotear o membro onde será feito a punção, em um local mais ou menos de 7,5 a 10 cm acima do local escolhido, de modo que não interfira no fluxo arterial, além de solicitar que o paciente mantenha a mão fechada (não colocar o garrote sobre as articulações);
15. Fazer anti-sepsia do local com algodão embebido com álcool a 70%, em sentido único, proximal para distal;
16. Aguardar o álcool secar espontaneamente e realizar punção com o cateter escolhido, sempre com o bísel voltado para cima, introduzir a agulha no ângulo de 45°;
17. Observar o refluxo de sangue para o cateter (canhão);
18. Após punção pressionar com o polegar a pele onde está apontado o dispositivo e retirar o mandril;
19. Retirar o garrote e solicitar que o paciente abra a mão;
20. Conectar a multivia (polifix) ou extensor devidamente preenchido com soro ao cateter;
21. Testar a permeabilidade do sistema. Retirar a tampinha de uma das entradas da multivia com o cuidado de não contaminá-la, retirar a agulha do bico da seringa e conectar a seringa com SF 0,9% ao multivia para verificar a permeabilidade do acesso (observar se a solução consegue fluir sem resistência e se não há infiltração no local);
22. Fechar a multivia com a técnica asséptica;
23. Fixar o cateter à pele do paciente com a fita micropore, esparadrapo ou filme semipermeável, de maneira que fique firme, visualmente estético e que não atrapalhe os movimentos;
24. Identificar o próprio curativo do cateter com a data da punção, o calibre do cateter e o nome do funcionário que realizou o acesso;
25. Deixar o paciente em posição confortável e seguro no leito;
26. Retirar os materiais e organizar o local;
27. Retirar as luvas e higienizar as mãos;



28. Realizar a anotação de enfermagem, constando: tipo do dispositivo e calibre que foram utilizados, número de tentativas de punção, local de inserção e ocorrências adversas e as medidas tomadas.

17.4. REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde, EBSEH - Hospital Universitário Federal da Grande Dourados, Procedimento Operacional Padrão - 2022.
- Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/acesso-a-informacao/pops-protocolos-e-processos/gerencia-de-atencao-a-saude-gas/divisao-de-enfermagem/pop-de-003_-_puncao_de_acesso_venoso_periferico-2020-2022-1.pdf/view.003

18. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA

18.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Administração segura de medicamentos pela via endovenosa

18.2. APLICAÇÃO

- Sempre que houver prescrição de medicamentos pela via endovenosa, realizar administração de medicamentos pela via endovenosa.

18.3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição Médica;
- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Máscara;
- Touca;
- Medicamento;
- Recipiente perfuro cortante;
- Seringa descartável;
- Agulha descartável;
- Jelco ou scalp descartável (conforme prescrição médica);
- Equipo (conforme prescrição médica);
- Gazes ou algodão;
- Álcool 70%;
- Garrote;
- Fixador de punção (filme transparente);



- Curativo redondo (Blood stop).

18.4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Ler a prescrição médica;
- Chamar o paciente (verificar nome completo e data de nascimento);
- Acomodar o paciente na sala de medicação;
- Verificar se o paciente possui alergia medicamentosa (identificar o prontuário, caso haja alergias);
- Pegar a bandeja e realizar assepsia;
- Higienizar as mãos;
- Colocar touca, máscara e luvas de procedimento;
- Conferir ampola ou frasco da medicação com a prescrição médica;
- Observar existência de alguma alteração de coloração, presença de depósito ou turvação e validade da droga;
- Fazer desinfecção da ampola ou frasco com algodão umedecido com álcool;
- Quebrar a ampola e aspirar o conteúdo com seringa e agulha, caso seja frasco pó, aspirar com seringa e agulha o solvente, fazer a diluição injetando o solvente na parede interna do frasco, agitar a medicação conforme orientação do fabricante, aspirar o conteúdo do frasco, retirar a agulha e seringa, trocar a agulha;
- Reunir o material em uma bandeja e levar até a sala de procedimentos;
- Confirmar o nome do paciente e orientar quanto ao procedimento e medicação a ser realizado;
- Puncionar o paciente (conforme protocolo de punção da instituição);
- Instalar soroterapia ou realizar medicação (conforme prescrição médica);
- Caso seja soroterapia controlar o gotejamento, pois influencia na reposição de eletrólitos que o paciente está recebendo ou volume mínimo que o paciente talvez tenha que receber;
- Ao retirar o acesso venoso, comprimir firmemente o local e pedir para o paciente não dobrar o braço se for à articulação, pois isso proporciona o aparecimento de hematomas;
- Colocar um curativo no local da punção;
- Recolher o material utilizado;
- Desprezar os perfuros cortantes na caixa de perfuro;
- Higienizar as mãos;
- Fazer as anotações de enfermagem e gastos de material.



