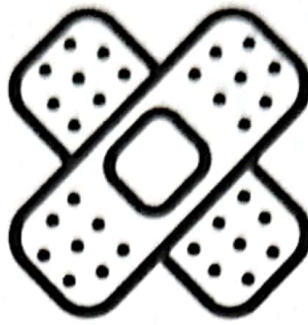


SANAR NOTE
TÉCNICO
DE ENFERMAGEM



@carlamaiaratenf



Este caderno pertence a:

E-mail:

Telefone/WhatsApp:

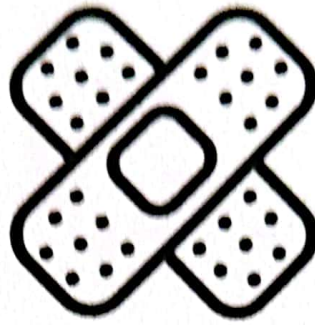








@carlamaiaratenf



Este livro de bolso foi elaborado pensando em todos os profissionais Técnicos de Enfermagem. Desde os que estão no curso de formação até os que já trabalham diariamente na assistência ao paciente. Ele foi pensado para facilitar sua prática profissional, pois quando você precisar de um guia prático, basta buscar no sumário a sua necessidade e conferir. Tudo o que você precisava de forma ainda mais completa e em um só lugar. Seus estágios, aulas práticas e rotina de trabalho não serão mais os mesmos! Ao final do livro, você ainda tem seu espaço para registrar o que achar necessário.

@carlamaratenf

AUTORA

Tatiane Cunha Florentino

Enfermeira. Doutoranda e mestre em Enfermagem e Saúde. Especialista em Terapia Intensiva sob a forma de Residência Multiprofissional. Pós-graduação em Gestão e Saúde pelo Instituto Albert Einstein. Tem experiência em implantação de serviços de saúde, gestão de Núcleos de Educação Permanente e de Ensino e Pesquisa em diferentes serviços de saúde. Possui experiência em coordenação de cursos de Graduação e Pós-graduação. Atualmente é supervisora dos cursos de enfermagem na Sanar e autora de livros, capítulos de livros e artigos científicos.

REVISORA

Bruna Machado

Graduada em Enfermagem pela Universidade Salvador. Especialista em Urgência e Emergência Clínica e Traumática e Enfermagem Oncológica. Membro da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde - SBIS. Atualmente trabalha com Saúde Digital, com ênfase no desenvolvimento de prontuário eletrônico.

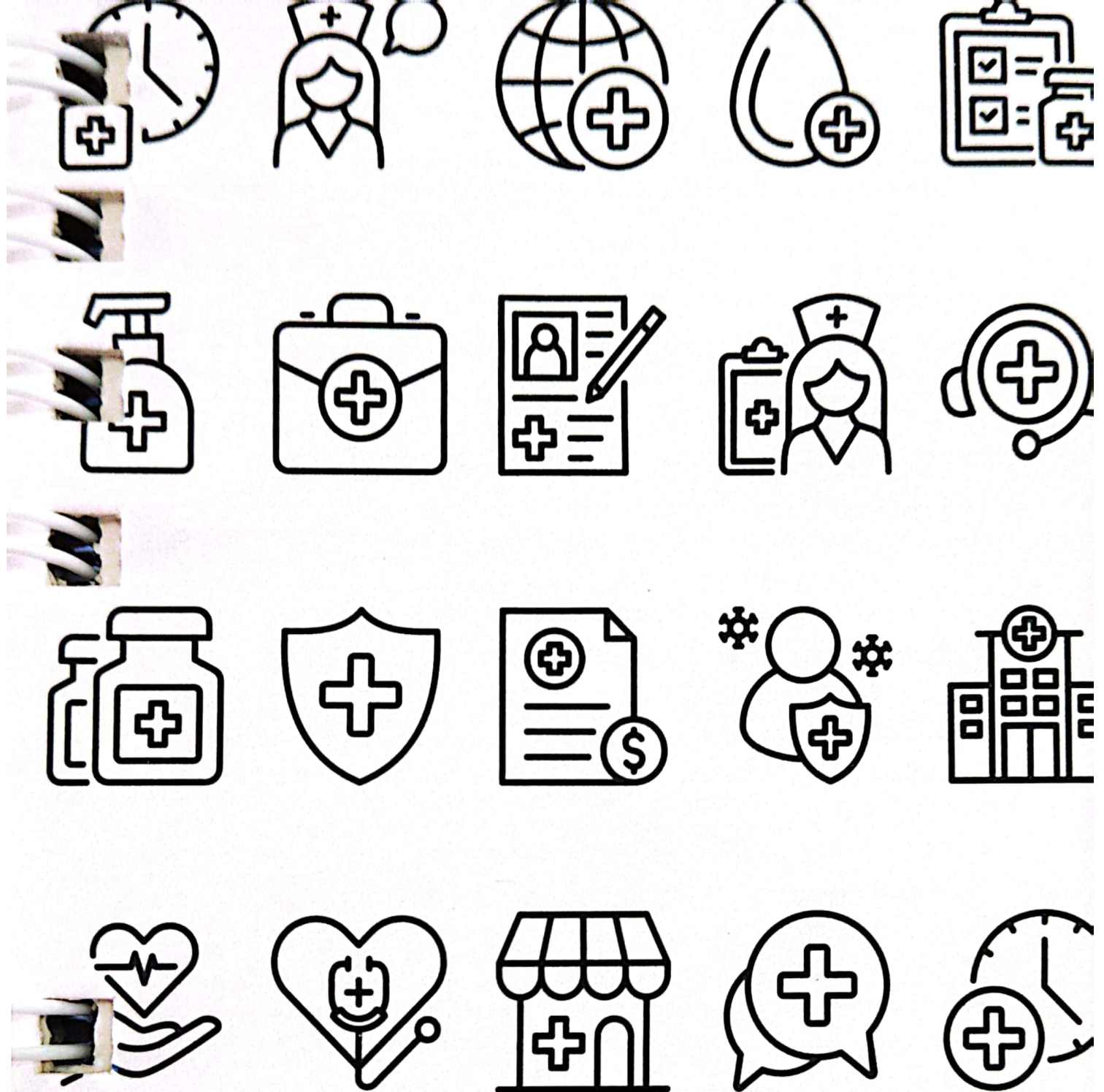
SUMÁRIO

1. Procedimentos de enfermagem	11
1. Verificação dos sinais vitais.....	12
2. Saturação de oxigênio.....	16
3. Verificação da glicemia capilar.....	17
4. Posicionamento dos eletrodos na monitorização multiparamétrica dos sinais vitais.....	18
5. Medidas antropométricas	19
6. Punção venosa periférica.....	22
7. Coleta de exames por punção venosa	25
8. Coleta de amostra sanguínea para exames de linhas venosas centrais	27
9. Hipodermóclise.....	28
10. Coleta de exame RT-PCR Covid-19.....	31
11. Cultura de vigilância	32
12. Realização do eletrocardiograma.....	34
13. Bandeja para sondagens oro/nasogástrica e nasoentérica	37
14. Cuidados para manutenção de sondas naso/oroenteral e gástrica.....	38
15. Bandeja para sondagem vesical de demora ...	39
16. Cuidados para manutenção de sonda vesical de demora.....	40
17. Manuseio de bomba de infusão	41
18. Oxigenoterapia via cateter nasal e máscara facial.....	42
19. Aerosolterapia	46
20. Materiais para intubação endotraqueal.....	48
21. Aplicação da Escala de Coma de Glasgow com avaliação pupilar	48
22. Aplicação da Escala de Morse adaptada	50
23. Aplicação das escalas de deterioração clínica no adulto	51
24. Preparo do corpo pós-morte	54

2. Cuidados de higiene corporal e conforto	57
1. Técnica de banho no leito	58
2. Técnica para lavagem dos cabelos	61
3. Higiene oral do paciente acamado e do paciente crítico.....	63
4. Higiene íntima e troca de fralda.....	65
3. Alimentação.....	69
1. Cuidados de enfermagem na oferta de alimentação por via oral.....	70
2. Vias para administração nutricional enteral e parenteral.....	71
3. Cuidados de enfermagem na instalação de dieta enteral em circuito aberto.....	72
4. Sinais de intolerância ou resíduo gástrico elevado	74
5. Cuidados de enfermagem ao paciente em uso de nutrição parenteral.....	76
4. Feridas, curativos e cuidados com a pele	79
1. Prevenção de lesão por pressão	80
2. Áreas de pressão em pacientes acamados/ críticos.....	81
3. Técnica para realização de curativos e troca de cobertura secundária.....	82
4. Técnica para realização de curativos de acessos centrais	85
5. Limpeza de traqueostomia.....	88
6. Troca de fixação de traqueostomia	91
7. Limpeza e troca de bolsa de colostomia/ ileostomia.....	92
5. Procedimentos para cirurgia segura	97
1. Preparo pré-operatório.....	98
2. Períodos cirúrgicos.....	99
3. Montagem e desmontagem da sala operatória	102
4. Checklist de cirurgia segura.....	113

6. Imunização.....	117
1. Registros no cartão vacinal.....	118
2. Calendário vacinal conforme recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) 2023/2024.....	119
3. Armazenamento e conservação de vacinas e imunobiológicos na sala de vacina	123
7. Urgência e emergência	125
1. Ritmos de parada cardiorrespiratória.....	126
2. Suporte básico de vida no adulto - Atualização 2020	128
3. Suporte avançado de vida no adulto - Atualização 2020	130
4. Queimaduras	131
5. Manobra de Heimlich em adultos e lactantes e obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE)	132
6. Crise convulsiva: o que fazer e o que não fazer	134
7. Animais peçonhentos e soros.....	136
8. Hemorragias e hemostasias	137
8. Saúde da mulher, do recém-nascido e da criança	139
1. Escala de Apgar	141
2. <i>Golden hour</i> (contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora).....	142
3. Sinais de hemorragia pós-parto	143
4. Cuidados imediatos ao recém-nascido com boa vitalidade na sala de parto	144
5. Cuidados com o coto umbilical.....	145
6. Técnica de realização do pezinho (triagem neonatal)	146
7. Banho do recém-nascido.....	152

9. Cálculo, preparo e administração de medicamentos	155
1. Dupla checagem na dispensação, preparo e administração de medicamentos de alta vigilância	158
2. Aplicação da Escala de Maddox.....	159
3. Cálculo de gotejamento	161
4. Cálculo de transformação de soluções.....	162
5. Cálculo de medicamentos.....	165
6. Cuidados de enfermagem em pacientes em uso de insulina endovenosa	172
10. Administração em enfermagem	173
1. Sugestões de anotações de enfermagem	174
2. Checagem da prescrição médica e de enfermagem	176
3. Segurança do paciente - 6 metas internacionais e estratégias de segurança do paciente.....	177
4. Como fazer notificação de incidente relacionado à assistência à saúde	179
5. Passagem de plantão com ferramenta SBAR..	182
11. Atenção Primária à Saúde	185
1. Visita Domiciliar (VD)	186
2. Educação popular e promoção à saúde	188



1. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

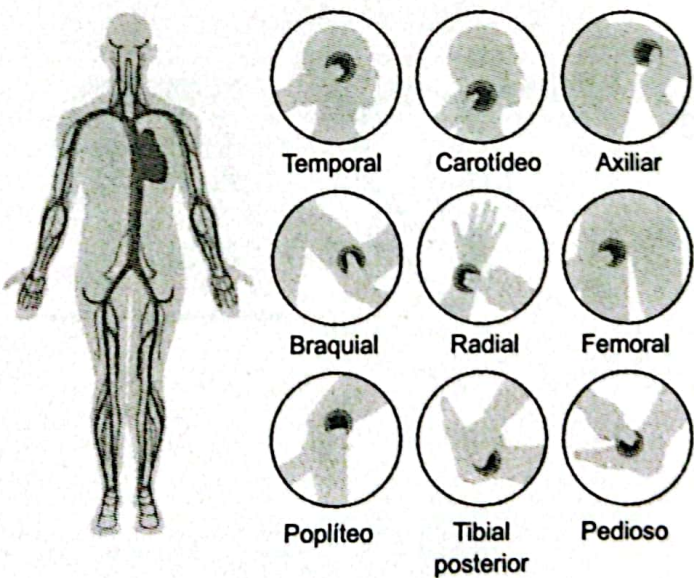
@carlamaiaratenf

1. VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

Materiais:

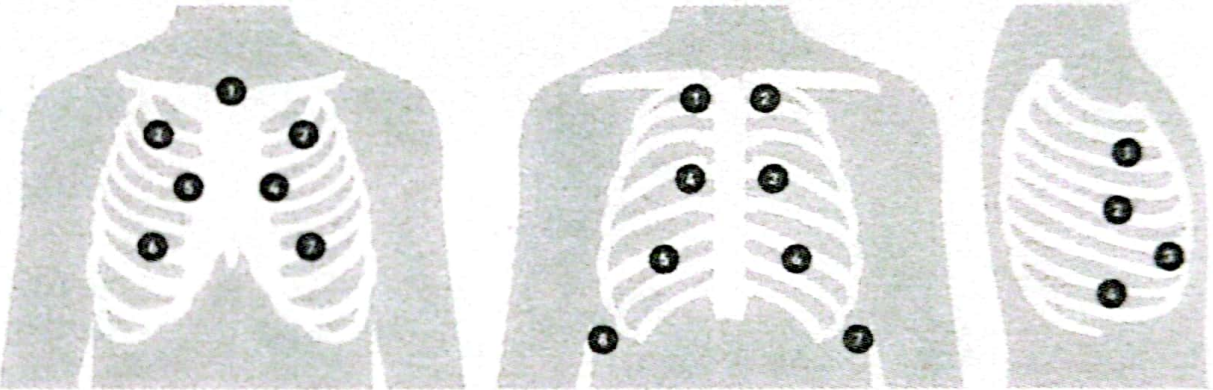
- Tensiômetro/esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, relógio
- Algodão embebido em álcool 70%, luva de procedimento

Figura 1. Frequência cardíaca (pulsação)

CARACTERÍSTICAS	LOCAIS DE VERIFICAÇÃO DO PULSO/FREQUÊNCIA CARDÍACA ¹
Adulto: • Normocárdico: 50 a 99 bpm • Bradicárdico: < 50 bpm • Taquicárdico: ≥ 100 bpm Pediátrico: • 0-30 dias: 94 a 182 bpm • 1-12 meses: 120 a 169 bpm • 1-5 anos: 89 a 137 bpm • 6-12 anos: 65 a 160 bpm	 Temporal Carotídeo Axilar Braquial Radial Femoral Poplíteo Tibial posterior Pedioso

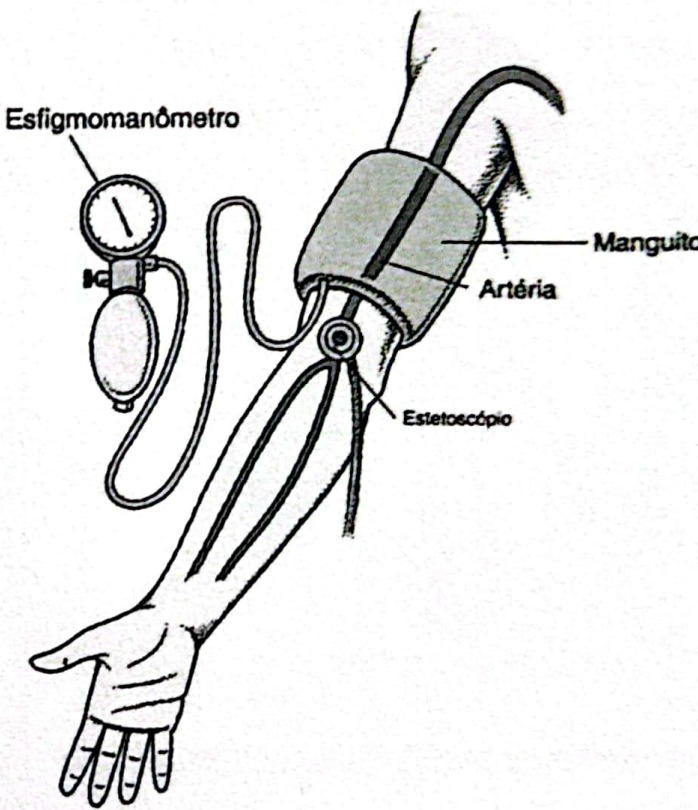
Fonte: inspiring.team/Shutterstock.com¹, Samesima et al.²

Figura 2. Frequência respiratória

CARACTERÍSTICAS	LOCAIS DE AUSCULTA RESPIRATÓRIA ³
Adulto: • Eupneico: 12 a 20 rpm • Bradipneico: < 12 rpm • Taquipneico: > 20 rpm Pediátrico: • < 1 ano: 30 a 60 rpm • 1-3 anos: 24 a 40 rpm • 4-5 anos: 22-34 rpm • 6-12 anos: 18 a 30 rpm Atenção: a frequência respiratória pode estar aumentada em períodos de choro e agitação, a contagem deve ser valorizada isoladamente somente quando a criança estiver calma A verificação deve ser realizada sem informar ao paciente para evitar alteração do resultado	 Locais de ausculta frontal Locais de ausculta posterior Locais de ausculta lateral

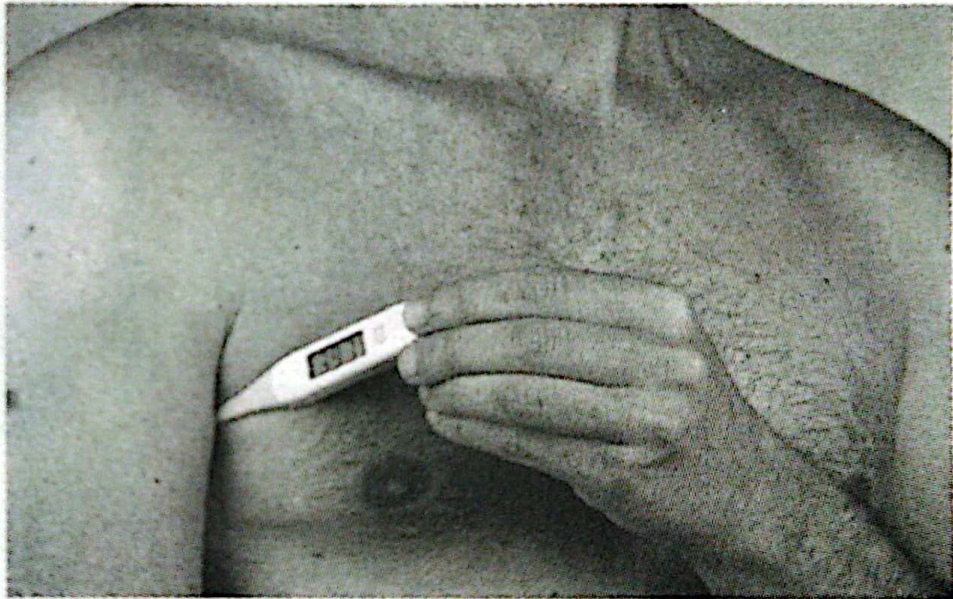
Fonte: inspiring.team/Shutterstock.com³, SBP⁴.

Figura 3. Pressão arterial

CARACTERÍSTICAS	POSICIONAMENTO DO ESFIGMOMANÔMETRO E ESTETOSCÓPIO NA VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM MEMBROS SUPERIORES
Adulto: • PA ótima: • PAS < 120 e PAD < 80 mmHg • PA normal: • PAS 120-129 e PAD < 80-84 mmHg • Pré-hipertensão: • PAS 130-139 e PAD < 85-89 mmHg • Hipertensão arterial: » Estágio 1: PAS 140-159 e PAD 90-99 mmHg » Estágio 2: PAS 160-179 e PAD 100-109 mmHg » Estágio 3: PAS ≥ 180 e PAD ≥ 110 mmHg Antes de aferir, verificar se o paciente ingeriu bebida alcoólica, café ou alimentos. Se o paciente fumou nos últimos 30 minutos ou realizou exercício físico nos últimos 60 minutos, pois essas práticas podem interferir no resultado encontrado. PAS: Pressão Arterial Sistólica. PAD: Pressão Arterial Diastólica.	