OBSERVAÇÕES:

- Nunca realizar o reencepe de agulha e/ou cateter.
- Nos casos de frasco ampola retirar a proteção metálica com o auxílio de uma tesoura e após, fazer a desinfecção.

18.5. REFERÊNCIAS

- CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio [et al.]. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. - [Reimp.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- Grupo Hospitalar Conceição, Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem, 2015.
- POTTER, Patricia; PERRY Anne. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

19. COLETA DE SANGUE VENOSO PARA EXAMES LABORATORIAIS

19.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Realizar coleta de amostra de sangue para exames laboratoriais e tipagem.

19.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Garrote;
- Bolas de algodão secas e algodão embebido em álcool a 70%;
- Seringa de 10ml ou 20 ml;
- Agulha 25x7;
- Cateter tipo Butterfly (scalpe) para veias de fino calibre;
- Luvas de procedimento;
- Tubos de coleta de sangue;
- Fita microporosa ou esparadrapo.

19.3. DESCRIÇÃO/ORIENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Conferir a solicitação do (s) exame (s);
- Higienizar as mãos;
- Preparar o material;
- Identificar os tubos de coleta contendo nome do paciente (sem abreviações) e data de nascimento;
- Abrir a embalagem da seringa e da agulha ou scalp com a técnica asséptica e conectá-las;
- Manter o bico da seringa protegido com a agulha;
- Colocar o(s) tubo(s) de coleta identificado(s) e a fita de identificação com nome do paciente,



data, setor na seringa, e reservar na bandeja;

- Reservar os outros materiais na bandeja, além de pares extras de luvas de procedimento e agulhas;
- Higienizar as mãos com álcool gel a 70% e calçar as luvas de procedimento;
- Explicar o procedimento ao cliente e/ou acompanhante;
- Avaliar a rede venosa e escolher uma veia de bom calibre escolher o local para a punção do acesso.
- Deixar o cliente em uma posição confortável com o local de punção visível;
- Escolher a agulha adequada ao calibre do vaso periférico;
- Garrotear entre 5 e 10 cm acima do local da punção venosa que foi escolhido;
- Calçar as luvas de procedimento palpar a veia selecionada;
- Fazer anti-sepsia do local com algodão embebido com álcool a 70%, em sentido único. aguardar o álcool secar espontaneamente e realizar punção com a agulha ou scalp escolhido já conectado a seringa, introduzir a agulha no ângulo de 15 a 30 graus com o bisel voltado para cima e aspirar quantidade de sangue necessária;
- Terminada a coleta, retirar o garrote e solicitar que o cliente abra a mão;
- Retirar a agulha/scalpe e ocluir o local com uma bola de algodão seco preso com um pedaço de fita microporosa;
- Solicitar ao cliente para permanecer com braço estendido;
- Transferir o sangue para o primeiro tubo deixar que o vácuo encha-o até o nível especificado.

19.4. REFERÊNCIAS

- Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/ acesso-a-informacao/pops-protocolos-e-processos/gerencia-de-atencao-a-saude-gas/divisao-de-enfermagem/anexo-122-pop-de-064-coleta-de-sangue-venoso-para-exames.pdf/view>. Acesso em: 09 ago. 2023.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Guia Completo de Procedimentos e Competências de Enfermagem. 8. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

20. ADMINISTRAÇÃO DE DIETA VIA ORAL

20.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Fornecer nutrientes para a síntese e manutenção dos tecidos, órgãos e sistemas.

20.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS



- Recipiente próprio com dieta prescrita;
- Talheres descartáveis fornecidos pelo serviço de nutrição: colheres, garfo, faca, canudo;
- Papel Toalha e/ou campo impermeável; Suporte para alimentação (mesa, bandeja individual ou superfície rígida);
- Equipamento de proteção individual adequado, caso o paciente apresente algum tipo de precaução de contato;
- Lixeira para descarte adequado de plásticos, papéis e material orgânico.

20.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- 1) Ler a prescrição do paciente, identificando o tipo de dieta prescrita;
- 2) Realizar a higiene das mãos;
- 3) Apresentar-se ao paciente e/ou ao acompanhante;
- 4) Conferir os dados de identificação do paciente;
- 5) Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento, afim de aceitar plena e espontaneamente da dieta oral;
- 6) Conferir a dieta prescrita com a fornecida pelo serviço de nutrição;
- 7) Certificar-se do nível de consciência e condição respiratória do paciente;
- 8) Estimular sempre que possível o paciente a alimentar-se com a dieta oral fora do leito, preferencialmente sentado em uma cadeira;
- 9) Em caso de restrição do paciente para saída do leito deve-se obrigatoriamente posicionar o paciente em Fowler de forma confortável antes de iniciar o procedimento;
- 10) Fazer a desinfecção do suporte para alimentação com gaze embebida em álcool 70%;
- 11) Higienizar as mãos;
- 12) Calçar as luvas de procedimento, se indicado; ou colocar equipamento de proteção individual em caso de existência de algum tipo de precaução;
- 13) Abrir lacre da embalagem dos talheres, colocando-os o suporte para alimentação, próximo ao paciente;
- 14) Caso o paciente apresentar alguma restrição para mobilização dos membros superiores, deve-se oferecer com o auxílio de um talher adequado à dieta oral em pequenas porções, se necessário utilize garfo e faca para cortar os alimentos maiores; repetindo a ação de forma que a dieta seja oferecida ao paciente para a sua efetiva mastigação;
- 15) Ao término estimular o paciente para a realização da higiene oral;



- 16) Deixar o paciente confortável;
- 17) Manter a organização da unidade do paciente;
- 18) Desprezar o material nos locais apropriados;
- 19) Realizar a higienização das mãos, conforme o Protocolo de Higienização das Mãos.

20.4. REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde. EBSEH – Hospital Universitário do Vale do São Francisco. Procedimento Operacional Padrão – 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/aceso-a-informacao/normas/protocolos-institucionais/Administraodedietaseoulquidosporviaoral.pdf>

21. ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL VIA GTT

21.1. DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Instalação e administração de nutrição enteral por meio de cateter entérico e acompanhamento da administração nutrição enteral (NE), a qual consiste em uma solução com intuito de nutrir clientes incapacitados de nutrição completa ou suficiente por via oral.

21.2. OBJETIVOS DO PROCEDIMENTO

- Nutrir os pacientes em situações de ingestão alimentar insuficientes ou impossibilitados de alimentação oral plena, tendo como função a melhora do quadro nutricional dos pacientes, acelerando o processo de recuperação.
- Administrar a medicação prescrita pelo médico profissional de saúde;

21.3. INDICAÇÃO

- Indicada para pacientes desnutridos ou incapazes de manter uma alimentação satisfatória por via oral.

21.4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Equipo de alimentação de bomba infusora ou equipo simples de dieta;
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 20 ml;
- Frasco de alimentação/hidratação ou medicação prescrita;
- Água filtrada.