Fonte: Adaptada de Manual MSD⁵, Barroso et al.⁶

Figura 4. Temperatura

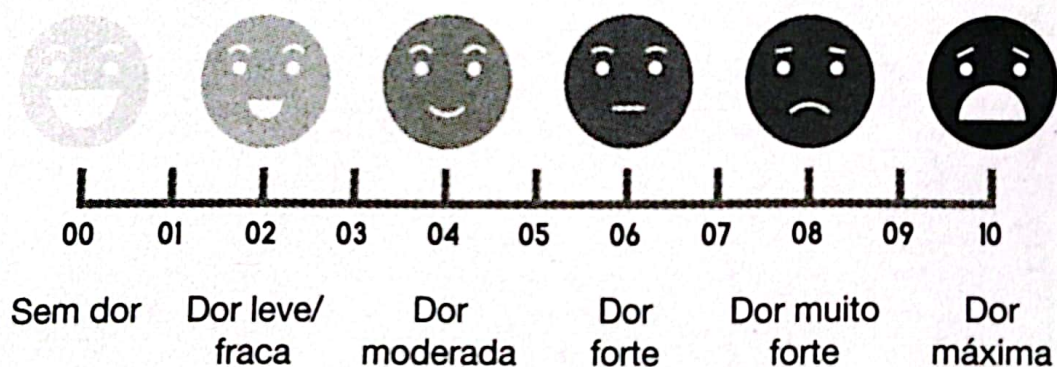
CARACTERÍSTICAS	VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA AXILAR COM TERMÔMETRO DIGITAL ⁷
Adulto: • Normotermia: 35,6 a 36,9°C • Hipotermia: < 35,5°C • Febre: > 37,7°C • Hipertermia: > 40°C Pediatria • Normotermia: 35,6 a 37,1°C • Hipotermia < 35,5°C • Febre > 37,2 – 37,3°C, associada a extremidades frias; ausência de sudorese, sensação de frio e eventualmente tremores; taquicardia e taquipneia • Hipertermia > 40°C	

Fonte: Hector Roqueta/Shutterstock.com⁷, Fernandes *et al.*⁸

Dor

- A dor é considerada o quinto sinal vital e deve ser questionada ao paciente adulto sempre que houver aferição dos demais dados vitais
- Na criança é importante observar o comportamento e expressão facial para definir o grau de dor
- Aplique a escala da seguinte forma
 - » Olá, o senhor(a) sente dor no momento?
 - » De 0 a 10 qual nota você dá a sua dor?

Figura 5. Escala visual de dor



Fonte: Tradução de lukpedclub/Shutterstock.com⁹.

2. SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO

Materiais:

- Oxímetro de pulso portátil
- Algodão embebido em álcool 70%
- Luva de procedimento

Indicação: paciente com alterações respiratórias agudas ou pacientes críticos e/ou em uso de suporte de oxigênio.

Valores de normalidade ou meta de tratamento: Saturação de oxigênio (SpO₂) > 95%.

Valores que necessitam de intervenção: (SpO₂) persistente < 90%.

3. VERIFICAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR

Materiais:

- Glicosímetro, fita teste, lanceta
- Algodão, luva de procedimento

Procedimento:

- Calçar luvas, acoplar a fita teste compatível ao código do glicosímetro e verificar imagem no visor em formato de gota de sangue
- Higienizar polpa digital escolhida ou preferida pela paciente com algodão embebido em álcool 70% e após secar, pressionar a lanceta na polpa digital
- Coletar gota de sangue que se forma na fita reagente e esperar a leitura pelo glicosímetro; pressionar local da punção para suspender o sangramento
- Desprezar material descartável, higienizar as mãos e registrar em prontuário

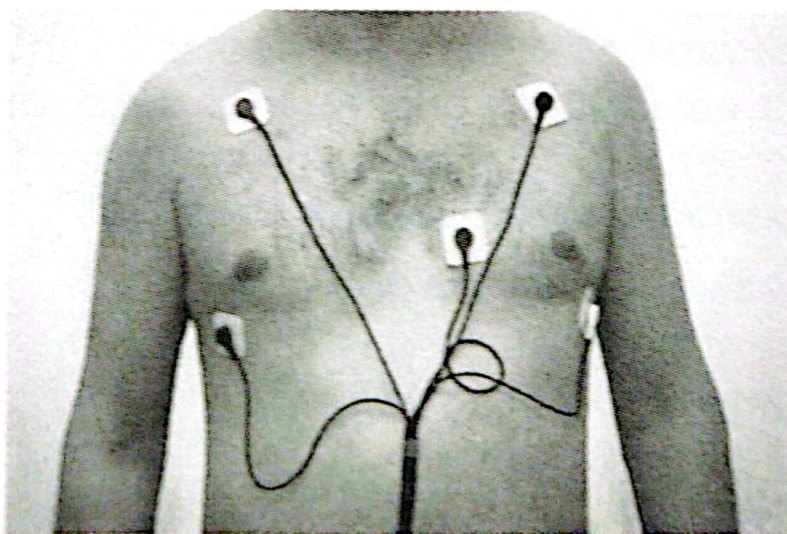
Valores de referência:

- Glicemia normal em jejum < 99 mg/dL
- Glicemia normal após 1 ou 2 horas alimentação < 140 mg/dL
- Hipoglicemia < 70 mg/dL
- Hiperglicemia em jejum ≥ 126 mg/dL

4. POSICIONAMENTO DOS ELETRODOS NA MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA DOS SINAIS VITAIS

- A monitorização eletrocardiográfica contínua é recomendada em pacientes instáveis ou grave
- Para realização será necessário um monitor multiparamétrico e eletrodos
- Posicionar os eletrodos conforme a Figura 6

Figura 6. Posicionamento dos eletrodos para monitorização eletrocardiográfica contínua



Fonte: Csaba Deli/Shutterstock.com¹⁰.

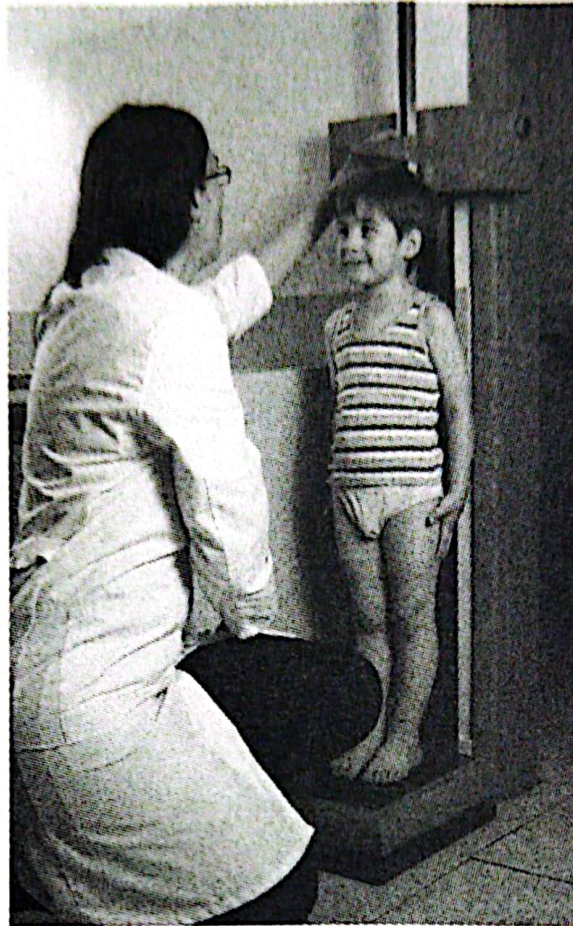
Observação: as cores dos cabos de monitorização eletrocardiográfica variam conforme a marca do equipamento. É importante atentar-se as siglas: RA (braço direito), LA (braço esquerdo), RL (perna direita), LL (perna esquerda), CV (precordial) que estão contidas nos eletrodos e indicam a posição dos mesmos.

5. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Estatutura (altura) em crianças maiores de 2 anos:

- Posicionar a criança na balança com estadiômetro ou encostada em uma parede contendo fita métrica
- Posicionar os pés da criança juntos e braços ao lado do corpo
- Ajustar o estadiômetro levemente apoiado na cabeça da criança ou marcar na fita métrica com uma caneta encostada na cabeça a altura da criança
- Registrar o tamanho apresentado na fita métrica ou estadiômetro

Figura 7. Medida de estatura na criança > 2 anos



Fonte: Lik Studio/Shutterstock.com¹¹.

Observação: a medida da estatura no adulto segue os mesmos passos citados acima.

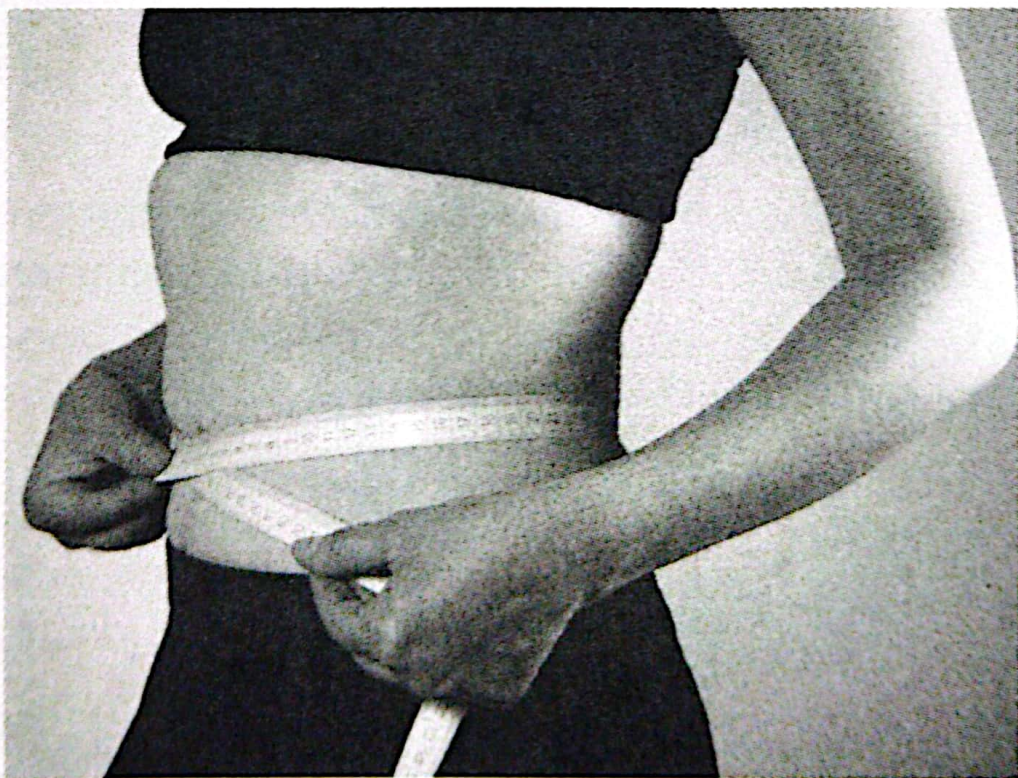
Pesagem no adulto

- Solicitar a retirada de calçados
- Orientar que suba na balança com os pés alinhados um ao lado de outro e braços relaxados ao lado do corpo
- Aguardar o peso do mostrador digital estabilizar, visualizar o valor do peso e registrar

Circunferência abdominal

- Posicionar a fita métrica na última costela, medir a distância até a crista ilíaca e localizar o ponto médio (metade da medida). Considerar esse local para a medida circunferência, o qual geralmente coincide com a altura do umbigo
- Posicionar a fita métrica envolvendo a circunferência abdominal no ponto anteriormente considerado ponto médio ou altura do umbigo
- Verificar a medida em centímetros e registrar

Figura 8. Medida da circunferência abdominal no adulto



Fonte: Garna Zarina/Shutterstock.com¹².

6. PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

Materials:

- Bandeja higienizada com álcool a 70%
- Algodão embebido em álcool
- Jelco ou scalp (o calibre dependerá da rede venosa. Usualmente, Jelco calibre 22 ou 20 para adultos)
- Garrote
- Par de luvas de procedimentos
- Adesivo microporoso ou transparente para fixação
- Equipo multivias escovado com soro fisiológico
- Seringa 10 mL com soro fisiológico

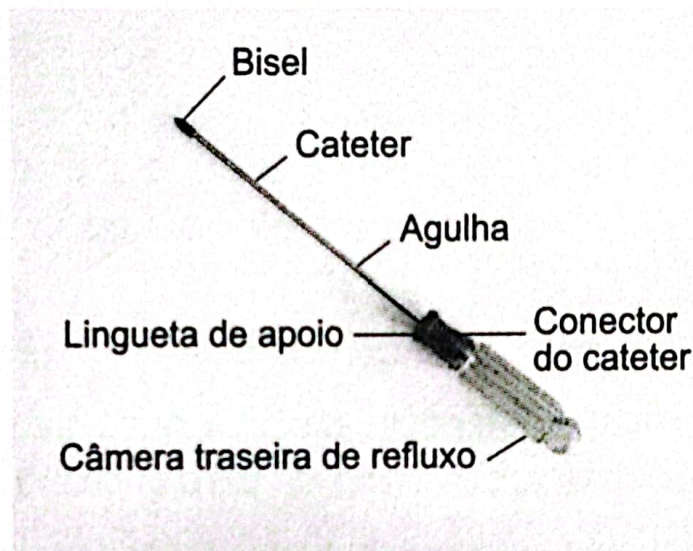
Procedimento:

- Questionar ao paciente se há preferência de local de punção, sempre que pertinente
- Analisar rede venosa do membro superior e escolher melhor veia para punção
- Critérios para escolha da veia a ser punccionada:
 - » Preferencialmente vasos superficial e de maior calibre
 - » Evitar veias tortuosa e articulações
- Calçar luvas de procedimento

- Posicionar o garrote em região distal ao local da punção
- Realizar higiene no local a ser puncionado em movimentos circulares do centro para as extremidades
- Posicionar o jelco em angulação de 20 a 30° da pele e introduzir em movimento firme e controlado
- Visualizar pequeno refluxo sanguíneo na câmara flash do jelco. Em caso, positivo introduza lentamente o jelco e puxe alguns centímetros a agulha em direção oposta, sem retirá-la totalmente
- Folgar ou retirar o garrote
- Pressionar a porção do jelco onde foi realizada a punção com o dedo da mão não dominante
- Retirar totalmente a agulha com a mão dominante e acoplar o multivias no jelco
- Testar o posicionamento utilizando a seringa para aspirar e observar o refluxo sanguíneo, além da administração do soro da seringa observando se há infiltrações ou paciente refere dor local
- Fixar o cateter com adesivo microporoso ou transparente com identificação da data da punção e número do dispositivo utilizado
- Desprezar materiais descartáveis no coletor de resíduo e agulha na caixa perfurocortante

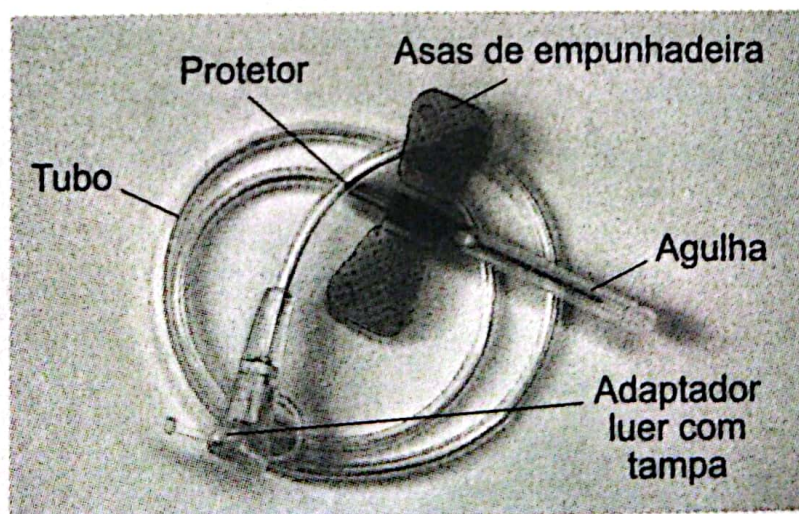
- Registrar procedimento. O que colocar no registro? Local da punção, número de tentativas, número do jelco e a descrição e quantidade dos materiais utilizados, presença ou ausência de intercorrências

Figura 9. Estrutura do jelco ou cateter flexível sobre agulha



Fonte: Adaptada de ramArt design/Shutterstock.com¹³.

Figura 10. Scalp



Fonte: Adaptada de ANGHI/Shutterstock.com¹⁴.

7. COLETA DE EXAMES POR PUNÇÃO VENOSA

Materiais:

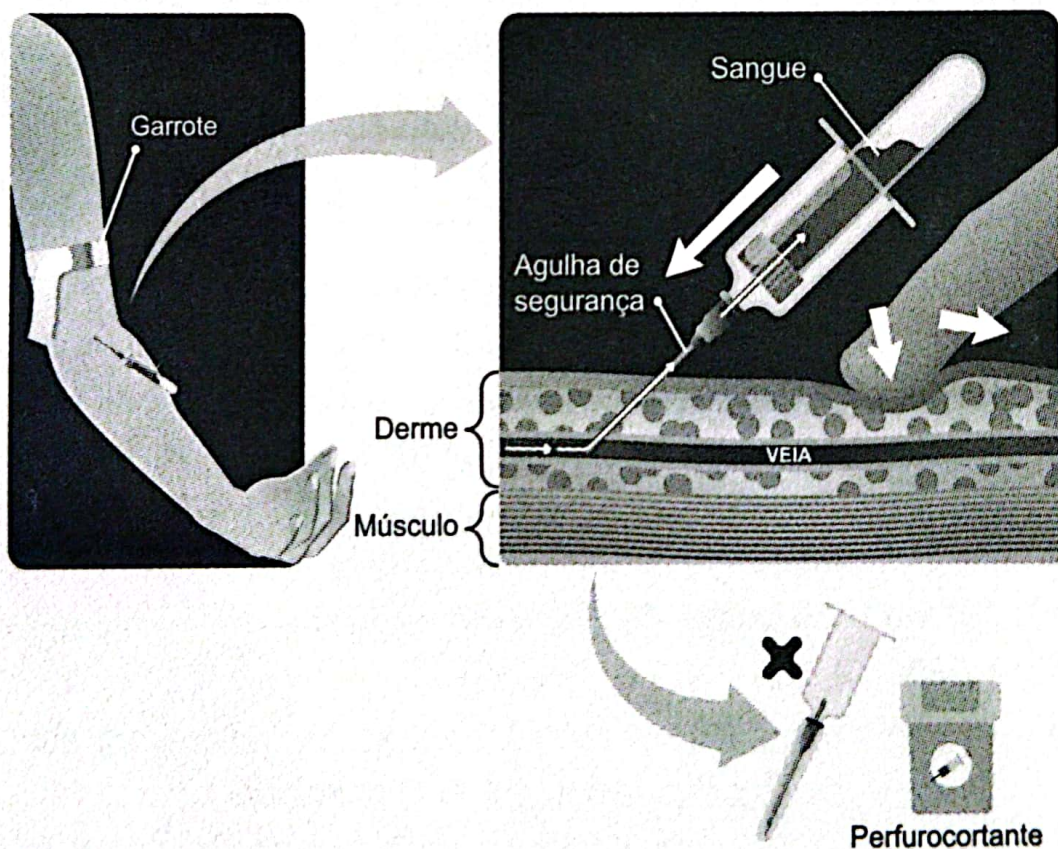
- Bandeja higienizada com álcool a 70%
- Algodão embebido em álcool e algodão seco
- Scalp
- Garrote
- Par de luvas de procedimentos
- Adesivo microporoso
- Vacuntainer/tubo de coleta
- Etiqueta de identificação

Procedimento:

- Realizar conferência do nome do paciente que está na etiqueta de identificação questionando-o seu nome ou conferindo com prontuário ou pulseira de identificação e colar no tubo de coleta
- Calçar luvas de procedimento
- Escolher o vaso a ser puncionado e posicionar o garrote em região distal ao local da punção
- Realizar higiene no local a ser puncionado em movimentos circulares do centro para as extremidades
- Posicionar o scalp em angulação de 20 a 30° da pele e introduzir em movimento firme e controlado
- Visualizar pequeno refluxo sanguíneo no extensor do scalp e folgar o garrote
- Conectar o vacuntainer aguardando refluxo do volume desejável

- Desacoplar o vacuntainer e retirar o scalp pressionando o local da punção com algodão seco
- Colocar adesivo microporoso no local da punção
- Desprezar materiais descartáveis no coletor de resíduo e scalp na caixa de perfuro cortante
- Registrar procedimento. O que colocar no registro? O local da punção, número de tentativas, número do scalp e a descrição e quantidade dos materiais utilizados, presença ou ausência de intercorrências

Figura 11. Passos para a coleta de amostra biológica de sangue para exames laboratoriais



Fonte: Traduzida de VectorMine/Shutterstock.com¹⁵.

Observação: Quando houver mais de uma amostra sanguínea deve seguir a seguinte sequência dos tubos de coleta - azul, amarelo ou vermelho, verde, rosa/lilás/roxo, cinza.