21.5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Realizar higiene das mãos;
2. Preparar o material na bandeja, conferindo no rótulo da dieta: o nome completo do paciente,



- composição da dieta, volume total, prazo de validade, integridade da embalagem e presença de partículas. Caso haja algum comprometimento não instalar a dieta e comunicar o Serviço de Nutrição;
3. Dirigir-se ao quarto do paciente, conferir sua identificação e orientar este ou seu acompanhante sobre o procedimento que será realizado;
 4. Calçar as luvas de procedimento;
 5. Verificar localização e posicionamento do cateter;
 6. Manter permeabilidade do cateter através da lavagem da SNE com 20 ml de água;
 7. Pendurar o frasco no suporte;
 8. Adaptar o equipo da bomba infusora no frasco de NE, passado pela roldana da bomba infusora em seguida na saída da SNE. Programando a bomba infusora de acordo com prescrição médica ou orientação do rótulo do frasco de alimentação enteral;
 9. Conectar a extremidade do equipo de dieta à sonda ou gastrostomia;
 10. Posicionar o paciente em semi-fowler (45°), para diminuir o risco de bronco aspiração;
 11. Retirar as luvas de procedimento;
 12. Higienizar as mãos após o procedimento;
 13. Registrar o volume administrado em balanço hídrico;
 14. Anotar no registro de enfermagem o horário de inicio e termino da administração da dieta.

21.6. CUIDADOS ESPECIAIS

- Realizar cuidados à pele e ao redor do local de inserção da GTT. Deve-se observar também as condições das fixações a fim de não haver perda acidental das sondas ou lesões de pele por uso de dispositivos.
- Observar presença de náuseas, vômitos e/ou diarreia e comunicar ao médico e nutricionista.
- A cada administração de medicamentos, lave a sonda para evitar obstrução e interações indesejadas.

21.7. REFERÊNCIAS

- Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/acesso-a-informacao/pops-protocolos-e-processos/gad/pop-denf-068-administracao-de-dieta-via-sonda-nasogastrica-nasoenteral-ou-gastrostomia-no-adulto.pdf>. Acesso em 09 ago.2023, às 13h30min.
- Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/acesso-a-informacao/documentos-institucionais/pops/enfermagem-geral/pop-1->



15_administracao-de-nutricao-enteral.pdf .Acesso em 09 ago.2023às 13h35min.

– Disponível

em:

<https://enfermagemndi.paginas.ufsc.br/files/2020/09/ADMINISTRA%C3%87%C3%83O-DE-MEDICAMENTOS-%C3%81GUA-OU-DIETA-POR-VIA-GASTROSTOMIA-NASOENTERAL.pdf>.

Acesso em 09 ago.2023 às 14h30min.

22. SONDAS (SNE E SNG)

22.1. OBJETIVOS

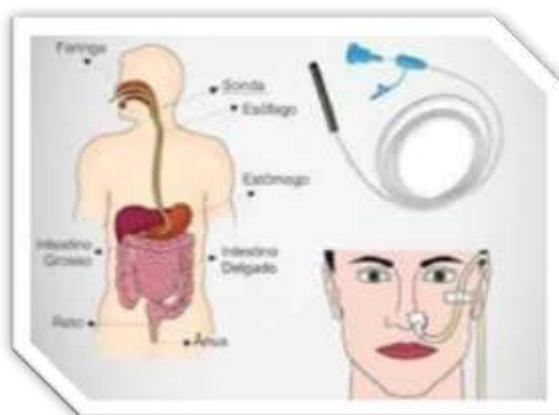
- Tem como finalidade a manutenção ou correção do estado nutricional do paciente, aqueles que não conseguem ou têm dificuldade na deglutição, principalmente pacientes idosos e acamados.

22.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

2.2.1. SNE

- Biombo, se necessário; Bandeja;
- EPIs (Óculos, máscara descartável, avental descartável e luvas de procedimento);
- Sonda de Nutrição Enteral (preferencialmente 12fr);
- Fita adesiva micropore (na ausência de curativo de fixação de SNE);
- Seringa de 20 ml ou de 10 ml
- SF 0,9% 10 ml
- Xilocaína geléia 2%;
- Tesoura (se necessário)
- Estetoscópio;
- Gases não estéril.

SONDA NASOENTERAL: É um tubo de borracha ou plástico — polivinil— flexível, inserido pela narina até o estômago ou intestino, para viabilizar a alimentação ou a drenagem de fluidos de um paciente.





22.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos e reunir todo o material,
- Levar até o leito do paciente e colocar em local acessível;
- Confirmar a identificação do paciente e explicar o procedimento, se for o caso ao acompanhante também;
- Colocar biombo para promover privacidade, se necessário;
- Verificar o uso de prótese dentárias móveis pelo(a) paciente, solicitando que as retire. Se não puderem ser removidas pelo(a) paciente use os equipamentos de proteção individual e retire-as;
- Elevar cabeceira em posição Fowler, se possível;
- Colocar EPIs;
- Medir a extensão da sonda a ser introduzida, colocando sua extremidade distal na ponta do nariz do paciente, enquanto o restante dela percorre em linha reta a distância do nariz até o lobo inferior da orelha, de lá até o apêndice xifoide e acrescentar a distância do apêndice xifoide até o ponto médio da cicatriz umbilical;
- Marcar este ponto na sonda com fita adesiva;
- Higienizar as narinas, se necessário;
- Lubrificar a ponta da sonda (cerca de 10 centímetros) com xilocaína geléia 2%
- Introduzir a sonda na narina escolhida, solicitando que o paciente tente deglutir (quando possível). A flexão cervical, nesta tarefa, pode ser útil em pacientes intubados e sedados;
- Inserir o restante da sonda até o ponto de demarcação de forma suave;
- Testar o posicionamento da SNE, conectando uma seringa de 20 ml e aspirando o conteúdo gástrico e a seguir injete 20 ml de ar pela sonda enquanto é feita a ausculta do quadrante abdominal superior esquerdo.

Observação:

- Lembrar que a ausculta da entrada do ar pela sonda não garante seu posicionamento adequado, sendo necessário confirmação radiológica após o término do procedimento;
- Fixar a SNE colocando um pedaço de micropore no nariz limpo e seco, por cima deste um pedaço de esparadrapo. Fixar ainda com um pedaço de esparadrapo tipo borboleta, enrolando na sonda (na ausência de curativo para fixação de SNE);
- Retirar o fio guia, tracionando-o firmemente e segurando a sonda para evitar que ela tracione. Guardá-la em uma embalagem limpa e mantê-la junto aos pertences do paciente, caso a sonda precise ser repassada;
- Fechar a sonda;
- Identificar a sonda com fita de esparadrapo com data, hora e profissional responsável;



2.3. REFERÊNCIAS

- HU-UFGD. Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Ministério da Educação. EBSEH. PRT nº01 da CCIRAS – Higiene das Mãos. 10ª edição. Publicado no Boletim de Serviço nº 255 de 03/05/2021, Portaria nº 42 de 20/01/2021. Dourados, 2021.
- HU- UFSC. Hospital Universitário – Universidade Federal de Santa Catarina. Procedimentos Operacionais Padrão: Divisão de Enfermagem – Gerência de Atenção à Saúde – Florianópolis: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4874247/Vers%C3%A3o+Final+E-BOOK+%2811-02%29+%282%29.pdf/dcca1581-864b-4278-bf00-dc28d50d6c90>> . Acesso em 04 de ago. 2020
- MOZACHI, N. O hospital: manual do ambiente hospitalar. Curitiba, Ed. 3, 2009. Prefeitura Municipal de Campinas – Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimento Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem. Versão no 2. Campinas, 2016. Disponível em:<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual_Procedimentos_Operacionais_Padrao_POP_Enfermagem_2016.pdf>. Acesso em 01 de ago. 2020
- SILVEIRA, Gercilene Cristiane. Universidade Estadual Paulista“Júlio de Mesquita Filho”. Passagem de sonda enteral: manual operacional Hospital de Misericórdia de Jahu. Botucatu;UNESP, 2018. Disponível em: <<http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2018/04/PassagemSondaEnteral-1.pdf>>. Acesso em 23 jun. 2020.