8. COLETA DE AMOSTRA SANGUÍNEA PARA EXAMES DE LINHAS VENOSAS CENTRAIS

Materiais:

- Bandeja higienizada com álcool a 70%
- Algodão embebido em álcool
- Par de luvas de procedimentos
- Agulha e seringas 10 mL
- Vacuntainer/tubo de coleta
- Etiqueta de identificação

Procedimento:

- Este procedimento deve ser realizado sob a supervisão da enfermeira
- Realizar conferência do nome do paciente que está na etiqueta de identificação questionando-o seu nome ou conferindo com prontuário ou pulseira de identificação e colar no tubo de coleta
- Calçar luvas de procedimento
- Higienizar hub do cateter venoso central. Não coletar exames de linhas com drogas vasoativas ou sedação

- Aspirar 2 mL de sangue da linha onde será realizada a coleta e desprezar
- Aspirar com outra seringa cerca de 4 mL de sangue para a realização do exame
- Conectar a agulha à seringa e preencher o vacuntainer/tubo de coleta com a amostra de sangue
- Realizar flush com soro fisiológico na via do cateter central para manter a permeabilidade
- Fechar a via do cateter central mantendo-a sorolizada ou retornar as medicações que estava em uso
- Desprezar materiais descartáveis no coletor de resíduo e as agulhas na caixa de perfuro cortante

9. HIPODERMÓCLISE

Materiais:

- Bandeja higienizada com álcool a 70%
- Par de Luvas de procedimento
- Algodão embebido em álcool 70% e bola de algodão seco
- Cateter não-agulhado (jelco 20 G a 24 G)
- Agulha 40 × 12 mm
- Seringa de 1 mL
- Equipo multivias (Polifix) escovado com soro fisiológico 0,9%

@carlamaiaratenf

- Flaconete de 10 mL de soro fisiológico 0,9%;
- Adesivo transparente para punção e adesivo microporoso para identificação

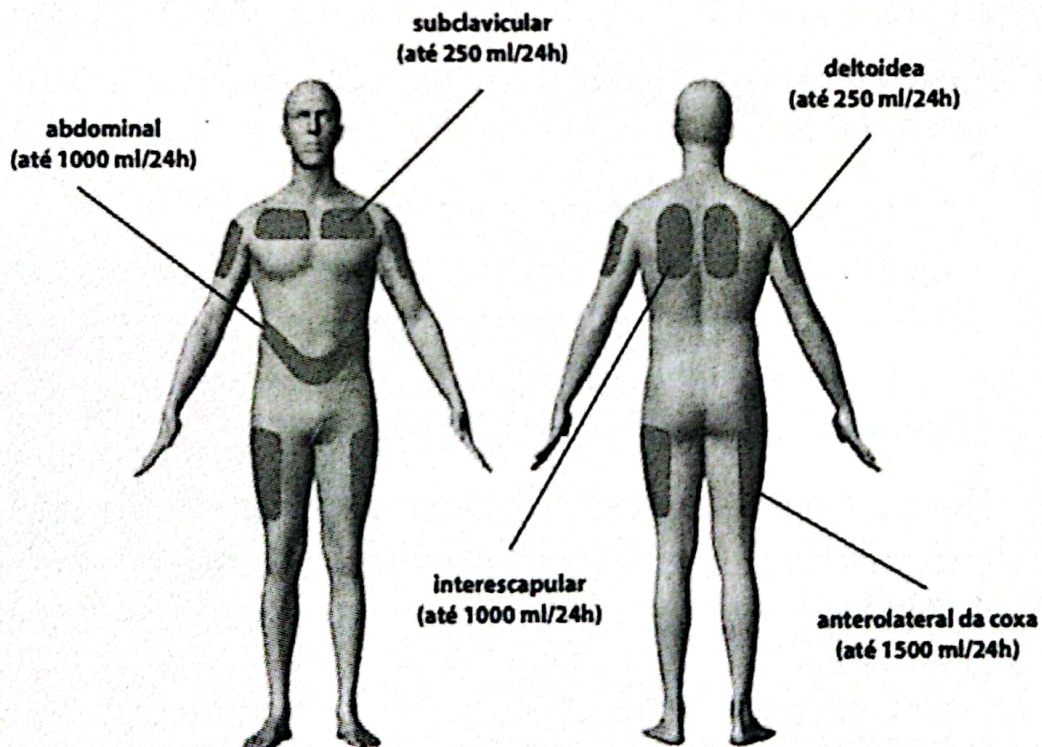
Procedimento:

- Explicar o procedimento ao paciente e a seus familiares e lavar as mãos
- Calçar as luvas de procedimento
- Avaliar regiões anatômicas e escolha o local da punção
- Realizar higiene no local a ser puncionado em movimentos circulares do centro para as extremidades
- Realizar uma prega de pele e introduzir o cateter na prega com bisel voltado para cima, fazendo um ângulo de 45° com a pele
- Retirar a agulha do cateter e acoplar o equipo multivias
- Conectar a seringa ao cateter e aspirar para se certificar que nenhum vaso foi atingido. Se houver retorno sanguíneo, retire o acesso e repita a punção a uma distância de pelo menos 5 cm da punção original
- Retirar a seringa do cateter e acoplar o equipo multivias preenchido com soro fisiológico 0,9%
- Fixar o cateter com cobertura estéril transparente e identificá-lo com a data da punção

- Desprezar materiais descartáveis no coletor de resíduo e as agulhas na caixa de perfuro cortante
- Registrar procedimento. O que colocar no registro? O local da punção, número de tentativas, número do jelco e a descrição e quantidade dos materiais utilizados, presença ou ausência de intercorrências

Atenção: a utilização da hipodermóclise deve estar em prescrição médica e os medicamentos prescritos compatíveis com a absorção por esta via.

Figura 12. Locais e volume de solução suportada em cada região



Fonte: SBGG¹⁶.

10. COLETA DE EXAME RT-PCR COVID-19

Materiais:

- Equipamentos de proteção individual: óculos, máscara PFF, luva de procedimento, gorro e avental
- Tubos de coleta RT-PCR COVID-19
- Swabs para coleta

Procedimento:

- Higienizar as mãos e colocar os EPIs
- Separar os materiais em uma bandeja previamente higienizada
- Identificar os tubos de coleta para RT-PCR COVID-19
- Solicitar ao paciente para assoar o nariz para reduzir o volume de muco nasal
- Posicionar o paciente com a cabeça levemente em extensão, preferencialmente, encostada em uma parede
- Introduzir o swab na primeira narina até a nasofaringe e realizar movimento rotatório
- Retirar o swab da primeira narina e introduzir na segunda narina realizando o mesmo procedimento
- Colocar imediatamente o swab no tubo de coleta e quebrar o excesso da haste do swab no local indicativo

10. COLETA DE EXAME RT-PCR COVID-19

Materiais:

- Equipamentos de proteção individual: óculos, máscara PFF, luva de procedimento, gorro e avental
- Tubos de coleta RT-PCR COVID-19
- Swabs para coleta

Procedimento:

- Higienizar as mãos e colocar os EPIs
- Separar os materiais em uma bandeja previamente higienizada
- Identificar os tubos de coleta para RT-PCR COVID-19
- Solicitar ao paciente para assoar o nariz para reduzir o volume de muco nasal
- Posicionar o paciente com a cabeça levemente em extensão, preferencialmente, encostada em uma parede
- Introduzir o swab na primeira narina até a nasofaringe e realizar movimento rotatório
- Retirar o swab da primeira narina e introduzir na segunda narina realizando o mesmo procedimento
- Colocar imediatamente o swab no tubo de coleta e quebrar o excesso da haste do swab no local indicativo

- Acondicionar o tubo na vertical na grelha de tubos de coleta e acondicionar a caixa de transporte ou no refrigerador destinado para este fim
- Higienizar a bancada e bandeja
- Retirar os EPIs e registrar o procedimento

Atenção: Quando houver indicação médica de coleta de amostra da orofaringe, utilizar um novo swab.

11. CULTURA DE VIGILÂNCIA

Indicações:

- Pacientes admitidos na unidade com mais de 48 horas de internação em outro serviço de saúde e pacientes provenientes de homecare ou de instituição de longa permanência

Materiais:

- Par de luvas de procedimento
- Algodão embebido em álcool ou swab alcoólico
- Soro fisiológico 0,9% 10 mL
- Etiqueta de identificação
- Swabs de vigilância

Procedimentos:

- Reunir o material em bandeja higienizada e levá-lo ao leito do paciente
- Identificar o paciente corretamente e explicar ao paciente/acompanhante o procedimento
- Higienizar as mãos
- Realizar a desinfecção da ampola de SF 0,9% com algodão embebido em álcool e abrir a ampola de SF 0,9%
- Calçar as luvas de procedimento
- Retirar o swab de cultura do frasco de proteção e umedecer em solução salina
 - » Se for coletar swab retal - e posicionar o paciente em decúbito lateral e introduzir, cuidadosamente, 4 cm do swab na ampola retal, girar o swab sobre seu próprio eixo 360°, retirar o swab e acondicionar imediatamente no swab no frasco de proteção
 - » Se for coletar de swab nasal - Introduzir o swab umedecido em solução fisiológica a 0,9%, em uma das narinas e girar sobre seu próprio eixo 360°, retirar o swab e repetir a técnica na outra narina com o mesmo swab
- Desprezar luvas de procedimento e realizar higiene de mãos

- Identificar o frasco do swab corretamente e encaminhar o material para o laboratório
- Registrar o procedimento. O que colocar no registro? O local de coleta dos swabs e a descrição e quantidade dos materiais utilizados, presença ou ausência de intercorrências

12. REALIZAÇÃO DO ELETROCARDIOGRAMA

Materiais:

- Aparelho de Eletrocardiograma completo (braçadeiras, eletrodos ou peras)
- Bandeja
- Bolas de Algodão
- Solução alcoólica a 70%
- Biombo, se necessário
- Par de luvas de procedimento
- Aparelho de barbear
- Folha de papel milimetrado

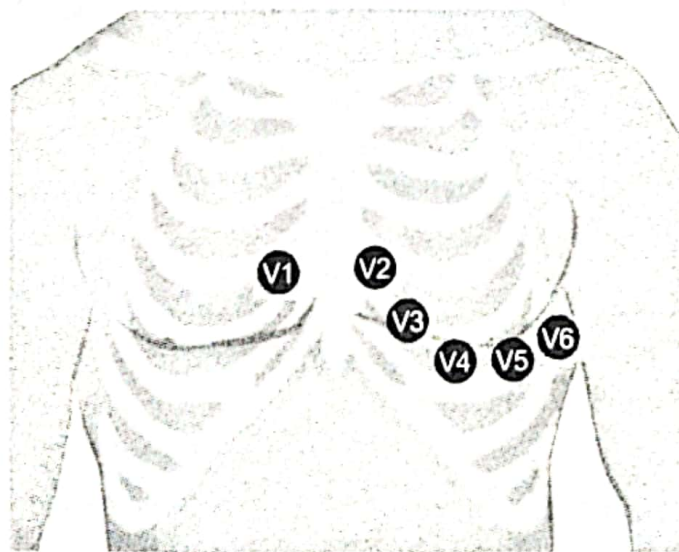
Procedimento:

- Verificar no pedido de ECG, o tipo de exame requisitado, se 12 derivações ou outra derivação específica
- Higienizar as mãos e reunir o material e próximo ao paciente

- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante e 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, certificando-se que o paciente não esteja em contato com alguma parte metálica no leito
- Abaixar a cabeceira da cama à 0°, exceto quando contraindicado
- Conectar o aparelho a rede elétrica conforme voltagem indicada pelo fabricante ou conectar ao computador com programa específico
- Expor o tórax e realizar a antisepsia da pele com a gaze umedecida com o álcool à 70%, na região precordial, nos locais onde serão acoplados os eletrodos
- Realizar a antisepsia da pele nas extremidades dos membros (na face interna e longe dos ossos) com gaze umedecida com álcool a 70%, nos locais onde serão acopladas as braçadeiras
- Evitar aplicar os eletrodos sobre saliências ósseas, locais peludos, áreas para compressão torácica

- Colocar eletrodos descartáveis ou peras na linha precordial (Figura 13)
 - » V1: 4º espaço intercostal à direita do esterno
 - » V2: 4º espaço intercostal à esquerda do esterno
 - » V3: 5º 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
 - » RA: braço direito (right arm)
 - » LA: braço esquerdo (left arm)
 - » RL: perna direita (right leg)
 - » LL: perna esquerda (left leg)

Figura 13. Posicionamento dos eletrodos precordiais para o exames de eletrocardiograma



Fonte: Saleh¹⁷.

- Conectar os cabos aos seus respectivos eletrodos ou peras e braçadeiras, conforme indicação presente nos mesmos. Pacientes com excesso de pelo no tórax, realizar tricotomia apenas no local de aderência dos eletrodos, solicitando autorização do paciente
- Ligar o aparelho e iniciar o ECG, seguindo as orientações do fabricante e solicitando ao paciente que permaneça imóvel
- 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
- Organizar o paciente e local
- Registrar procedimento em prontuário e comunicar a realização do exame a enfermeira ou médico

13. BANDEJA PARA SONDAGENS ORO/NASOGÁSTRICA E NASOENTÉRICA

Atenção: No âmbito da enfermagem, esse procedimento é exclusivamente realizado pelo enfermeiro, cabendo ao técnico de enfermagem auxiliá-lo na execução do procedimento e preparo do material, conforme Resolução COFEN n. 619/2019¹⁸.

Materiais para bandeja de sondagem oro/nasogástrica e nasoentérica:

- Sonda Dobbhoff (o calibre deve ser definido pelo enfermeiro)
- Tubo de xilocaína em gel
- Par de luvas de procedimento
- Pacote de gaze
- Seringa de 20 mL
- Estetoscópio
- Papel toalha
- Adesivo microporoso, esparadrapo ou adesivo para fixação de sonda nasal

Procedimento do técnico de enfermagem:

- Dispor todos os materiais em uma bandeja previamente higienizada com álcool 70%
- Auxiliar o enfermeiro caso seja solicitado

Observação: Em caso de sondagem gástrica sob aspiração, substituir a sonda Dobbhoff por sonda de PVC curta e adicionar um frasco para aspiração.

14. CUIDADOS PARA MANUTENÇÃO DE SONDAS NASO/ROENTERAL E GÁSTRICA

- Avaliar o posicionamento da sonda antes da administração da dieta

- Realizar a lavagem da sonda após a alimentação e administração de medicamentos com cerca de 20 mL de água filtrada
- Registrar desconfortos abdominais e vômitos apresentados e comunicar a enfermeira
- Pausar a dieta sempre que for realizar o banho no leito ou posicionamento que altere a cabeceira do paciente para zero grau

15. BANDEJA PARA SONDAGEM VESICAL DE DEMORA

Atenção: No âmbito da enfermagem, esse procedimento é exclusivamente realizado pelo enfermeiro, cabendo ao técnico de enfermagem preparação do material e do ambiente necessário para a execução do cateterismo vesical de alívio e de demora, cabendo a este abrir o material, posicionar o paciente, dar destino ao material utilizado e encaminhar para laboratório material coletado para exames, conforme Resolução COFEN 450/2013¹⁹.

Materiais para bandeja de sondagem vesical:

- Sonda vesical de demora (o calibre deve ser definido pelo enfermeiro)
- Tubo de xilocaína em gel
- Par de luvas de procedimento e par de luvas estéreis

- Pacote de gaze estéril
- Seringa de 20 mL
- Soro fisiológico 0,9% 10 mL
- Clorexidina degermante e clorexidina aquosa 0,2%
- Bolsa coletora
- Cuba rim estéril
- Adesivo microporoso, esparadrapo ou adesivo para fixação de sonda vesical

Procedimento do técnico de enfermagem

- Dispor todos os materiais em uma bandeja previamente higienizada com álcool 70%
- Auxiliar o enfermeiro durante o procedimento

16. CUIDADOS PARA MANUTENÇÃO DE SONDA VESICAL DE DEMORA

- Manter a fixação da sonda na face lateral interna da coxa para evitar tração
- Manter bolsa coletora sempre abaixo do nível da pelve do paciente ou fixada na lateral da cama
- Desprezar a bolsa coletora sempre que alcançar 2/3 da sua capacidade de volume
- Avaliar presença de secreção na inserção da sonda sempre que for realizar banho no leito ou higiene íntima

- Verificar a integridade do sistema de drenagem de diurese e sinalizar em caso de alteração identificada

17. MANUSEIO DE BOMBA DE INFUSÃO

Materiais:

- 01 bomba de infusão volumétrica
- 01 suporte para bomba
- 01 equipo próprio para bomba
- Solução prescrita a ser infundida

Procedimento:

- Higienizar as mãos e reunir o material necessário posicionando-o ao lado do leito
- Fixar a bomba de forma segura no suporte de soro de modo a proporcionar boa visualização para a equipe
- Conectar o cabo de força à rede elétrica
- Proceder o preenchimento do equipo conforme:
 - » Fechar a pinça rolete do equipo
 - » Pressionar manualmente a microcâmara até que seja preenchida pela metade com a solução a ser infundida
 - » Abrir a pinça rolete e preencher todo o equipo com a solução a ser infundida tendo o cuidado para que não entre ar. Se entrar ar o mesmo deve ser retirado

- Fechar a pinça rolete do equipo e colocar a solução pendurada no suporte de soro
- Pressionar a trava do CLAMP corta-fluxo até ouvir o "clic" e abrir a porta da bomba, puxando-a pela trava
- Inserir o conector no canal de entrada da bomba
- Inserir o CLAMP corta fluxo no local indicado na bomba
- Conectar o sensor de bolhas de ar, fixando o equipo no canal de saída da bomba
- Fechar a porta da bomba elevando a trava da mesma, empurrando-a firmemente na direção do equipamento
- Abrir a pinça rolete e ligar a bomba
- Iniciar a programação via teclado e programar a bomba de acordo com a prescrição médica
- Realizar a checagem na prescrição médica

18. OXIGENOTERAPIA VIA CATETER NASAL E MÁSCARA FACIAL

Materiais:

- Luvas de procedimento
- Fonte de oxigênio e fluxômetro O₂

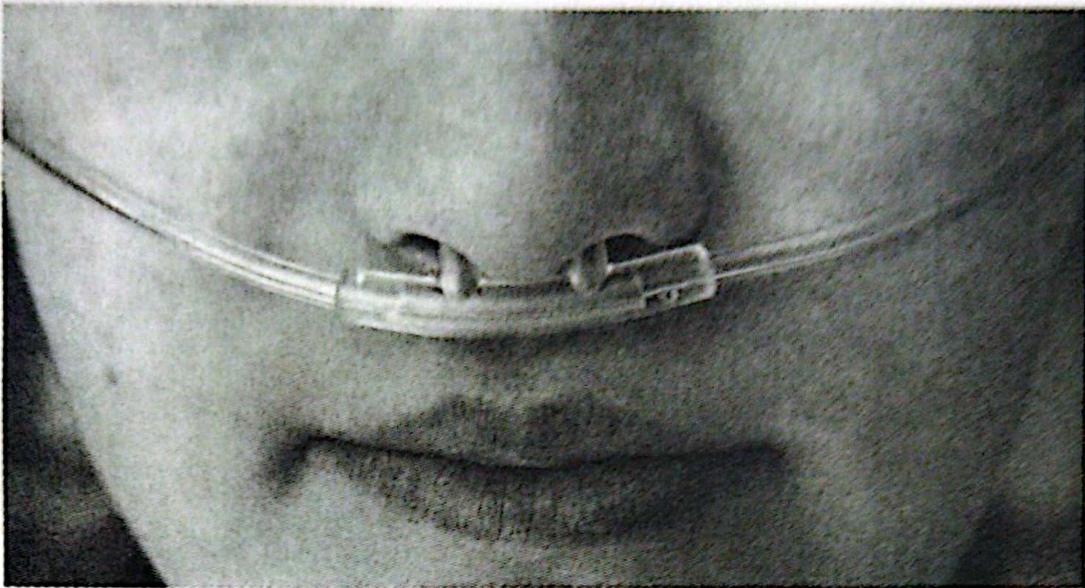
- Conferir na prescrição médica a interface do sistema de baixo fluxo de oxigênio prescrita (sistema de baixo fluxo: cateter nasal tipo óculos ou cateter intranasal; máscara facial; máscara com reservatório)
- Umidificador
- Extensão de látex e/ou traqueia
- Frasco de água destilada de 100 mL

Procedimento:

- Higienizar as mãos
- Conferir a prescrição médica e preparar o material
- Calçar as luvas de procedimento
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o cuidado que será realizado
- Conectar o fluxômetro na saída de oxigênio e conectá-lo ao umidificador
- Preencher o umidificador com a água destilada estéril, observando o nível entre o mínimo e o máximo de sua capacidade
- Conectar o sistema de baixo fluxo escolhido à extensão de látex e este ao umidificador ou à traqueia de conexão
- Auxiliar o paciente a se posicionar ou posicioná-lo sentado com a cabeceira elevada em semiFowler