23. SONDA NASOGÁSTRICA

23.1. OBJETIVOS

- Padronizar o processo de sondagem gástrica e enteral a fim promover a qualidade e eficiência do procedimento para os clientes internados.



23.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Sonda de Levin nº 12 ou nº 14 para gavagem e sonda nº 16 ou nº 18 para drenagem de conteúdo gástrico;
- Recipiente para casos de drenagem gástrica (látex e bolsa coletora);
- Micropore ou esparadrapo para fixação;
- Xilocaína gel
- Estetoscópio;
- Pacote de Gaze;
- Luvas de Procedimento;
- Seringa de 20 ml.

23.3. REFERÊNCIAS

- HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- MOTTA, A. L. C. Normas, rotinas e técnicas de enfermagem. São Paulo: Iátia, 2003.
- POTTER P,A; PERRY A.G. fundamentos de enfermagem, conceitos ,processo e pratica. 6 ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan,2006.
- PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2013.

24. ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS

24.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Estabelecer os critérios e as práticas para as ações de Enfermagem direcionadas à execução da aspiração de vias aéreas.
- INDICAÇÃO: Pacientes com presença de secreção nas vias áreas em uso ou não de via aérea artificial.

APLICAÇÃO: Sempre que houver necessidade de aspiração orotraqueal.



24.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Cateteres de Aspiração ou Sistema fechado de aspiração;
- Luvas estéreis;
- Máscara cirúrgica;
- Gazes;
- Água destilada;
- Borracha extensora;
- Fonte de vácuo;
- Frasco coletor rígido para aspiração e ou drenagens;

24.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Checar montagem de material necessário: sonda de aspiração traqueal conectada ao de aspiração à vácuo, luva estéril e de procedimento, máscara e óculos protetores;
- Orientar o paciente acerca do procedimento;
- Proceder à lavagem das mãos;
- Calçar luva de procedimento na mão não dominante e luva estéril na mão dominante;
- Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante;
- Com a mão não dominante clampar a extensão de látex e introduzir a sonda com dominante até onde forem possíveis;
- Desclampar a extensão para que ocorra a aspiração da secreção;
- Retirar lentamente a sonda, realizando movimentos circulares.;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- RESULTADOS ESPERADOS: Aspiração das vias aéreas livre de danos ou traumas ao pa

24.4. REFERÊNCIAS

- FAVRETO, D.O.; SILVEIRA, R.C.C.P.; CANINI, S.R.M.S.; GARBIN, L.M.; MARTINS, F.T.M. DALRI, M.C.B. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 20, nº5, set.- out. 2012.
-

25. PROVA DO LAÇO (DENGUE)

25.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Exame rápido que auxilia a triagem de pacientes em casos de suspeita de arbovírus, como a dengue.



- A Prova do Laço é um dos métodos utilizados não apenas para se ter um indicativo (diagnóstico) dessa doença, mas também para se avaliar as condições de saúde dos pacientes, orientando o melhor tipo de tratamento a ser realizado.

25.2. DEFINIÇÃO

- A prova do laço é um exame rápido que deve ser feito obrigatoriamente em todos os casos de suspeita de dengue, já que permite identificar a fragilidade dos vasos sanguíneos, comum da infecção pelo vírus da dengue.

25.3. INDICAÇÃO

- A prova do laço deve ser realizada em todo paciente com suspeita de dengue que não apresente sangramento espontâneo.

25.4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Luva descartável
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Caneta esferográfica

25.5. ATIVIDADE DE RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Como é feita a prova:
- Para realizar a prova do laço para avaliação de casos suspeitos de dengue, inicialmente é necessário estabelecer a pressão média.
- Segue fórmula: **PAM = Pressão arterial sistólica + Pressão arterial diastólica / 2**
- Para fazer o teste da prova do laço deve-se desenhar, no antebraço, um quadrado com uma área de 2,5 x 2,5 cm e depois seguir estes passos:

1. Avaliar a pressão arterial da pessoa com o esfigmomanômetro;
2. Insuflar novamente o manguito do esfigmomanômetro até ao valor médio entre a pressão máxima e a mínima. Para saber o valor médio é preciso somar a Pressão Arterial Máxima com a Pressão Arterial Mínima e depois dividir por 2. Por exemplo, se o valor de pressão arterial for 120x80, deve-se insuflar o manguito até os 100 mmHg;
3. Esperar 5 minutos (adulto) com o manguito insuflado na mesma pressão;
4. Desinsuflar e retirar o manguito, depois dos 5 minutos;
5. Deixar o sangue circular por pelo menos 2 minutos.