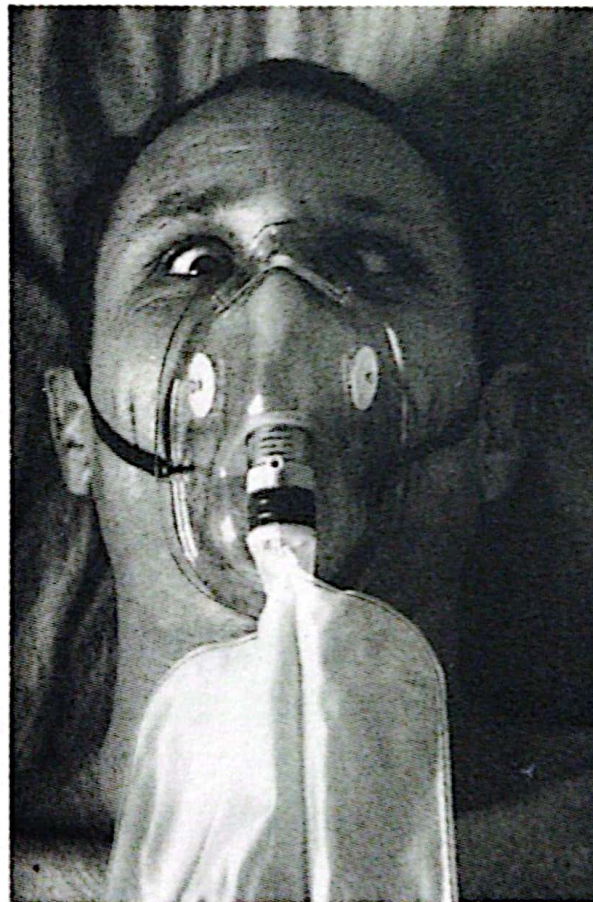
- Acoplar o sistema de baixo fluxo no paciente posicionado de acordo com cada dispositivo
 - » Se cateter nasal tipo óculos ajustá-lo acima e atrás de cada orelha e abaixo da região mentoniana de maneira confortável
 - » Se cânula nasal deve-se introduzir na cavidade nasal (distância: comprimento entre o nariz e o lóbulo da orelha) e fixá-la com auxílio de esparadrapo ou micropore na face do paciente
 - » Se máscara facial simples ou com reservatório ajustá-la a face do paciente de forma a cobrir boca e nariz garantindo uma boa vedação, passando a faixa elástica em torno da cabeça para prender a máscara firmemente, mas de maneira confortável
 - » Abrir a válvula do fluxômetro de modo que regule o fluxo de oxigênio em litros por minuto, de acordo com a prescrição médica ou oximetria de pulso
 - » Observar o paciente por alguns minutos logo após a instalação da oxigenoterapia e observar a coloração da pele do cliente, verificar a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e a saturação de oxigênio
 - » Organizar o leito do paciente, retirar as luvas e higienizar as mãos
 - » Realizar a anotação de enfermagem

Figura 14. Cateter nasal



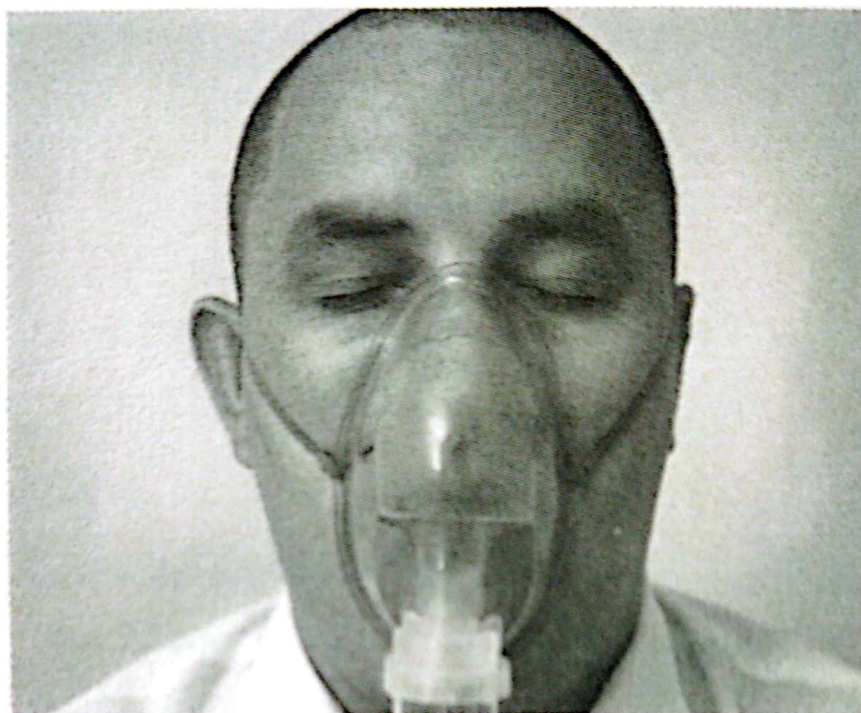
Fonte: sfam_photo/Shutterstock.com²⁰

Figura 15. Máscara com reservatório



Fonte: Lady_Luck/Shutterstock.com²¹

Figura 16. Máscara facial



Fonte: berkut/Shutterstock.com²²

19. AEROSOLTERAPIA

Materiais:

- Kit de micronebulização completo (máscara, copo, extensor)
- Rede de gases (Oxigênio e/ou ar comprimido) ou compressor de ar portátil
- Fluxômetro (oxigênio e/ou ar comprimido)
- Água destilada ou Solução Fisiológica 0,9% (frasco/ampola), na quantidade prescrita (5,0 mL a 10,0 mL)

Procedimento:

- Higienizar as mãos

- Realizar a aferição da frequência cardíaca, em caso de uso de broncodilatadores e, registrar em prontuário (antes e após o procedimento)
- Posicionar o paciente de forma confortável em posição sentado ou em semi-fowler
- Verificar solução prescrita na prescrição médica
- Reunir a máscara de nebulização, soro fisiológico e broncodilatador, se prescrito
- Preparar a solução a ser administrada
- Montar e acoplar o kit de micronebulização ao fluxômetro, regulando o fluxo entre 4l/min. e 8l/min (verificar na prescrição se será fluxo de oxigênio ou ar comprimido)
- Orientar o paciente quanto ao procedimento e enfatizar, que o mesmo deve respirar lenta e profundamente pela boca até o término da medicação
- Manter observação da expansão do tórax para verificar se o paciente está respirando profundamente
- Ao término realizar e registrar ausculta pulmonar e avaliação da frequência cardíaca após o procedimento
- Desacoplar e proceder a limpeza do material após cada uso, respeitar o tempo de troca institucional do equipamento e acondicionar em embalagem plástica
- Registrar a resposta a aerosolterapia incluindo características das secreções eliminadas, se for o caso

20. MATERIAIS PARA INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL

Quando houver necessidade indicada de intubação endotraqueal, os materiais devem ser dispostos na bandeja do carrinho de emergência ou próximo ao mesmo.

- Laringoscópio testado
- Lâmina do laringoscópio (o número deve ser consultado ao médico)
- Cânula de intubação adequada (o número deve ser consultado ao médico)
- Fio guia estéril
- Material de aspiração montado (frasco de aspiração, mangueira extensora e sonda de aspiração nº 12 ou 14)
- Seringa de 20 mL para insuflar o cuff
- Fonte de oxigênio (AMBU)
- Material de fixação da cânula (esparadrapo ou adesivo especial para fixação de tubo)
- Estetoscópio
- Drogas a serem usadas no procedimento

21. APLICAÇÃO DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW COM AVALIAÇÃO PUPILAR

A partir de 2018 a Escala de Coma de Glasgow passou a conter a avaliação pupilar. Dessa forma, após dar a pontuação aos parâmetros de abertura ocular, resposta verbal e resposta motora deve

somar estes valores e em seguida subtrair pelo valor da pontuação dado a reação pupilar avaliação pupilar, obtendo assim o valor final da ECG.

Quadro 1. Escala de Coma de Glasgow com Avaliação Pupilar

ESCALA DE COMA DE GLASGOW COM AVALIAÇÃO PUPILAR		
PARÂMETRO	RESPOSTA	PONTOS
ABERTURA OCULAR	Espontâneo	4
	Ao comando verbal	3
	Pressão de abertura dos olhos	2
	Nenhuma	1
	NT	NT
RESPOSTA VERBAL	Orientado e conversando	5
	Desorientado	4
	Palavras	3
	Sons	2
	Nenhuma	1
	NT	NT
RESPOSTA MOTORA	Ao comando	6
	Localiza dor	5
	Flexão Normal	4
	Flexão Anormal	3
	Extensão	2
	Nenhuma	1
	NT	NT
AVALIAÇÃO PUPILAR		PONTOS
Inexistente	Nenhuma pupila reage ao estímulo de luz	2
Parcial	Apenas uma pupila reage ao estímulo de luz	1
Completa	As duas pupilas reagem ao estímulo de luz	0
Calcular ECG-P: valor da ECG - (subtrair) o valor avaliação pupilar = valor da escala		
Pontuação mínima: 01		Pontuação máxima: 15

Fonte: ACS²³.

22. APLICAÇÃO DA ESCALA DE MORSE ADAPTADA

Esta escala é utilizada para avaliar o grau do risco de queda do paciente. Quando risco for moderado ou elevado, as grades laterais da cama devem ser mantidas elevadas, o paciente precisa de auxílio contínuo em caso de saída do leito e sempre que for garantido o direito a acompanhante, este deve ser orientado como evitar quedas no seu familiar. Esta escala é utilizada para o adulto e idoso.

Quadro 2. Escala de Morse adaptada

CATEGORIA	ESCORE	
Histórico de queda recente	Sim	0
	Não	25
Diagnóstico secundário	Sim	0
	Não	15
Auxílio para deambular	Nenhum/ acamado/ auxílio de profissional de saúde	0
	Muletas/bengala/andador	15
	Mobiliário / Parede	30
Terapia Endovenosa / Dispositivo Endovenoso Salinizado ou Heparinizado	Sim	0
	Não	20

continua

Quadro 2. Escala de Morse adaptada (continuação)

CATEGORIA	ESCORE	
Marcha	Normal /Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas	0
	Fraca	10
	Comprometida / Cambaleante	20
Estado Mental	Orientado/ capaz quanto a sua capacidade / limitação	0
	Superestima capacidade / Esquece limitações	15
Risco baixo	0-24	
Risco moderado	25-44	
Risco elevado	>45	

Fonte: Urbanetto *et al.*²⁴

23. APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA NO ADULTO

As escalas de deterioração clínica são utilizadas para apoiar o profissional a identificar o paciente que pode estar apresentando uma piora clínica. Cada parâmetro fisiológico deve ser aferido e depois pontuado conforme o intervalo em que ele se encontra.

A escala de MEWS deve ser utilizado quando não é possível avaliar a saturação de oxigênio.

Quadro 3. Escala de MEWS (Modified Early Warning Score)

ESCALA DE MEWS							
Pontuação							
Parâmetros fisiológicos	3	2	1	0	1	2	3
Pressão sistólica (mmHg)	≤ 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200	
Frequência cardíaca (bpm)		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	> 129
Frequência respiratória (irpm)		≤ 8		9-14	15-20	21-29	> 29
Temperatura (°C)		≤ 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.5	≥ 38.6	
Nível de consciência				Alerta	Responde a voz	Responde a dor	Não responsivo
Observação: Escores de MEWS ≥ 4: acionamento do médico imediatamente para avaliação. Escores MEWS 3: aferição dos sinais vitais de 2/2 horas. Se persistência do escore, comunicar a enfermeira e registrar o escore e a conduta em prontuário. Escores 0, 1 e 2: manter aferição de sinais vitais a cada 6 horas e registrar em prontuário.							

Fonte: Montenegro e Miranda²⁵.

Quadro 4. Escala de NEWS (*National Early Warning Score*)

ESCALA DE NEWS							
Pontuação							
Parâmetros fisiológicos	3	2	1	0	1	2	3
Frequência respiratória (irpm)	≤ 8		9-11	12-20	-	21-24	≥ 25
Saturação de oxigênio	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96	-		
Oxigênio suplementar		Sim		Não	-		
Frequência cardíaca (bpm)	≤ 40		41-50	51-90	91-100	111-130	≥ 131
Pressão sistólica (mmHg)	≤ 90	91-100	101-110	111-219			
Temperatura (°C)	≤ 35		35.1-36	36.1-38	38.1-39	≥ 39	
Nível de consciência				Alerta			Responde a voz, dor ou não responde
Observação: Escore NEWS ≥ 7: acionar o médico imediatamente e consultá-lo sobre transferência para leito de atendimento a pacientes críticos. Escore NEWS ≥ 5: acionar o médico para avaliação do paciente. Escore NEWS entre 1 e 4: avaliação dos sinais vitais de 4 a 6 horas.							

Fonte: RCP²⁶.

24. PREPARO DO CORPO PÓS-MORTE

Materiais:

- Luvas de procedimento, máscara cirúrgica, gorro, óculos e avental
- Gaze e atadura crepe
- Esparadrapo
- Tesoura ou bisturi
- Sistema de aspiração montado, se necessário
- Pinça longa
- Etiqueta de identificação do corpo em 2 vias
- Coletor de resíduos comuns ou infectante, se for o caso
- Hamper
- Papel toalha
- Bacia com água e sabão
- Algodão Hidrófilo
- Fralda descartável
- Bandeja e Biombo
- Saco de óbito

Procedimento:

- Checar se o médico constatou o óbito por escrito e desligar todos os aparelhos e/ou

equipamentos que porventura estejam ligados ao paciente

- Higienizar as mãos e reunir os materiais necessários e encaminhá-los ao leito
- Preparar duas etiquetas de identificações constando: nome, registro, enfermaria, leito, data e hora do óbito e nome do responsável pelo preparo do corpo
- Calçar as luvas de procedimento
- Elevar a cabeceira do leito a 30° graus para evitar a mudança de coloração da face por acúmulo de sangue
- Remover todos os cateteres, drenos e cânulas
- Caso o paciente utilize prótese dentária retirar a mesma identificar e entregar a família devidamente protocolada
- Realizar tamponamento, com algodão, nos orifícios onde possa haver drenagem de líquidos
- Realizar curativos oclusivos em sites de punção, local de retirada de drenos e em feridas
- Higienizar o corpo caso haja necessidade
- Posicionar mãos, pés, pálpebras e queixo, utilizando atadura crepe
- Colocar primeira identificação no tórax do paciente
- Posicionar o corpo no saco de óbito
- Colocar a segunda identificação na parte externa do saco de óbito na altura do tórax

- Retirar as luvas e EPIs
- Higienizar as mãos
- Acionar responsável pelo morgue e auxiliar de transporte para retirada do corpo do setor
- Reunir e entregar os pertences e entregar a família, caso esteja presente
- Desprezar materiais descartáveis e solicitar higienização terminal do leito
- Realizar as anotações de enfermagem, constando todos os dados relacionados ao óbito e materiais utilizados



2. CUIDADOS DE HIGIENE CORPORAL E CONFORTO

1. TÉCNICA DE BANHO NO LEITO

Materiais:

- EPI: Luvas de procedimento (se necessário, óculos protetores, avental e máscara cirúrgica)
- Toalha
- Roupa de cama hospitalar (lençol, fronha, travessa)
- Bacia
- Álcool
- Sabão líquido
- Jarra com água morna
- Balde grande para coletar a água com resíduos
- Biombo, se não houver cortinas na unidade do(a) paciente
- *Hamper*
- Compressas de banho
- Fraldas e camisola

Procedimento:

- Fechar cortinas do leito ou colocar o biombo e informar procedimento para acompanhante e paciente. Se houver corrente de ar, fechar as janelas ou portas
- Higienizar as mãos, trazer material de banho e *hamper* para próximo do leito

- Calçar as luvas de procedimentos e os demais Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)
- Abaixar as grades do leito e retirar o excesso de roupa de cama
- Despejar a água do jarro na bacia e verificar a temperatura da água
- Umedecer a compressa de banho com água e higienizar a área dos olhos; em seguida utilizar sabonete líquido e higienizar o rosto, as orelhas e o pescoço do paciente
- Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passá-la na região ensaboada, removendo todos os resíduos da pele
- Enxugar o rosto do paciente
- Despejar a água da bacia no balde e enchê-la novamente com água limpa da jarra
- Retirar a camisola ou pijama do(a) paciente e cobrir o tórax com um lençol, expondo os membros superiores do(a) paciente
- Ensaboar um braço de cada vez com auxílio da compressa iniciando pelo pulso, até as axilas, enxaguar, secar e, em seguida, desprezar a água no balde
- Imergir as mãos do(a) cliente na bacia e lavar e secar as mãos
- Remover o lençol que está cobrindo o tórax e o abdome, dobrando-o até a região suprapúbica

- Higienizar o tórax e o abdome, iniciando pela região supraclavicular até a região suprapúbica, enxaguar, secar e desprezar a água no balde
- Proteger o tórax e abdome com um lençol limpo e seguir todos os passos da higienização dos membros superiores, para a higienização dos membros inferiores
- Forrar os pés da cama com a toalha e colocar a bacia com água sobre ela
- Imergir os pés do cliente, esfregar, enxaguar e secar com a toalha
- Estender as pernas sobre o leito e cobri-las com o lençol
- Realizar a higiene íntima, enxaguar, secar e desprezar a água no balde e a compressa
- Subir a grade do leito e posicionar o cliente em decúbito lateral, com o dorso voltado para o lado do(a) profissional; estender a toalha sobre o lençol na região dorsal do(a) cliente, desde o ombro até o quadril. Em caso de paciente crítico(a) é necessário o auxílio de outro(a) profissional para proteção do(a) paciente e dispositivos
- Higienizar a região posterior do pescoço e o dorso até a região glútea com uma nova compressa de banho
- Secar a região com a toalha desprezando-a no *hamper*
- Cobrir o(a) cliente com o lençol

- Trocar roupa de cama e colocar a suja no *hamper*
- Colocar fraldas (se necessário) e a camisola ou pijama (limpos) do(a) cliente
- Pentear os cabelos do(a) paciente
- Utilizar desodorante, perfumes e hidratante corporal conforme política da instituição
- Levantar grades
- Recompôr a unidade e deixar o(a) cliente em posição segura e confortável
- Recolher, guardar e dar destino adequado aos materiais e desprezar os materiais descartáveis no coletor de resíduos
- Retirar luvas e higienizar as mãos
- Proceder as anotações de enfermagem, constando as condições gerais do cliente, presença de lesões, ou de sinais sugestivos de úlcera por pressão, cuidados prestados e ocorrências adversas e as medidas tomadas

2. TÉCNICA PARA LAVAGEM DOS CABELOS

Materiais:

- Dois jarros de água morna
- Bacia
- Shampoo

- Impermeável plástico
- Toalha de banho
- Biombo (se necessário)
- Algodão
- Luvas de procedimento

Procedimento:

- Reunir o material colocando-o sobre a mesa de cabeceira e o balde sobre a cadeira ou escada
- Fechar as portas e janelas para evitar corrente de ar e colocar biombo, se necessário e explicar o que será feito, ao paciente
- Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal, forrando a cabeceira com impermeável e toalha
- Ocluir os ouvidos do paciente com bolas de algodão para evitar entrada de água
- Posicionar bacia sob a cabeça, segurando a nuca com uma das mãos e, com a outra, proceder à lavagem, molhando, ensaboando e friccionando bem o cabelo e o couro cabeludo
- Enxaguar até remover todo resíduo do shampoo, despejando a água do jarro delicadamente sobre a cabeça. Desprezar a água da bacia no balde e repetir o

procedimento, sempre que for necessário, até a retirada de toda sujidade

- Escorrer bem a água do cabelo, retirar a bacia, e secar bem o cabelo do paciente
- Pentear o cabelo e deixar o paciente confortável no leito
- Manter a unidade em ordem
- Retirar as luvas e higienizar as mãos
- Realizar a anotação do procedimento

3. HIGIENE ORAL DO PACIENTE ACAMADO E DO PACIENTE CRÍTICO

Materiais:

- Bacia ou cuba rim
- Toalha de rosto
- Escova de dentes e creme dental (utilizar sempre que possível) ou pacote de higiene oral com gluconato de clorexidina aquoso a 0,12%
- Hidratantes/lubrificantes labiais ou ácido graxo essencial
- Luvas de procedimento

Procedimento:

- Reunir os materiais na bandeja ou mesa de cabeceira do paciente e higienizar as mãos
- Explicar ao paciente e/ou familiar o procedimento a ser realizado

- Calçar luvas
- Colocar o paciente em posição confortável, com a cabeceira elevada. Em caso de pacientes inconscientes, posicioná-lo em decúbito lateral
- Colocar a toalha na parte superior do tórax e pescoço do paciente
- Proceder a limpeza de toda a boca do paciente usando o material próprio (pasta e escova de dentes) ou espátula envolta em gazes embebidas em gluconato de clorexidina alcoólico 0,12%, realizando movimento unidirecionais e suaves
- Utilizar bacia ou cuba rim para o paciente "bochechar", se possível
- Realizar ao final a limpeza da língua e enxugar os lábios com a toalha
- Lubrificar os lábios com ácido graxo essencial ou lubrificante disponível, para prevenção rachaduras
- Encaminhar o material utilizado para o expurgo
- Retirar e desprezar as luvas de procedimento
- Higienizar as mãos
- Anotar no prontuário o procedimento realizado. O que anotar? As características da cavidade oral e/ou anormalidades detectadas, a exemplo de lesões de mucosa, halitoses, dentre outras

- É recomendável a realização da higiene oral dos pacientes três vezes ao dia: tarde, noite e manhã, salvo casos especiais (como de pacientes transplantados que seguem prescrição médica). Em pacientes com alteração do nível de consciência e que não conseguem fazer o movimento de bochecho ou cuspir, deve ser utilizar o sistema de aspiração durante o procedimento de higienização

4. HIGIENE ÍNTIMA E TROCA DE FRALDA

Materiais:

- EPI: óculos protetores, avental, máscara cirúrgica e luvas de procedimentos
- Bandeja, jarra e comadre
- Toalha de banho
- Biombo
- Lençol
- Sabonete líquido ou solução degermante antisséptico

Procedimento:

- Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao(à) cliente e/ou ao(à) familiar, obter o seu consentimento
- Higienizar as mãos, reunir os materiais e encaminhá-los ao leito do(a) paciente

- Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira e o balde sobre a escadinha
- Preservar a privacidade do(a) paciente, protegendo o leito com biombo
- Abaixar as grades do leito
- Colocar os EPIs
- Colocar o impermeável coberto com a toalha, transversalmente à cama, sob as nádegas do paciente
- Colocar o lençol dobrado sobre o abdome do paciente com uma das pontas cobrindo a genitália
- Retirar a calça do pijama, a roupa íntima e abrir a fralda descartável
- Remover as fezes ou secreções com o papel higiênico ou com a compressa úmida com água, desprezando-os no coletor de resíduo
- Retirar a fralda e colocar a comadre sob as nádegas
- Dobrar as pernas e afastar os joelhos
- Expor a região genital e com a mão dominante e despejar a água morna sobre a genitália até as raízes das coxas
- Umedecer a compressa com água e solução degermante

No paciente do sexo masculino:

- » Segurar o pênis perpendicularmente ao corpo com a mão não dominante, tracionando o prepúcio

- » Realizar a higiene do meato uretral e da glândula em movimentos circulares e a do corpo do pênis em sentido único até a sua inserção
- » Fazer a higiene da bolsa escrotal e da região perianal no sentido anteroposterior

No paciente sexo feminino:

- » Higienizar a região dos grandes lábios, seguida dos pequenos lábios e do sulco interlabial, em sentido anteroposterior e em movimentos únicos
- » Realizar a higiene do meato uretral em movimento circular
- » Proceder à higiene da região perineal no sentido anteroposterior até a região perianal
- » Desprezar a compressa utilizada no recipiente de descarte

Finalizando o procedimento (masculino ou feminino):

- Enxaguar com a água restante da jarra
- Enxugar com a toalha seca toda região genital
- Desprezar a toalha no *hamper*
- Passar creme/pomada de proteção cutânea na região inguinal, genitália e perianal, se necessário
- Colocar a fralda descartável ou a roupa íntima

- Recolher os materiais e desprezar materiais descartáveis no coletor de resíduo
- Desprezar a água da comadre no vaso sanitário situado no quarto do paciente, sem respingar
- Retirar os EPIs e organizar a unidade e o paciente, deixando-o em posição confortável, adequada e segura
- Higienizar as mãos e realizar às anotações de enfermagem, constando: o procedimento realizado, as características das fezes, os dados de inspeção da genitália e a presença de ocorrências adversas e as medidas tomadas



3. ALIMENTAÇÃO

1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA OFERTA DE ALIMENTAÇÃO POR VIA ORAL

Materiais:

- Mesa de cabeceira ou refeição
- Toalha de rosto ou papel toalha
- Talheres descartável
- Dieta prescrita

Procedimento:

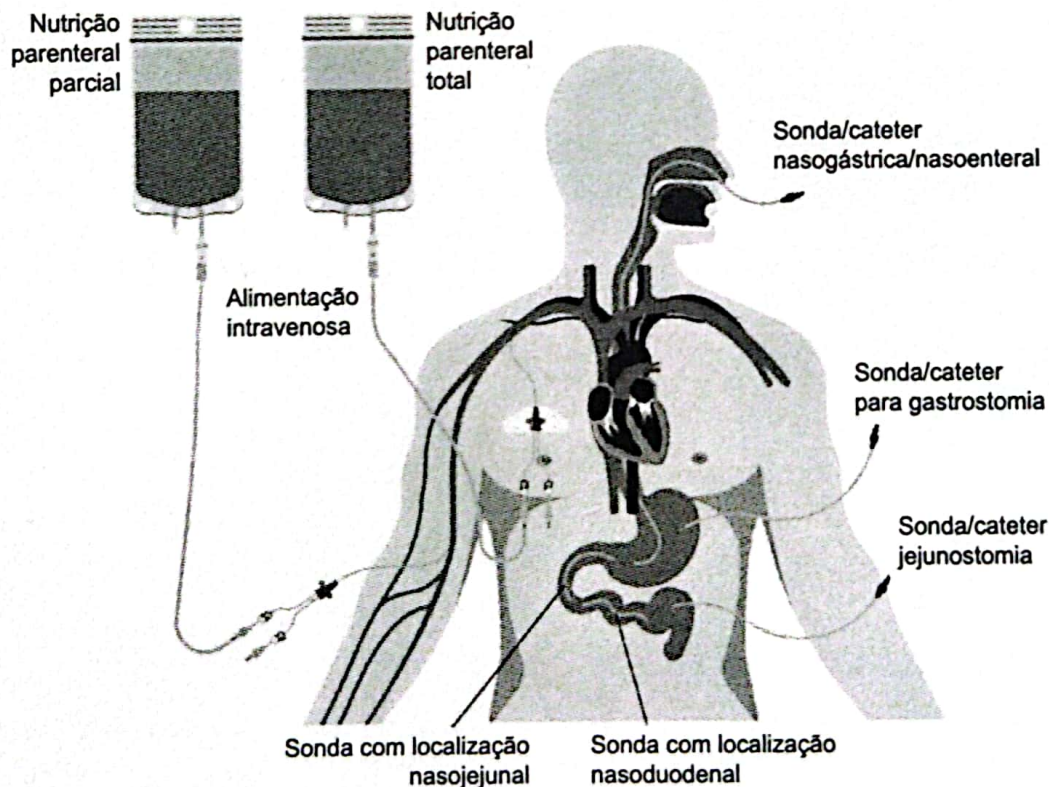
- Higienizar as mãos
- Identificar-se para o(a) paciente, explicar como será ofertada a dieta e informar os alimentos a serem ofertados
- Checar a identificação correta da dieta (tipo, nº do leito, nome do(a) cliente)
- Elevar o decúbito do cliente a 45°C
- Posicionar a bandeja com a dieta e a mesa de cabeceira próximo ao leito do(a) paciente
- Colocar a toalha de rosto ou papel toalha sobre o tórax do(a) cliente
- Proceder a oferta da alimentação do paciente, avaliando efetivamente a deglutição. A alimentação deve ser ofertada até a aceitação máxima do(a) paciente
- Deixar o(a) cliente confortável e realizar a higiene oral
- Manter o ambiente em ordem
- Realizar anotações de enfermagem. O que anotar? Volume de aceitação da dieta e deglutição

- Suspender a oferta da dieta imediatamente, se houver engasgo, tosse persistente ou dificuldade de deglutição e sinalizar a enfermeira e/ou fonoaudióloga

2. VIAS PARA ADMINISTRAÇÃO NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL

- Nutrição parenteral total – acesso venoso central
- Nutrição parenteral parcial – acesso venoso periférico
- Enteral – sonda naso/oroenteral, gastrostomia e jejunostomia

Figura 1. Vias para administração de nutrição enteral e parenteral

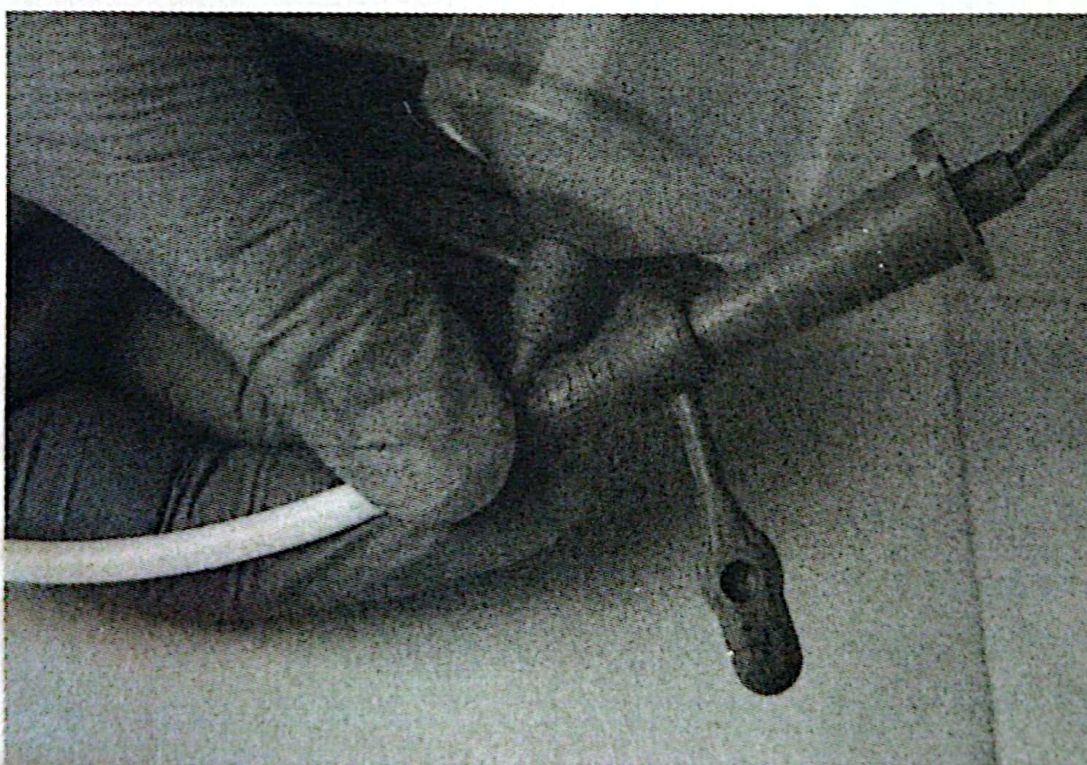
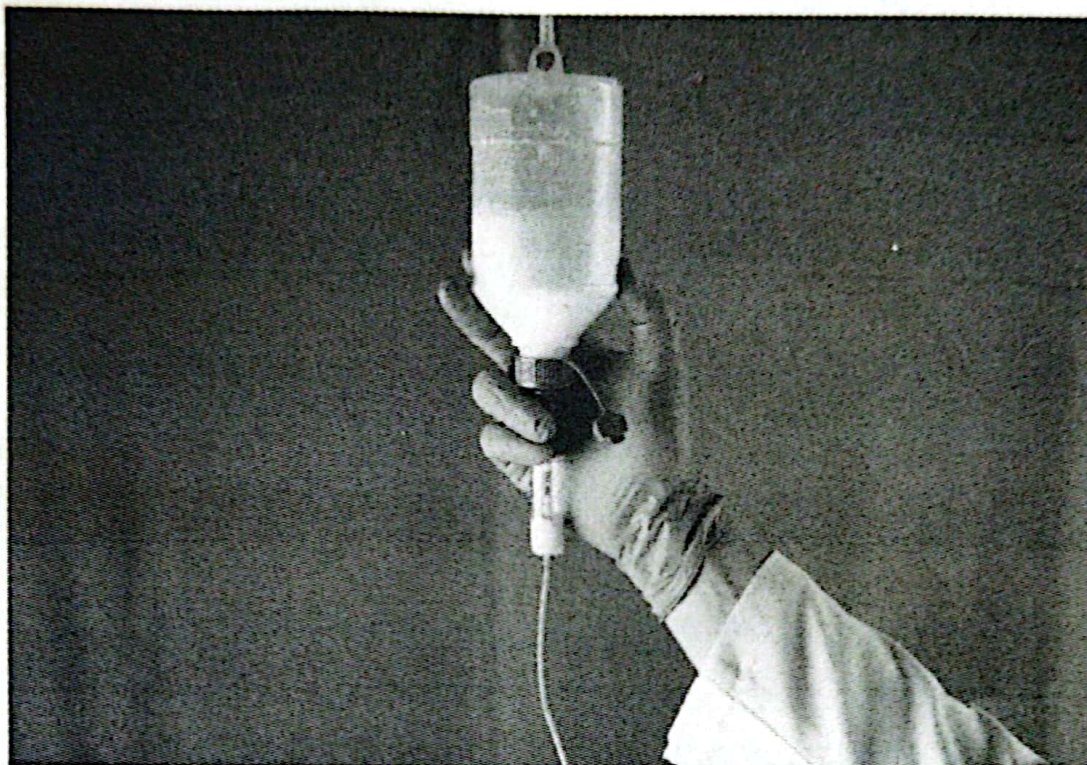


Fonte: Pepermppron/Shutterstock.com¹.

3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA INSTALAÇÃO DE DIETA ENTERAL EM CIRCUITO ABERTO

- Conferir no rótulo da dieta recebida o nome completo do(a) paciente, leito e tipo de dieta
- Reunir em uma bandeja a dieta e o equipo de dieta macrogotas e levar até a mesa de cabeceira do(a) paciente
- Conferir os dados do rótulo da dieta novamente com a pulseira de identificação
- Posicionar suporte de soro ao lado do leito do(a) paciente
- Encaixar o equipo de dieta macrogotas na dieta de modo que provoque o rompimento do lacre e de maneira asséptica
- Abrir a pinça rolete do equipo, preenchê-lo com dieta e fechar a pinça de rolete
- Conectar o equipo de dieta macrogotas na sonda nasoenteral do(a) paciente
- Abrir a pinça de rolete e controlar o gotejamento em gotas por minuto descrito no rótulo da dieta
- Colocar a data no equipo de dieta para orientar a troca
- Atenção: para segurança do(a) paciente, os equipos de dieta macrogotas são na coloração azul ou lilás. Sempre que finalizar o gotejamento da dieta, a sonda nasoenteral deverá ser lavada com 20 mL de água filtrada para evitar obstrução

**Figura 2. Instalação de dieta em sistema aberto
(por gravidade)**



Fonte: Jeniffer Fontan/Shutterstock.com^{2,3}.

4. SINAIS DE INTOLERÂNCIA OU RESÍDUO GÁSTRICO ELEVADO

Informações importantes:

- O resíduo gástrico elevado não deve ser justificativa única para suspensão da dieta enteral em pacientes críticos
- A monitorização deve seguir o protocolo institucional

Procedimento:

- Higienizar as mãos com sabão ou solução antisséptica
- Utilizar as medidas de precaução (padrão, contato, aerossol, gotícula) para acessar o leito
- Pausar a dieta por 30 minutos e lavar a sonda nasointestinal (SNE) com 20 mL de água
- Reunir material na mesa de cabeceira (cubarrim, água e seringa 20 mL)
- Conectar seringa de 20 mL na sonda enteral (após os 30 min de pausa) e aspirar conteúdo gástrico até cessar o retorno
- Acondicionar na cubarrim o volume coletado acima de 20 mL
- Devolver o resíduo gástrico aspirado contabilizando-o
- Realizar lavagem da SNE com 20 mL de água

- Retomar a dieta conforme volume residual gástrico
- Higienizar as mãos e anotar o procedimento realizado, assim como o volume aspirado

Para lembrar:

- Resíduo gástrico < 200 mL
 - » Manter ou retornar a dieta na vazão da prescrição nutricional ou instalar próxima dieta conforme programação
- Entre 200 mL e 500 mL
 - » Avaliar sinais de intolerância gastrointestinal, comunicar ao médico
 - » Administrar um agente procinético conforme prescrição médica
 - » Reduzir a vazão da dieta pela metade e retornar a infusão
 - » Reavaliar volume residual gástrico (VRG) após 6 horas. Se VRG menor que 200 mL, retomar a vazão inicial da dieta
- Resíduo gástrico > 500 mL
 - » Comunicar ao médico para avaliar a suspensão da dieta por seis horas
 - » Administrar procinéticos conforme prescrição médica
 - » Avaliar juntamente com médico plantonista/horizontalista a possibilidade de sonda gástrica sob aspiração

- » Reavaliar VRG após seis horas e retornar a dieta enteral se VRG menor que 200 mL com vazão inicial da dieta
- » Se apresentar um novo resíduo gástrico acima de 500 mL deve reduzir a vazão a 50% e manter o procinéticos
- » Se permanecer a acima de 500 mL, verificar o posicionamento da sonda pós-pilórica

5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM USO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL

Informações importantes:

- Existem dois tipos de nutrição parenteral
 - » Total - supre todas as necessidades nutricionais diárias e deve ser administrada por via intravenosa central
 - » Parcial - suplementa a ingestão oral e pode ser administrada por via intravenosa periférica
- A nutrição parenteral pode ser classificada como Medicamento de Alta Vigilância, ou seja, apresentam risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes quando há falhas no processo de utilização

Atenção: A instalação da nutrição parenteral é de competência técnica do(a) enfermeiro(a), conforme Resolução COFEN 453/2014⁴.

Cuidados do técnico de enfermagem:

- Garantir exclusividade do acesso para nutrição parenteral, dessa forma não deve administrar medicamentos e soluções na mesma via utilizada para nutrição enteral
- Garantir que não serão realizadas pausas na bomba de infusão utilizada para a nutrição parenteral
- Comunicar ao(à) enfermeiro(a) qualquer intercorrência relacionada com a nutrição parenteral



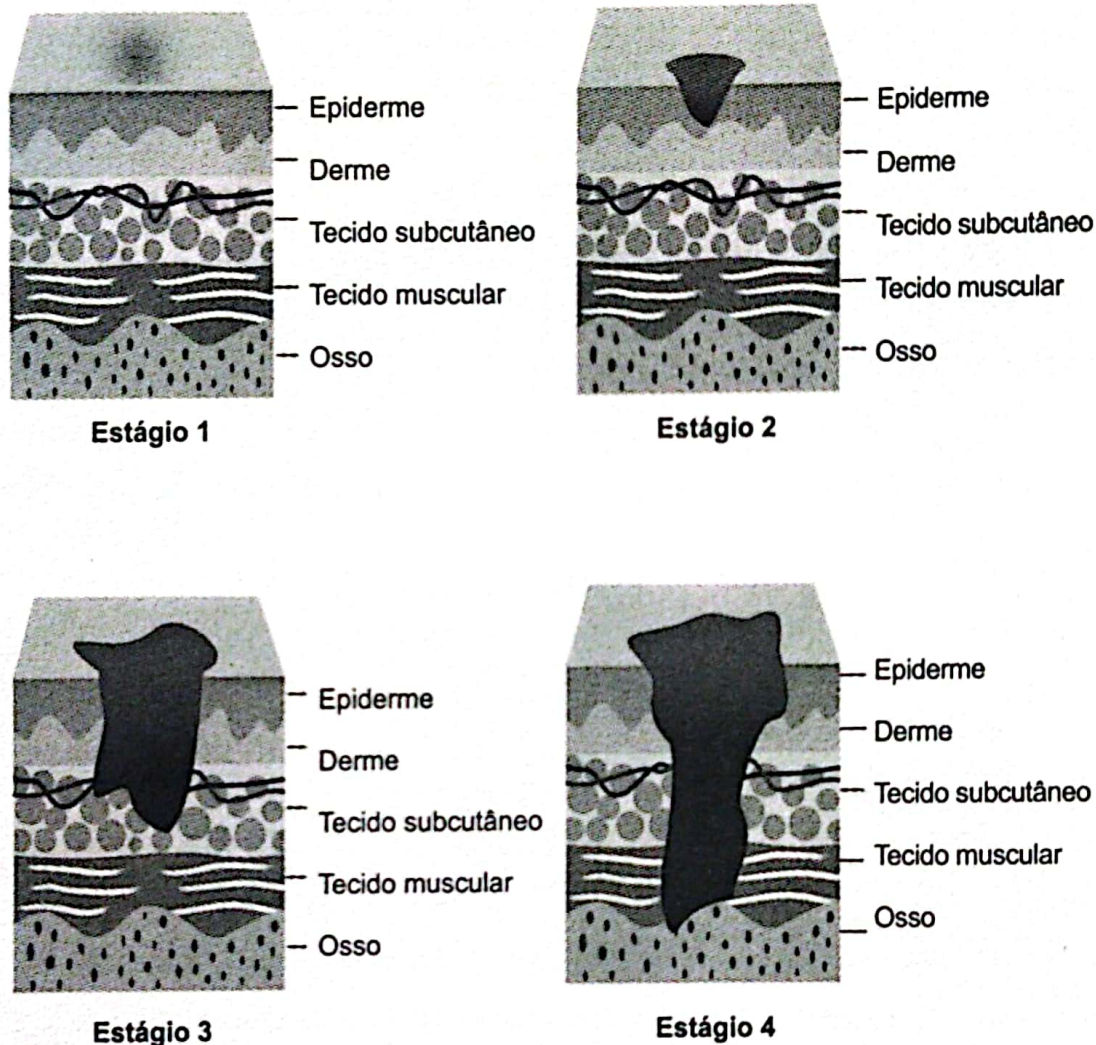
4. FERIDAS, CURATIVOS E CUIDADOS COM A PELE

1. PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Medidas para prevenção:

- Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas
- Realizar descompressão de proeminência óssea, a cada 2 horas quando a mudança de decúbito for contraindicada por instabilidade hemodinâmica do paciente
- Manter lençóis esticados
- Realizar trocas de fraldas periódicas, evitando acúmulo de umidade
- Proteger extremidades que apresentem edema
- Evitar usar curativos adesivos em pele com fragilidade e edema
- Evitar pressão ou tração de dispositivos sobre a pele
- Comunicar a enfermeira sempre que identificar área com hiperemia fixa
- Instalação de colchão pneumático quando prescrito

Figura 1. Estágios da Lesão por Pressão



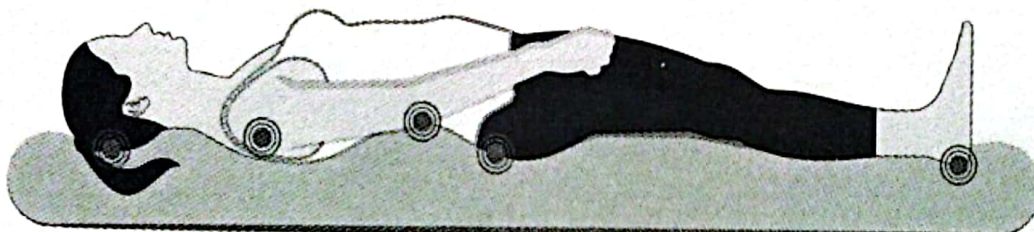
Fonte: Mathinee srichomthong/Shutterstock.com¹.

2. ÁREAS DE PRESSÃO EM PACIENTES ACAMADOS/CRÍTICOS

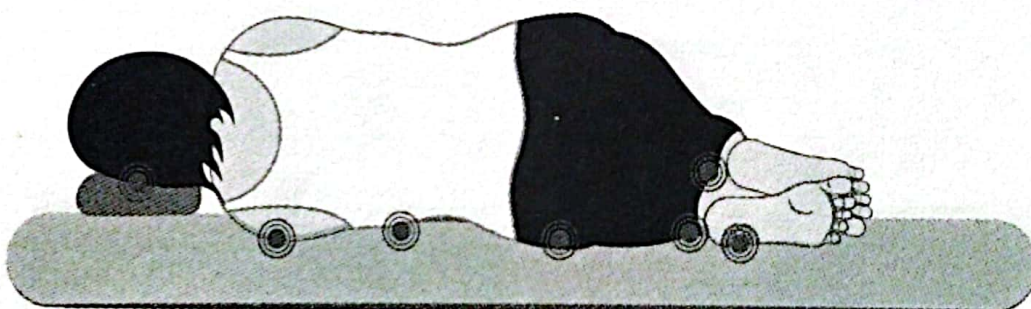
- Identificar as áreas de maior risco de lesão por pressão contribui para a realização da descompressão. Dessa forma, coxins e almofadas de descompressão devem ser utilizados para elevar ou reduzir a pressão da pele sobre o colchão

Figura 2. Áreas de maior risco para lesão por pressão em pacientes acamados

Decúbito dorsal



Decúbito lateral



Fonte: Pepermppron/Shutterstock.com².

3. TÉCNICA PARA REALIZAÇÃO DE CURATIVOS E TROCA DE COBERTURA SECUNDÁRIA

Conforme Resolução COFEN n. 567/2018, ao técnico de enfermagem compete a realização de curativos sob prescrição e supervisão do enfermeiro, bem como auxiliar as enfermeiras nos curativos quando solicitado.

Materiais:

- Soluções e coberturas de acordo com a prescrição da enfermeira ou comissão de pele
- Cuba rim
- Fita adesiva microporosa e tesoura para corte da fita adesiva
- Atadura, se necessário
- Luvas de procedimentos
- Luvas estéreis
- Gaze estéril e compressa cirúrgica, se necessário
- Bandeja/pacote de curativo (1 Pinça Kocher, 1 Pinça Kelly, 1 pinça dente de rato e 1 pinça anatômica)
- Solução Fisiológica (SF) a 0,9%
- Agulha 40 × 12, se necessário

Procedimento:

- Higienizar as mãos com água e sabão
- Reunir os materiais necessários e explicar para o paciente o procedimento
- Abrir o pacote de curativos sobre a mesa, obedecendo aos princípios de assepsia, colocar as pinças com as partes (haste) que serão manuseadas na parte de fora do campo estéril
- Dispor gazes estéreis sobre o campo estéril

- Calçar luvas estéreis (se disponível) ou luvas de procedimentos, atentando-se para não contaminar as extremidades das pinças que estarão apoiadas na área estéril
- Utilizar a pinça dente de rato e Kelly para remover o curativo anterior. A pinça Kelly deve estar envolta com gaze
- Perfurar a bolsa do SF 0,9% com a agulha e utilizar para auxiliar na retirada do curativo, se houver aderência
- Desprezar o curativo retirado no saco de lixo e as pinças dente de rato e kelly na cuba rim
- Inspeccionar cuidadosamente a ferida e o tecido adjacente
- Irrigar o leito da ferida com o SF 0,9% sob leve pressão para promover limpeza e retirada de debris
- Fazer dobradura da gaze com o auxílio das pinças Kocher e anatômica e umedecê-las com solução fisiológica
- Em caso de ferida limpa
 - » Limpá-la com movimento de dentro para fora
- Em caso de ferida infectada
 - » Limpá-la de fora para dentro
- Aplicar a solução e/ou cobertura indicada, de acordo com a tipologia da ferida e prescrição de enfermagem

- Aplicar a cobertura secundária, quando for o caso
- Fixar o curativo, com fita adesiva microporosa

Observação:

- A troca da cobertura secundária deverá ser realizada sempre que apresentar umidade visível ou sujidade
- A troca apenas da cobertura secundária pode ser realizada sem prejudicar a ação da cobertura primária
- Retirar delicadamente a fita adesiva hospitalar utilizada para fixar o curativo
- Retirar a cobertura secundária preservando a cobertura primária
- Realizar limpeza de sujidades visíveis na área peri-lesão com gaze umedecida
- Posicionar a cobertura secundária e fixar com fita adesiva hospitalar
- Registrar a troca da cobertura secundária em prontuário, incluindo os insumos utilizados

4. TÉCNICA PARA REALIZAÇÃO DE CURATIVOS DE ACESSOS CENTRAIS

Materiais:

- Clorexidina solução alcoólica ou álcool 70%
- Bandeja

- Fita adesiva microporosa e tesoura para corte da fita adesiva ou curativo transparente estéril (tipo Tegaderm®)
- Luvas de procedimentos
- Luvas estéreis
- Gaze estéril
- Bandeja/pacote de curativo (1 Pinça Kocher, 1 Pinça Kelly, 1 pinça dente de rato e 1 pinça anatômica)
- Cuba rim

Procedimento:

- Higienizar as mãos com água e sabão
- Reunir os materiais necessários e explicar para o paciente o procedimento
- Abrir o pacote de curativos sobre a mesa de cabeceira, obedecendo aos princípios de assepsia, colocar as pinças com as partes (haste) que serão manuseadas na parte de fora do campo estéril
- Dispor gazes estéreis sobre o campo estéril
- Calçar luvas estéreis (se disponível) ou luvas de procedimentos, atentando-se para não contaminar as extremidades das pinças que estarão apoiadas na área estéril
- Utilizar a pinça dente de rato para remover o curativo anterior. A pinça Kelly deve estar envolta com gaze
- Desprezar a cobertura em coletor de resíduos e dispor a pinça dente na cuba rim

- Realizar com a pinça Pean e auxílio da Kelly uma bonequinha/trouxinha com gaze estéril e umedecê-la com solução alcoólica ou clorexidina alcoólica
- Realizar a limpeza do sítio de inserção do cateter central utilizando movimento firme, unidirecional. Evitando que o mesmo lado da gaze toque duas vezes o sítio
- Observar se há secreção ou hiperemia no sítio de inserção do cateter central. Quando presente, sinalizar a enfermeira para proceder a avaliação antes de finalizar o curativo
- Repetir a limpeza trocando a gaze na área periférica ao sítio de inserção
- Realizar a cobertura com gaze e adesivo microporoso. É importante atentar-se para a proteger a pele da pressão excessiva do dispositivo de cateter venoso central. Em caso de curativo estéril transparente, fixá-lo evitando dobras
- Registrar a data da realização do curativo na parte superior da cobertura
- Desprezar materiais descartáveis em coletor de resíduo comum e deixar paciente e leito organizado
- Registrar a realização do curativo em prontuário, incluindo os insumos utilizados

Observação: são sinais locais no sítio de inserção de cateter central para infecção de corrente sanguínea: presença de secreção purulenta ou secreção não purulenta, vermelhidão pericater.

5. LIMPEZA DE TRAQUEOSTOMIA

Materiais para limpeza da traqueostomia:

- Equipamentos de Proteção Individual – EPIs (Luva de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção)
- Ampolas de água destilada e SF 0,9%
- Bandeja
- Cuba rim
- Bandeja/pacote de curativo (1 Pinça Kocher, 1 Pinça Kelly, 1 pinça dente de rato e 1 pinça anatômica)
- Pacotes de gaze estéril
- Coletor de resíduo comum
- Toalha de rosto ou papel toalha
- Cufômetro, se cânula plástica
- Sonda de aspiração, se cânula plástica
- Cadenço ou fixador de traqueostomia, se necessária a troca

Procedimentos de limpeza de traqueostomia:

- Higienizar as mãos com água e sabão
- Reunir o material em uma bandeja e levar até o leito do paciente, orientando-o sobre o procedimento
- Posicionar o paciente ou auxiliá-lo a ficar na posição de Fowler ou Semi Fowler

- Posicionar a toalha de rosto ou papel toalha sobre o tórax do paciente
- Utilizar os EPIs

Em caso de cânula plástica:

- » Verificar pressão do cuff com auxílio do cufômetro (manter entre 25 e 35 mmHg ou 20 e 30 cmH₂O)
- » Aspirar o paciente se necessário
- » Remover curativo antigo. A cânula plástica não deve ser removida!

Em caso de cânula metálica:

- » Destruar apenas a cânula interna/subcânula, removendo-a delicadamente e colocá-la submersa em cuba com água destilada ou SF 0,9% por alguns minutos
- Abrir o pacote de curativos com técnica aséptica e dispor as pinças com haste de manuseio para fora da área estéril do pacote
- Introduzir gazes umedecida com SF 0,9% na endocânula que está submersa na cuba, com auxílio da pinça do pacote de curativos, até que seja possível puxar a gaze na outra extremidade da endocânula
- Remover a gaze com auxílio também da pinça
- Realizar essa etapa quantas vezes forem necessárias para higienizar a cânula. A limpeza também pode ser realizada com cotonete estéril

- Secar a cânula com uma gaze com o auxílio de uma pinça
- Reintroduzir a endocânula na traqueostomia do paciente e girar para travá-la
- Trocar de luvas de procedimento e formar um chumaço de gaze com auxílio da pinça *pean*, embeber com solução fisiológica e proceder a limpeza ao redor do óstio/estoma
- Secar pele ao redor do estoma e posicionar gazes sobreposta entre a pele peri-óstio e a placa externa da cânula de traqueostomia ou utilizar curativo não adesivo tipo espuma (Allevyn®)
- Deixar o paciente em posição confortável
- Organizar o leito e desprezar os materiais descartáveis no coletor de resíduos
- Retirar as luvas e higienizar as mãos
- Realizar o registro do procedimento no prontuário do paciente, registrar o aspecto do estoma e da pele durante o procedimento

Observação: A utilização das gazes sobreposta entre a pele peri-óstio e a placa externa da cânula de traqueostomia ou utilizar curativo não adesivo tipo espuma permite a absorção e retenção de secreção do óstio da traqueostomia, além de proteger de lesões por dispositivos.

6. TROCA DE FIXAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA

- Higienizar as mãos, reunir o material na bandeja e levar até o leito do paciente
- Paramentar-se com EPI (luva de procedimento, máscara cirúrgica e óculos de proteção)
- Orientar o paciente e/ou familiar quanto ao procedimento
- Posicionar o paciente ou auxiliá-lo a ficar na posição de Fowler ou Semi Fowler
- Folgar o cadarço ou fixador de traqueostomia em uma das extremidades da placa externa de fixação e segurar ao mesmo tempo a cânula
- Introduzir a nova fixação/cadarço pelo orifício da placa de fixação da cânula e passar ao redor da nuca do paciente
- Retirar o outro lado da fixação/cadarço anterior e introduzir o novo cadarço no orifício e fixar o cadarço. Manter 1 cm de folga, evitando apertar
- Deixar o paciente em posição confortável e ambiente organizado
- Higienizar as mãos e realizar o registro do procedimento no prontuário

7. LIMPEZA E TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA

Materiais:

- EPIs (luvas de procedimento, avental descartável, touca e máscara descartável)
- Comadre
- Bandeja
- Bolsa coletora de uma ou duas peças com placa adesiva
- Escala de medida do estoma
- Pacotes de gazes
- Sabão líquido com pH neutro
- Pasta protetora de estoma, película protetora ou hidrocoloide em pó
- Copos descartáveis com água potável e outro para colocar o sabão líquido (somente utilizar soro fisiológico para limpeza de estomias, se o estoma estiver próximo a incisão cirúrgica recente)
- Pacote de curativo com tesoura
- Saco de lixo descartável
- Marcador permanente
- Impermeável

Procedimento:

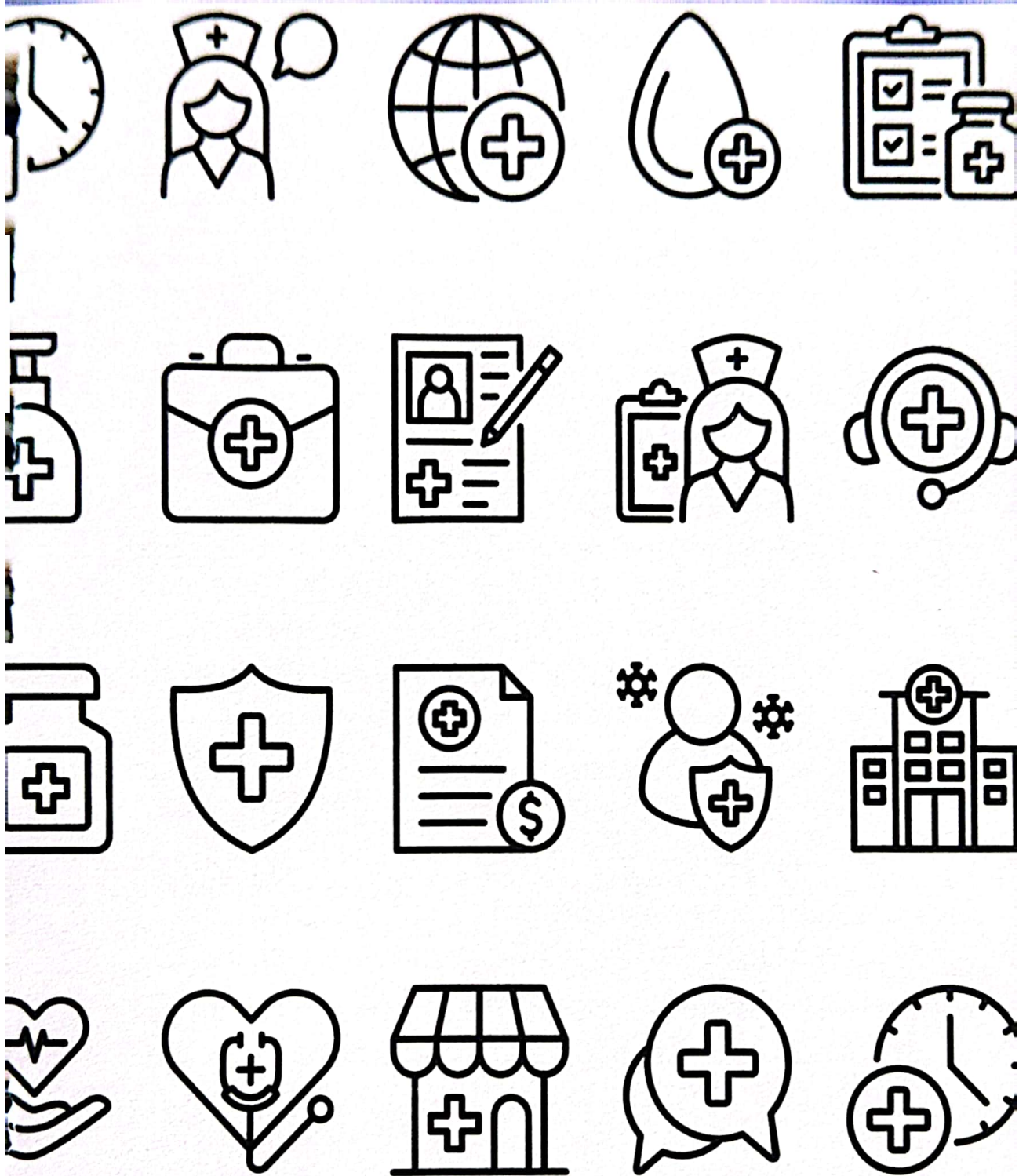
- Higienizar as mãos e reunir o material

- Explicar o procedimento ao paciente, sua finalidade, e esclarecer as dúvidas
- Paramentar-se com os EPIs e posicionar o paciente em um decúbito que o estoma seja facilmente visualizado e que mantenha o conforto do paciente
- Colocar o impermeável embaixo do paciente de modo que evite vazamentos na roupa de cama
- Retirar a placa e a bolsa anterior, com uma das mãos, segure a pele da barriga para mantê-la esticada e com a outra mão, descole lentamente a bolsa, atentando para não lesionar a pele adjacente
- Desprezar os efluentes na comadre, atentando para as características das fezes
- Observar os aspectos gerais do estoma, cor, forma, tamanho, protrusão
- Fazer um chumaço de gaze com auxílio da pinça *pean*, umedecê-lo com água e sabão neutro e realizar a limpeza delicadamente da pele periestomal e da estomia sem friccionar. Caso a pele apresente ruptura, a limpeza deve ser feita apenas com água potável ou destilada sem utilizar o sabão líquido. Se a pele estiver íntegra, pode-se aplicar pequena quantidade de sabão líquido e depois remover este da pele com a água
- Secar a pele periestomal com gaze sem friccionar. Não secar o estoma!
- Manter uma gaze sobre o estoma para evitar drenagem de fezes na pele já limpa

- Retirar as luvas de procedimento e alçar novas luvas
- Utilizar a escala de medida de estoma, avaliando a que melhor se adapta ao estoma
- Traçar o molde copiado no verso da placa
- Recortar a placa do tamanho mais próximo possível ao do estoma, não deixando a placa de tamanho maior que o estoma para evitar que a pele entre em contato com o efluente diretamente, causando dermatite periestomal
- Aplicar película protetora e aguardar cerca de 30 segundos antes de aplicar a placa adesiva na pele, caso a pele apresente dermatite periestomal com hiperemia apenas; Caso o paciente apresente dobras de pele na região próxima ao estoma, deve-se aplicar a pasta de hidrocoloide nos locais de dobra, assim como ao redor do estoma e aguardar alguns segundos para que a pasta seque antes de aplicar a placa adesiva na pele
- Aplicar o pó de hidrocoloide nos locais lesionados e após, aplicar a pasta de hidrocoloide por cima do pó, para permitir a adequada fixação da placa na pele, caso a pele periestoma apresente ruptura
- Retirar a proteção adesiva da placa e colar ao redor do estoma, fixando bem
- Em pacientes acamados adaptar a bolsa na posição horizontal e se o paciente já estiver

deambulando fixar na vertical, considerando o polo cefálico como sentido de localização. No caso de bolsa de duas peças, colocar a bolsa coletora e aguardar fazer um "click", para fechá-la adequadamente

- Fechar a extremidade da bolsa, enrolando essa parte e usando o clampe/presilha da bolsa
- Realizar registro em prontuário descrevendo característica da drenagem, do estoma e da pele periestoma, assim como a medidas de proteção da pele adotadas



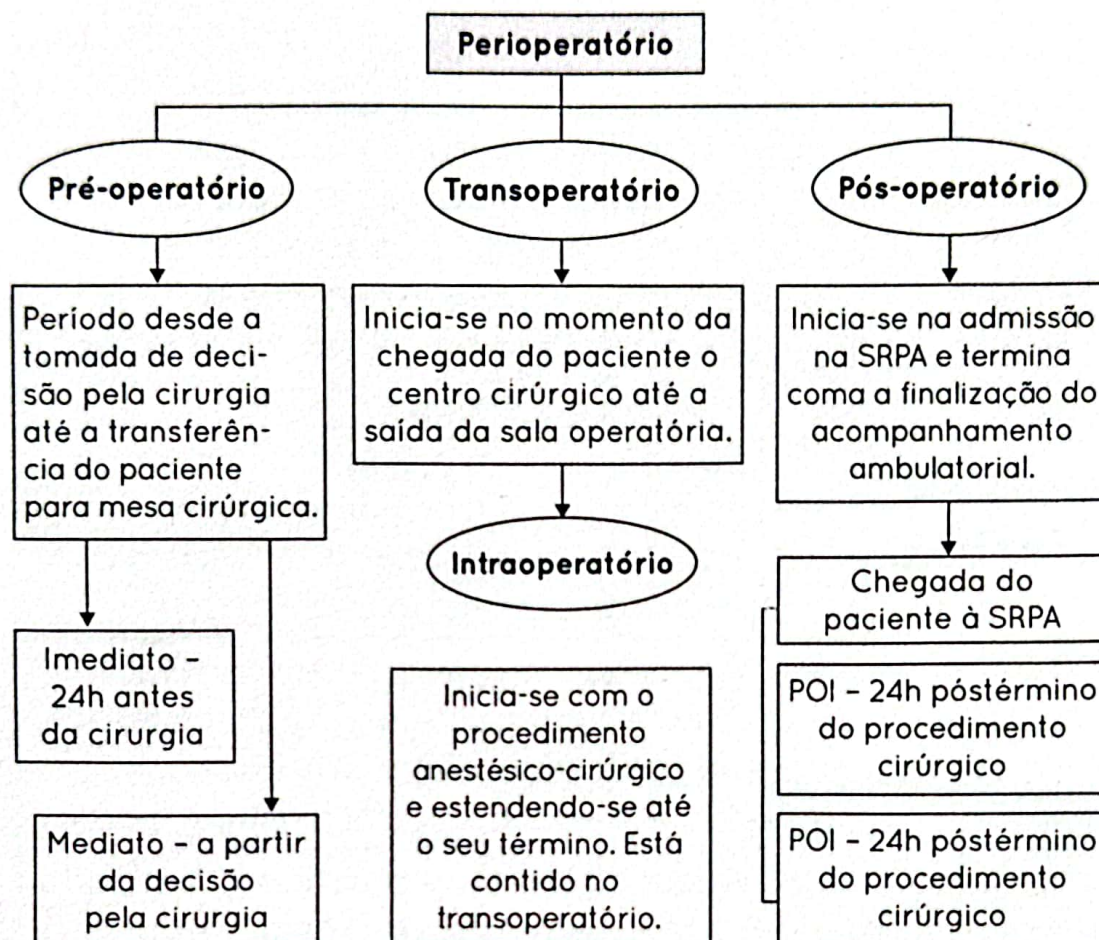
5. PROCEDIMENTOS PARA CIRURGIA SEGURA

1. PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

- Conferir se o prontuário do paciente se encontra completo: com termos assinados, exames laboratoriais e de imagem
- Garantir o preenchimento da ficha de preparo pré-operatório sinalizando os riscos do paciente e alergias
- Iniciar jejum do paciente conforme tempo programado pela equipe de cirurgião, sinalizar o jejum na placa beira leito do paciente e orientar ao paciente a não ingerir alimentos e/ou líquidos
- Retirar próteses, esmaltes e adornos, orientando ao paciente o motivo de não poder usá-las
- Realizar higiene corporal, garantindo que o paciente não molhe ou lave os cabelos
- Orientar ao paciente a utilização de touca, camisola e propés no paciente
- Realizar a tricotomia se necessário, atentando a garantir a sua realização imediatamente antes do procedimento ou no máximo até ≤ 120 minutos antes do procedimento
- Conferir se a demarcação de lateralidade (se for o caso) foi realizado pelo cirurgião
- Orientar o esvaziamento da bexiga antes do encaminhamento
- Garantir o transporte seguro até o centro cirúrgico

2. PERÍODOS CIRÚRGICOS

Fluxograma 1. Perioperatório



Fonte: Adaptado de SOBECC¹.