Delimitar um quadrado com uma área de 2,5 x 2,5 cm, com caneta



Por fim, deve-se avaliar a quantidade de pontos avermelhados, chamados de petéquias, dentro do quadrado na pele para saber qual o resultado do teste.

6. Por fim, deve-se avaliar a quantidade de pontos avermelhados, chamados de petéquias, dentro do quadrado na pele para saber qual o resultado do teste.



OBSERVAÇÃO:

- Se a prova do laço apresentar-se positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças, ela pode ser interrompida. Deve-se atentar para a possibilidade de surgimento de petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos.
- A prova do laço deve ser realizada na triagem, em todo paciente com suspeita de dengue que não apresente sangramento espontâneo e deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa. A prova do laço frequentemente pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque.



- Deve ser considerado como caso suspeito de dengue o indivíduo que resida em área onde se registram casos de dengue ou que tenha viajado nos 14 dias antes do início dos sintomas para área com ocorrência de transmissão ou presença de *Aedes aegypti* e tenha febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e duas ou mais das seguintes manifestações: náusea/vômitos; exantema; mialgia/artralgia; cefaleia/dor retro-orbital; petéquias/prova do laço positiva; e leucopenia. Em crianças a definição consiste em ser paciente proveniente de (ou residente em) área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre 2 e 7 dias, e sem sinais e sintomas indicativos de outra doença.
- A prova do laço positiva tem a função de avaliar a presença de sangramento induzido e, sempre que positiva, o caso deve ser considerado na classificação de dengue no grupo de estadiamento B ou superior. Também pode facilitar a diferenciação de dengue de outras infecções virais agudas, mas um teste negativo não exclui a infecção.
- Todos os casos suspeitos, confirmados ou não, devem ser obrigatoriamente notificados e encaminhado à Vigilância Epidemiológica do município.

25.6. REFERÊNCIAS

- Prefeitura de Brusque, secretaria de Saúde Santa Catarina. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP PROVA DO LAÇO (DENGUE). https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/images/b/ba/POP_18_prova_do_la%C3%A7o.pdf
- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. 5a ed. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/14/dengue-manejoadulto-crianca-5d.pdf>.
- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de vigilância em saúde: volume único. 3a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilanciasaude-volume-unico-3ed.pdf>.

26. TROCA DE FRALDA

26.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Orientar a equipe de enfermagem quanto aos cuidados prestados a necessidade humana básica de higiene e conforto.

26.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS



- Fralda;
- Luvas de procedimento;
- Saco de lixo;
- Panos úmidos e panos secos;
- Pomadas para assaduras ou AGE (Ácidos graxos essenciais).

26.3. ATIVIDADE DE RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário;
- Explicar o procedimento ao paciente e familiar;
- Calçar luvas;
- Retirar a fralda suja;
- Proceder a limpeza de toda a região perianal com pano úmido;
- Enxugar a região com pano seco;
- Aplicar pomada vitaminada;
- Colocar fralda limpa;
- Trocar roupa de cama se necessário;
- Colocar a roupa do paciente;
- Retirar luvas;
- Lavar as mãos;
- Registrar eliminações.

26.4. REFERÊNCIAS

- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, EBSEHR. Hospital Universitário. Manual de Procedimentos Operacionais de Rotinas Básicas da Clínica Médica I (CM1), 2013.
http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/CONFORTO_SONO_REPOUSO/TROCA_FRALDAS.pdf

27. TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA

27.1. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Orientação para o cuidado, realização das atividades de vida diária e prevenção de complicações nos estomas.

27.2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Equipamento de Proteção Individual;



- EPI;
- Carro de curativo, mesa fixa ou bandeja fixa;
- Bolsa coletora, de acordo com o caso do paciente;
- Protetor cutâneo estabelecido pelo CCIRAS;
- Guia de mensuração da ostomia ou pedaço de plástico transparente;
- Tesoura de ponta romba;
- Caneta hidrográfica;
- Pacotes de gazes;
- Solução fisiologia a 0.9%;
- Álcool 70%;
- Luva de procedimento;
- Forro impermeável;
- Recipiente plástico graduado;
- Biombo.

27.3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Ler o prontuário do paciente para certifica-se do procedimento;
- Lavar as mãos, conforme orientação da CCIRAS;
- Reunir material em bandeja ou mesa fixa;
- Orientar paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento que vai ser realizado;
- Avaliar para verificar se será realizado apenas limpeza do estoma ou também a troca da bolsa;
- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- Proteger a privacidade do paciente fazendo uso do biombo e expondo apenas a área abordada;
- Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- Proceder a avaliação da ostomia observando as características gerais do local como cor, aspecto, forma, protrusão, tamanho e ocorrência de lesões e verificar o tipo de bolsa coletora a ser utilizada;
- Proceder a limpeza do estoma, com solução fisiológica 0,9%, irrigando abundantemente para retirar todo o resíduo presente;
- Embeber gazes com solução fisiológica a 0,9% e faça movimentos circulares em volta do estoma e pele da região proximal;
- Realizar a secagem do estoma e pele com gaze estéril através de movimentos suaves e



delicados;

- Para realizar a colocação da bolsa coletora deve-se primeiro realizar a mensuração da ostomia, utilizando uma estrutura plástica transparente para medir o seu diâmetro, marcando-o com caneta hidrográfica, tendo o cuidado de não deixar pequeno demais de forma que vá garrotear a ostomia e nem folgado demais para permitir vazamentos de secreções em contato com a pele;
- Com esse molde, desenhar na bolsa o círculo guia na placa adesiva da bolsa coletora conforme o molde, recortando-o com tesoura de ponta redonda;
- Retirar o adesivo sobre a placa e aplicar a bolsa diretamente na pele fazendo leve pressão em movimentos circulares na placa na área da periestomia, para uma melhor aderência. Caso seja necessário utilize um protetor cutâneo;
- Colocar a bolsa preferencialmente com a abertura para baixo. Em pacientes acamados adaptar bolsa na posição horizontal e se o paciente já estiver deambulando, fixar na vertical;
- Fechar o fundo da bolsa com clamp próprio;
- Quando a bolsa atingir 2/3 de sua capacidade, proceder o esvaziamento dela, para que o peso de seu conteúdo não force a parte aderente da bolsa na pele, evitando aparecimento de solução de continuidade na pele e não aconteça o desprendimento da bolsa;
- Para o esvaziamento da bolsa coletora, proteja o lençol com material impermeável, soltando o clamp que a prende na parte inferior, desprezando seu conteúdo em recipiente graduado, para melhor registro de quantidade;
- Realize a lavagem da bolsa com solução fisiológica 0,9% suficiente para retirar todo o resíduo;
- Fechar a bolsa com clamp próprio;
- Observar as características do conteúdo da bolsa e desprezá-lo;
- Sendo necessário retirar a bolsa, levante a parte adesiva da mesma e mantenha a pele bem tensionada, e vá desprendendo-a delicadamente;
- Ao final do procedimento, reúna todo o material utilizado, proceda à lavagem das mãos e realize as devidas anotações em prontuário do paciente.

27.4. REFERÊNCIAS

- Protocolo operacionais padrão. POP/DivEnf/001/2016 Procedimentos técnicos multiprofissionais e de Enfermagem Versão 1.0. Petrolina, PE. 2016. Disponível em: www.univasf.edu.br/~tcc/000007/0000076b.pdf