Quadro 1. Classificação cirúrgica

CLASSIFICAÇÃO	
Quanto à urgência	Eletiva - realização pode aguardar ocasião propícia, ou seja, pode ser programada
	Urgência - requer pronta atenção e deve ser realizada dentro de 24 a 48 horas
	Emergência - abordagem imediata

continua

Quadro 1. Classificação cirúrgica (continuação)

CLASSIFICAÇÃO	
Quanto à finalidade	Diagnóstica - realizada com o objetivo de ajudar no esclarecimento da doença. Ex.: laparotomia exploradora
	Curativa - objetivo é extirpar ou corrigir a causa da doença, devolvendo a saúde ao paciente. Para essa finalidade, às vezes é necessário a retirada parcial ou total de um órgão. Ex.: apendicectomia
	Paliativa - tem a finalidade de atenuar ou buscar uma alternativa para aliviar o mal, mas não cura a doença. Ex.: gastrostomia
	Reparadora - reconstitui artificialmente uma parte do corpo lesada por enfermidade ou traumatismo. Ex.: enxerto de pele em queimados
	Reconstrutora ou plástica - realizada com objetivos estéticos ou reparadores, para fins de embelezamento. Ex.: rinoplastia, mamoplastia etc.
Quanto ao porte	Grande porte - grande probabilidade de perda de fluido e sangue. Ex.: cirurgias de emergência, vasculares arteriais
	Médio porte - média probabilidade de perda de fluido e sangue. Ex.: cabeça e pescoço, prótese de quadril
	Pequeno porte - pequena probabilidade de perda de fluido e sangue. Ex.: mamoplastia

continua

Quadro 1. Classificação cirúrgica (continuação)

CLASSIFICAÇÃO	
Quanto ao potencial de contaminação	Limpa – eletiva, sem a presença de dreno, não traumática Realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local. Quando não há penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário. Por ex.: mamoplastia
	Potencialmente contaminada – realizada em tecidos colonizados ou em tecido de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório. Quando há drenagem aberta e/ou penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa. Por ex.: colecistectomia
	Contaminada – realizada em tecidos abertos e recentemente traumatizados, colonizados por microbiota bacteriana abundante, de descontaminação difícil ou impossível, presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção ou grande contaminação a partir do tubo digestivo

Fonte: Adaptado de SOBECC¹.

3. MONTAGEM E DESMONTAGEM DA SALA OPERATÓRIA

Montagem da sala operatória

Materiais:

- Carro para transporte de material
- EPIs, luva, máscara, touca, capote e óculos de proteção
- Caneta
- Pacotes de campos operatórios estéreis e pacotes de aventais
- Pacotes de compressas e gazes estéreis
- Cuba rim e redonda
- Kit para cateterismo vesical
- Manoplas
- Bandeja para anestesia, bandeja de instrumentais (conforme tipo de cirurgia)
- Afastadores se necessário
- Kit de insumos descartáveis (tubos para aspiração, sondas, luvas, lâminas, jelcos, esparadrapo, equipo)
- Fios cirúrgicos
- Kit de medicamentos
- Material de vias aéreas
- Traqueias para carro de anestesia e acessórios

- Materiais e insumos especiais/OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais (drenos, tela de polipropileno, clips, grampeadores etc.)
- Soluções antissépticas, soluções para infusão endovenosa
- Coletor de material perfuro-cortante
- Coletor para amostra de anátomo-patológico
- Formulários: de anestesia, checklist bundle de sondagem vesical, cirurgia segura, folha de gastos
- Foco de luz central e/ou auxiliar, caso necessário
- Monitor multiparamétrico
- Carro de anestesia
- Mesa cirúrgica – com braçadeiras e perneiras
- Aspirador portátil ou na régua de gases
- Bisturi elétrico
- 2 mesas auxiliares em sala
- Suportes para soro e suporte de *hamper*
- Baldes de lixo
- Bombas de infusão
- Torre de vídeo, caso necessário
- Escadas
- Estrados

Em casos de cesariana, incluir:

- Fonte de calor radiante (berço aquecido)

- Aspirador extra
- Monitor cardíaco extra / cabo de oximetria neonatal
- Maleta de emergência neonatal com kit para intubação do RN
- Material para assistência ao recém-nascido – RN (seringas, sondas de aspiração, tubos para aspiração e oxigenação, compressas, jelcos, cateteres umbilicais)
- Incubadora
- Torpedo ou fonte de oxigênio

Procedimento:

- Conferir a programação de cirurgias – mapa cirúrgico, verificando o nome e idade do paciente e material e/ou equipamento solicitado previamente no aviso de cirurgia
- Lavar/higienizar as mãos
- Verificar condições de limpeza da sala e o registro de higienização
- Conferir e testar equipamentos e mobiliários (carro de anestesia, focos, bisturi, mesa cirúrgica, pontos de gás, aspirador)
- Dispor soluções antissépticas e frascos de soro em quantidade suficiente para o tipo de cirurgia
- Reunir o material/equipamentos necessários de acordo com a cirurgia proposta, colocando-os de forma funcional

- Checar os lavabos e repor escovas e antisséptico para degermação das mãos da equipe cirúrgica
- Montar a mesa do anestesista: de medicação e insumos básicos, e verificar se o psicobox já foi retirado na farmácia pelo anestesista
- Montar a mesa para cateterismo vesical, conforme técnica asséptica, caso necessário
- Dispor as bandejas sobre as mesas de Mayo
- Dispor de forma asséptica os pacotes de campos, capotes e pinças serventes
- Cobrir a mesa de instrumental e capotes com os campos estéreis adequados, com o auxílio das pinças serventes e em seguida dispor os campos e capotes
- Abastecer a mesa da instrumentação com gazes, tubos para aspiração, compressas, cubas, caneta de bisturi e solução antisséptica etc.
- Providenciar soros aquecidos e acondicioná-los na caixa térmica
- Verificar se os impressos necessários estão presentes em sala e em quantidade suficiente, repondo se necessário

Desmontagem da sala operatória

Materiais:

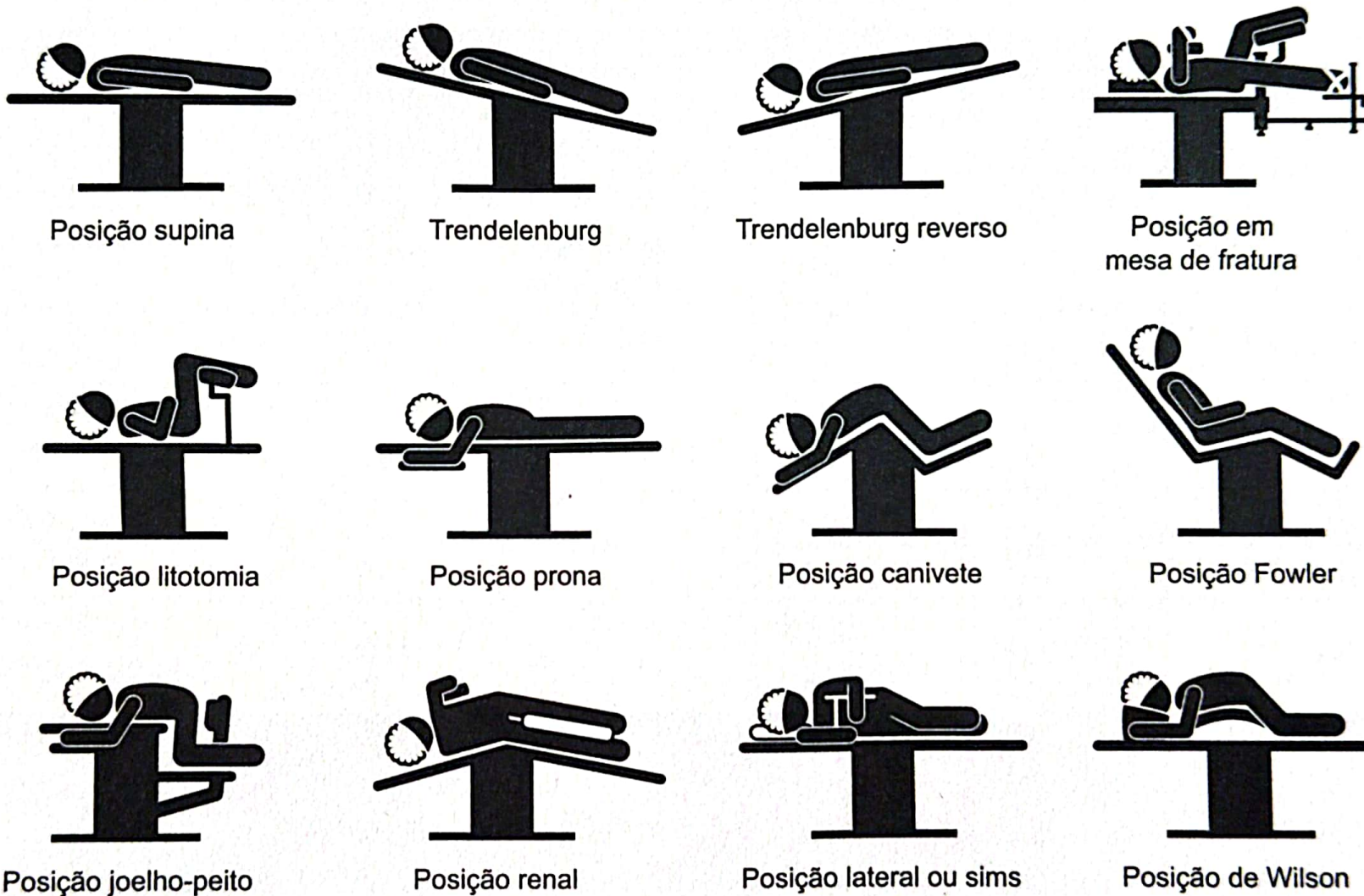
- EPIs
- Saco de lixo infectante branco
- Saco de hamper para recolhimento de roupas

- Caixa coletora para perfurocortante
- Container para retirada de instrumentais sujos/contaminados

Procedimento:

- Recolher todo material e caixas cirúrgicas que não foram utilizadas e devolver aos setores correspondentes, respeitando a integridade dos invólucros dos materiais
- Desprezar todo material perfurocortante na caixa coletora específica
- Revisar campos antes de descartá-los
- Desmontar todos os equipamentos (serra, brocas, cabos de bisturi e etc) antes de encaminhá-los à CME – Central de Material Esterilizado
- Retirar os excessos de sujidades na Sala operatória (cera, osso e etc) antes de solicitar para limpeza
- Encaminhar peças de histopatológicos identificando-as e protocolando-as
- Separar e desprezar todo material usado pela anestesia (quando na ausência do aux. de anestesia)
- Retirar da sala todo equipamento (extensões, sete de vídeos, microscópios, ultrassom e etc.) que não será necessário à próxima cirurgia, higienizá-los e guardá-los sem danos
- Acionar o serviço de higienização realização da limpeza da sala operatória

Figura 1. Posicionamento cirúrgico e aplicação da Escala de Elpo



Fonte: Leremy/Shutterstock.com².

Quadro 2. Aplicação da escala de ELPO

Esta escala avalia o risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico do paciente.					
ESCORE/ITENS	5	4	3	2	1
Tempo de posição cirúrgica	Litotômica	Prona	Trendelenburg	Lateral	Supina
Tempo de cirurgia	> 6h	Entre 4 e 6h	Entre 2 e 4h	Entre 1 e 2h	Até 1h
Tipo de anestesia	Geral + regional	Geral	Regional	Sedação	Local
Superfície de suporte	Sem uso de superfície de suporte ou suporte rígidos	Colchão da mesa cirúrgica espuma + coxins feitos de algodão	Colchão da mesa cirúrgica espuma + coxins de espuma	Colchão da mesa cirúrgica espuma + coxins de viscoelástico	Colchão da mesa cirúrgica viscoelástico + coxins de viscoelástico

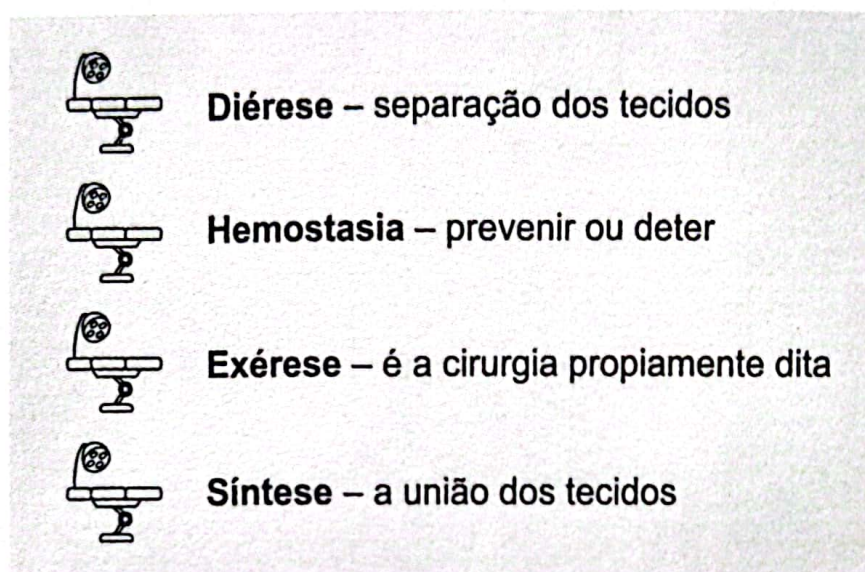
continua

Quadro 2. Aplicação da escala de ELPO (continuação)

Esta escala avalia o risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico do paciente.					
ESCORE/ITENS	5	4	3	2	1
Posição dos membros	Elevação dos joelhos $> 90^\circ$ e abertura dos MMII $> 90^\circ$ ou abertura dos MMSS $> 90^\circ$	Elevação dos joelhos $> 90^\circ$ ou e abertura dos MMII $> 90^\circ$	Elevação dos joelhos $< 90^\circ$ e abertura dos MMII $< 90^\circ$ ou pescoço sem alinhamento mento-esternal	Abertura dos MMSS $< 90^\circ$	Posição anatômica
Comorbidades	Lesão por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	Desnutrição ou obesidade	Diabetes mellitus	Doença vascular	Sem comorbidades
Idade do paciente	> 80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos
ESCORE	Baixo: 7 a 19 pontos Alto: 20 a 35 pontos				

Fonte: Adaptado de SOBECC¹.

Figura 2. Tempos cirúrgicos



Fonte: Simakova Mariia/Shutterstock.com³.

Quadro 3. Terminologia cirúrgica

TERMINOLOGIA	SIGNIFICA REMOÇÃO DE
Apendicectomia	apêndice
Cistectomia	bexiga
Colecistectomia	vesícula biliar
Colectomia	colo
Embolectomia	êmbolo
Esofagectomia	esôfago
Esplenectomia	baço
Fistulectomia	fístula
Gastrectomia	parcial ou total do estômago
Hemorroidectomia	hemorroidas
Hepatectomia	parte do fígado
Histerectomia	útero
Lobectomia	lobo de um órgão
Mastectomia	mama parcial ou total
Miomectomia	mioma

continua

Quadro 3. Terminologia cirúrgica (*continuação*)

TERMINOLOGIA	SIGNIFICA REMOÇÃO DE
Nefrectomia	rim
Ooforectomia	ovário
Pancreatectomia	pâncreas
Pneumectomia	pulmão
Prostatectomia	próstata
Retossigmoi- dectomia	retossigmoide
Salpingectomia	trompa
Tireoidectomia	Tireoide
TERMINOLOGIA	SIGNIFICA ABERTURA DO(A)
Artrotomia	articulação
Broncotomia	brônquio
Cardiotomia	cárdia esôfago-gástrica
Coledocotomia	colédoco
Duodenotomia	duodeno
Flebotomia	cateterismo venoso
Laparotomia	cavidade abdominal
Papilotomia	papila duodenal
Toracotomia	parede torácica
TERMINOLOGIA	SIGNIFICA VIA PARA DRENAGEM DO(A)
Cistostomia	urina a partir da bexiga
Colecistostomia	vesícula biliar
Coledocostomia	colédoco
Colostomia	colo por meio da parede abdominal
Enterostomia	intestino por meio da parede abdominal

continua

Quadro 3. Terminologia cirúrgica (*continuação*)

TERMINOLOGIA	SIGNIFICA VIA PARA DRENAGEM DO(A)
Gastrostomia	estômago pela parede abdominal (alimentação)
Ileostomia	íleo
Jejunostomia	Jejuno
Nefrostomia	urina pelo rim
TERMINOLOGIA	SIGNIFICA FIXAÇÃO OU REPOSICIONAMENTO DE
Histeropexia	suspensão e fixação do útero
Nefropexia	suspensão e fixação do rim
Orquiopexia	abaixamento e fixação do testículo em sua bolsa
Cistopexia	Fixação da bexiga geralmente à parede abdominal
TERMINOLOGIA	SIGNIFICA ALTERAÇÃO DA FORMA OU FUNÇÃO DE
Piloroplastia	plástica do piloro para aumentar seu diâmetro
Rinoplastia	plástica do nariz
Salpingoplastia	plástica da trompa para sua recanalização
Toracoplastia	plástica da parede torácica
TERMINOLOGIA	SIGNIFICA SUTURA DE
Colporrafia	vagina
Gastrorrafia	estômago
Herniorrafia	hérnia
Perineorrafia	períneo
Tenorrafia	tendão
Broncoscopia	exame sob visão direta dos brônquios

continua

Quadro 3. Terminologia cirúrgica (continuação)

TERMINOLOGIA	SIGNIFICA OBSERVAÇÃO OU EXPLORAÇÃO DE
Cistoscopia	exame para explorar ou visualizar a bexiga
Colposcopia	exame para explorar ou visualizar a vagina
Esofagoscopia	exame para explorar ou visualizar o esôfago
Gastrosocopia	exame para explorar ou visualizar o estômago
Laringoscopia	exame para explorar ou visualizar a laringe
Laparoscopia	exame para explorar ou visualizar a cavidade abdominal
Retossigmoidoscopia	exame para explorar ou visualizar o retossigmoide

Fonte: Adaptado de SOBECC¹.

4. CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

- **Por que utilizar?** É uma ferramenta de comunicação efetiva da equipe que estará na sala cirúrgica. Evitando eventos adversos nas fases da cirurgia
- **Como aplicar?** O ideal é que se tenha um formulário impresso com a lista de verificação e/ou um quadro para comunicação visual de todos da equipe. A técnica de enfermagem circulante comunicará verbalmente cada item, aguardando a confirmação da equipe em sala
- Checklist de cirurgia segura, segundo a Organização Mundial de Saúde

Figura 3. Checklist de cirurgia segura, segundo a Organização Mundial de Saúde

   LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes de o paciente sair da sala de operações
IDENTIFICAÇÃO ☐ PACIENTE CONFIRMOU • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO ☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA ☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA ☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA? ☐ NÃO ☐ SIM VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? ☐ NÃO ☐ SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? ☐ NÃO ☐ SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	CONFIRMAÇÃO ☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO ☐ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS ☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? ☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? ☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA	REGISTRO O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: ☐ REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO ☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) ☐ COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) ☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO ☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR) Assinatura _____

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

Fonte: OMS et al.⁵

Quadro 4. Aplicação da Escala de Aldret e Kroulick

ITENS	PONTOS	CONDIÇÃO APRESENTADA
Consciência	2	Completamente acordado
	1	Acorda quando chamado
	0	Não acorda quando chamado
Atividade motora	2	Consegue movimentar os 4 membros voluntariamente ou sob comando
	1	Consegue movimentar os 2 membros voluntariamente ou sob comando
	0	Não consegue movimentar membro algum
Respiração	2	Consegue respirar profundamente e tossir
	1	Dispneia ou limitação para respirar
	0	Apneia (em ventilação mecânica)
Circulação	2	PA com alteração até 20% dos níveis pré-anestésicos (para mais ou menos)
	1	PA com alteração até 20% a 49% dos níveis pré-anestésicos (para mais ou menos)
	0	PA com alteração $\geq 50\%$ dos níveis pré-anestésicos (para mais ou menos)
Saturação de oxigênio	2	Mantém saturação $> 92\%$ em ar ambiente
	1	Necessita de oxigênio para manter saturação $> 90\%$
	0	Apresenta saturação $< 90\%$ mesmo com oxigenação
ESCORE	Se ≥ 8 pontos comunicar o anestesista para a possibilidade de alta do SRPA. Quanto menor o escore, mais crítica a condição clínica do paciente	

Fonte: Adaptado de SOBECC¹

- A escala deve ser aplicada em todos os pacientes no momento da chegada na SRPA e reaplicada a cada 15 minutos na primeira hora de permanência do paciente
- Todos os resultados da escala devem ser registrados em prontuário



6. IMUNIZAÇÃO

1. REGISTROS NO CARTÃO VACINAL

- É importante que nenhuma vacina seja administrada sem que haja o registro em documento pessoal e no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
- São documentos utilizados para registro vacinal: a Caderneta de Saúde da Criança (menino e menina), a Caderneta de Saúde do Adolescente, a Caderneta de Saúde do Idoso e Cartão de Vacina
- Procedimentos necessários ao registro da vacina administrada são os seguintes
 - » Faça o registro dos dados pessoais e residenciais da pessoa a ser vacinada (caso seja a abertura de um cartão)
 - » Anote a data (dia, mês e ano), o lote e a unidade de saúde onde a vacina foi administrada, com caneta, no espaço reservado do documento de registro individual, utilizando caneta
 - » Assine e carimbe no espaço indicado
 - » Realize o aprazamento, utilizando lápis, de doses subsequentes da vacina ou de outras vacinas do esquema vacinal ou dose de reforço

2. CALENDÁRIO VACINAL CONFORME RECOMENDAÇÕES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBIM) 2023/2024*

Quadro 1. Calendário vacinal 0 a < 10 anos

VACINA	DOSES	IDADE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO
BCG ID	Dose única ao nascer	Ao nascer	ID
Hepatite B	3 ou 4 doses do nascimento aos 6 meses	Do nascimento aos 6 meses	IM
Rotavírus	2 a 3 doses dos	2 aos 7 meses	VO
Tríplice Bacteriana (DTPa)	3 doses e 2 reforços	2, 4 e 6 meses	IM
Influenza B (Penta)	3 doses e 1 reforço	2, 4 e 6 meses	IM
VIP	3 doses	2, 4 e 6 meses	IM
VOP	2 reforços	Apenas nas doses de reforço	VO
Febre amarela	2 doses	9 meses e aos 4 anos	SC
Tríplice viral	2 doses	12 meses e entre 15 e 24 meses	SC
Hepatite A	2 doses	12 e 18 meses	IM
Varicela (Catapora)	2 doses	12 meses e entre 15 e 24 meses	SC
HPV	2 doses	9 anos	IM
Covid 19			IM

Fonte: Adaptado de Brasil¹.

*Obs.: O calendário foi escrito neste livro em 2023. Dessa forma, após a publicação do livro pode haver modificações anuais realizadas pela Sbmim.

Quadro 2. Calendário vacinal 10 a 19 anos

VACINA	DOSES	IDADE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO
Tríplice Bacteriana (DTPa)	3 doses e 2 reforços	2, 4 e 6 meses	IM
HPV	2 doses (intervalo de 6 meses entre elas)	9 a 14 anos	IM
HPV	3 doses (intervalo de 2 meses entre a 1ª e a 2ª doses e 6 meses entre a primeira e a última)	≥ 15 anos	IM
Influenza (gripe)	Dose anual	-	IM
Meningocócica conjugada	Reforço	Aos 11 anos ou 5 anos após a última dose (vacinação na infância) Duas doses com intervalo de 5 anos (não vacinados)	IM

Fonte: Adaptado de Brasil¹.

Quadro 3. Calendário vacinal da gestante

VACINA	DOSES	IDADE GESTACIONAL	VIA DE ADMINISTRAÇÃO
Triplice Bacteriana acelular adulto ou Dupla adulto - dT	Previamente vacinada com 3 doses contendo o componente antitetânico	1 dose de dTpa a partir 20ª semana de gestação	IM
	Esquema vacinal incompleto com apenas 1 dose contendo o componente antitetânico	1 dose de dt e 1 dose de dTpa, sendo a dTpa aplicada a partir da 20ª semana de gestação; respeitar intervalo mínimo de 1 mês entre as doses.	
	Esquema vacinal incompleto com 2 dose contendo o componente antitetânico	1 dose de dTpa a partir 20ª semana de gestação	
	Gestantes não vacinas ou histórico vacinal desconhecido	2 doses de dt e 1 dose de dTpa, sendo a dTpa aplicada a partir da 20ª semana de gestação; respeitar intervalo mínimo de 1 mês entre as doses.	
Hepatite B	3 doses - no esquema intervalo 0-1-6 meses	Aplicar em gestantes não anteriormente vacinadas ou susceptíveis à infecção.	IM
Influenza (Gripe)	Dose única anual	Está recomendada nos meses de sazonalidade, mesmo no 1º trimestre gestacional	IM

Fonte: Adaptado de Brasil¹.

Quadro 4. Calendário vacinal de idoso > 60 anos

VACINA	DOSES	VIA DE ADMINISTRAÇÃO
Hepatite B	3 doses - no esquema intervalo 0-1-6 meses	IM
Influenza (Gripe)	Dose única anual	IM
Febre amarela	Dose única - Para não vacinados previamente	SC
Dupla adulto - dT ou dTpa	Com esquema básico completo - reforço de dTpa a cada 10 anos; Com esquema básico incompleto - 1 dose de dTpa e completar a vacinação com 1 ou 2 doses de dT; Não vacinados ou esquema vacinal desconhecido - 1 dose de dTpa ou 2 doses de dT no esquema 0-2-4-8 meses;	IM

Fonte: Adaptado de Brasil¹.

3. ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO DE VACINAS E IMUNOBIOLÓGICOS NA SALA DE VACINA

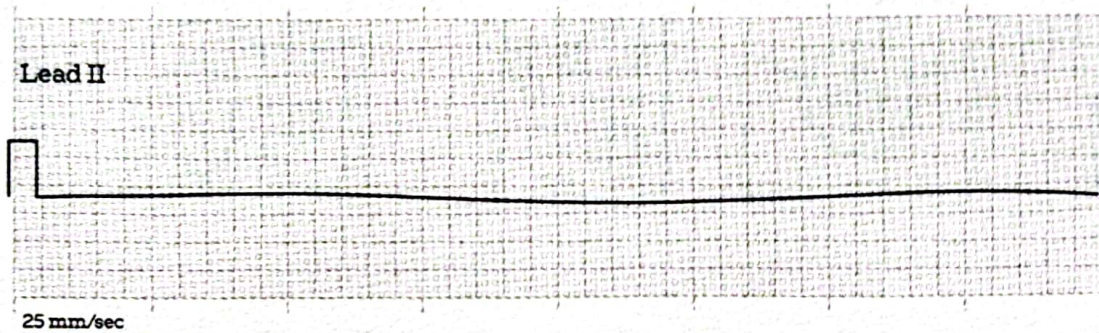
- As vacinas devem ser armazenadas câmaras refrigeradas exclusivas para imunobiológicos
- Fazer a leitura do termômetro, verificando as temperaturas do momento, máxima e mínima atingidas no mínimo, duas vezes ao dia, e registrar em mapa de controle diário de temperatura da sala de vacina
- Garantir a operação da câmara refrigeradas para imunobiológicos na faixa de temperatura entre $+2^{\circ}\text{C}$ e $+8^{\circ}\text{C}$
- Realizar a limpeza a cada 15 dias ou conforme orientação do fabricante. Não realizar a limpeza próximo aos finais de semana e feriados
- Transferir os imunobiológicos para caixa térmica em temperatura $+2^{\circ}\text{C}$ a $+8^{\circ}\text{C}$ durante a limpeza e também para previsão do consumo diário
- Manter as vacinas separadas, na caixa térmica, por tipo e acondicionadas em copos descartáveis identificados com o nome da vacina



7. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

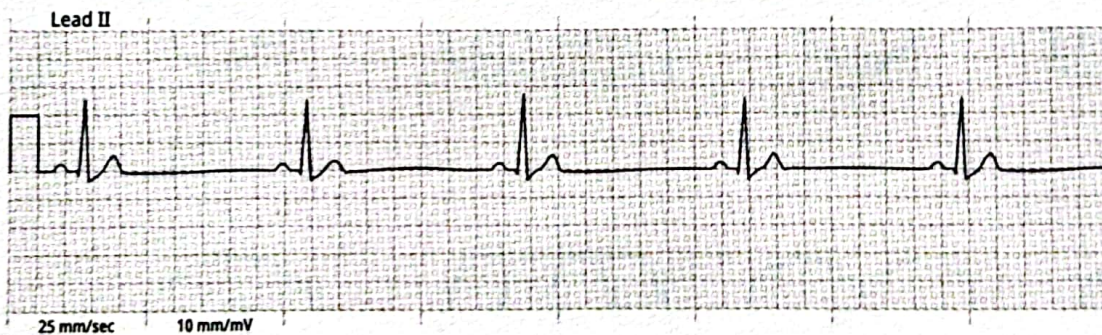
1. RITMOS DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Figura 1. Assistolia



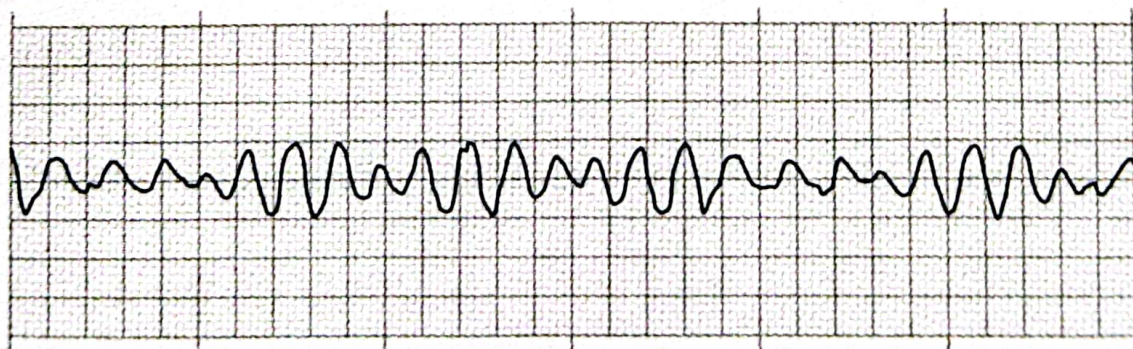
Fonte: Alfa MD/Shutterstock.com¹.

Figura 2. Atividade elétrica sem pulso (AESP)



Fonte: Alfa MD/Shutterstock.com².

Figura 3. Fibrilação ventricular



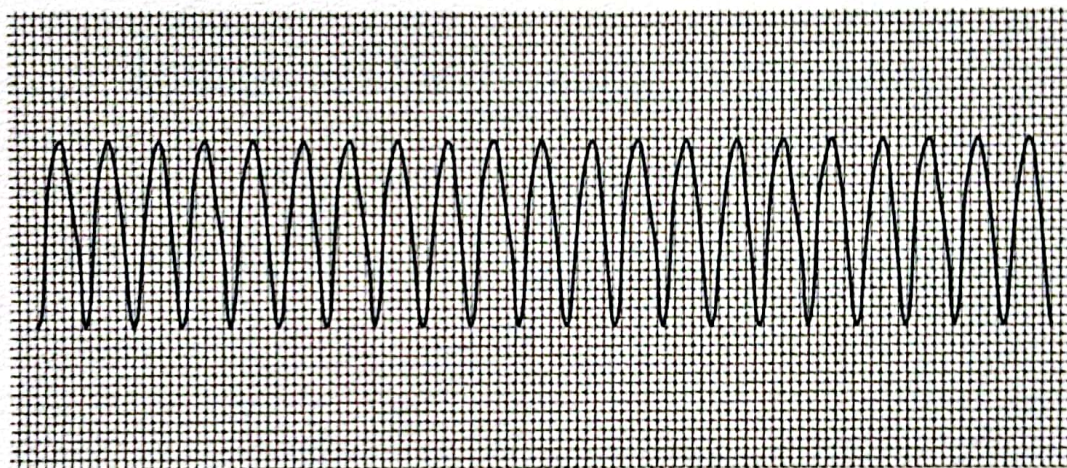
Fonte: Alfa MD/Shutterstock.com³.

Figura 4. Fibrilação ventricular fina



Fonte: Alfa MD/Shutterstock.com⁴.

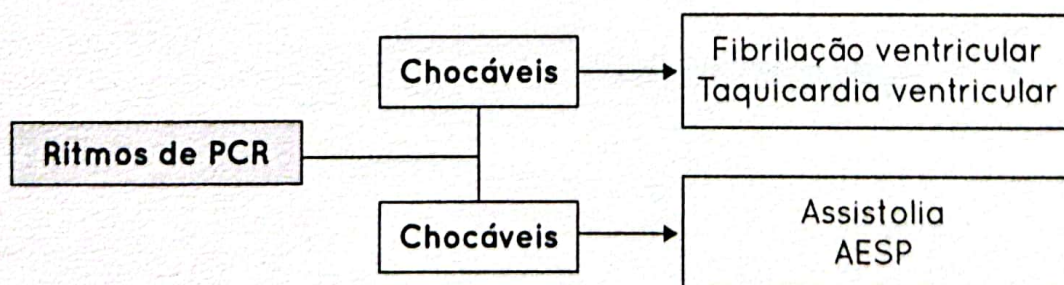
Figura 5. Taquicardia ventricular



Fonte: JY FotoStock/Shutterstock.com⁵.

Para lembrar:

Fluxograma 1. Ritmos de PCR

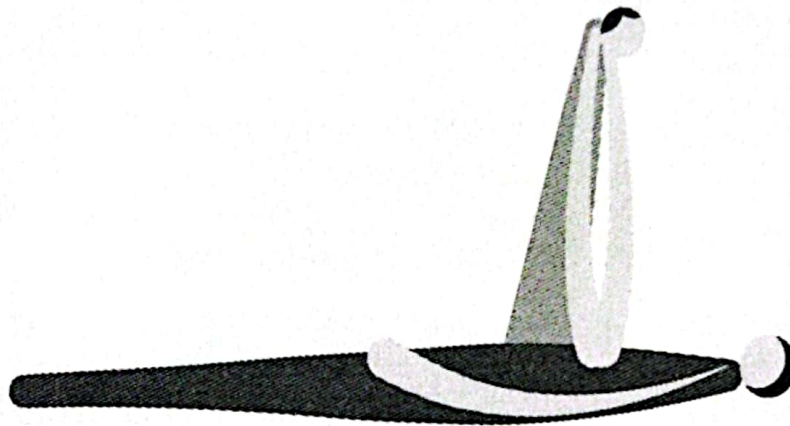


PCR: Parada cardiorrespiratória; AESP: Atividade elétrica sem pulso.

Fonte: Elaborado pela autora.

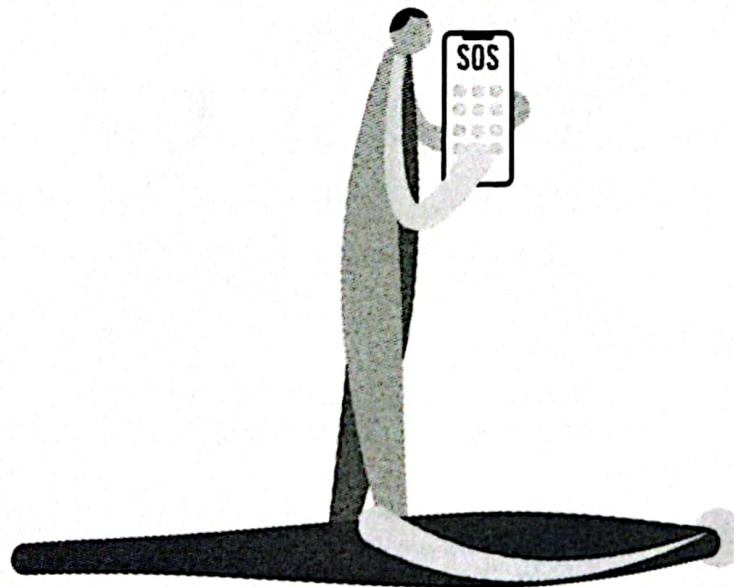
2. SUPORTE BÁSICO DE VIDA NO ADULTO - ATUALIZAÇÃO 2020

1) Ao encontrar vítima ao solo, teste o nível de consciência com estímulo verbal e toque vigoroso.



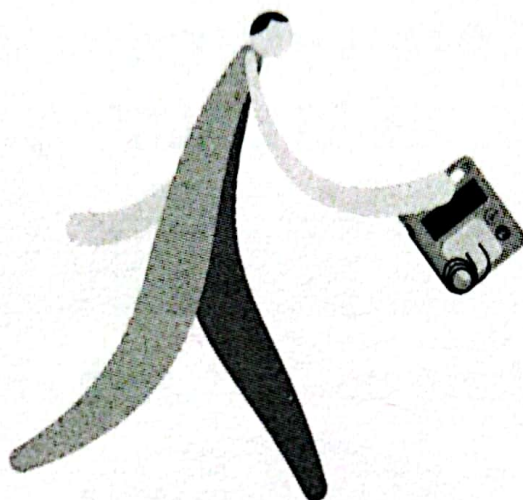
Fonte: PARABELL/Shutterstock.com⁶.

2) Chame por ajuda ligando para o 192 - SAMU.



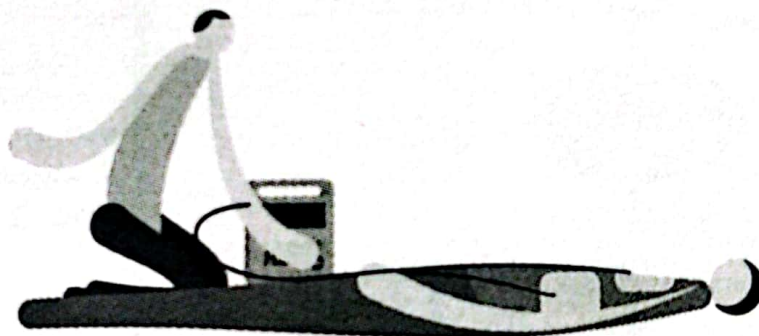
Fonte: PARABELL/Shutterstock.com⁷.

3) Pegue o DEA (desfibrilador externo automático) se disponível no local. Geralmente está disponível em shoppings, rodoviárias, aeroportos etc.



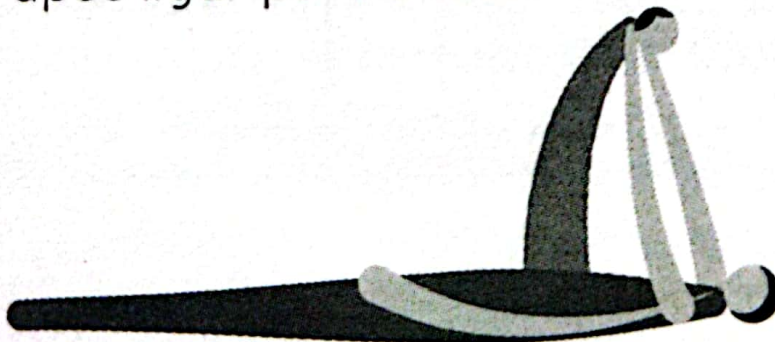
Fonte: PARABELL/Shutterstock.com⁸.

4) Instale as pás do desfibrilador no tórax da vítima e ligue o equipamento. Se vítima molhada e for possível secar o tórax, seque-o e retire-o do contato direto com a água.



Fonte: PARABELL/Shutterstock.com⁹.

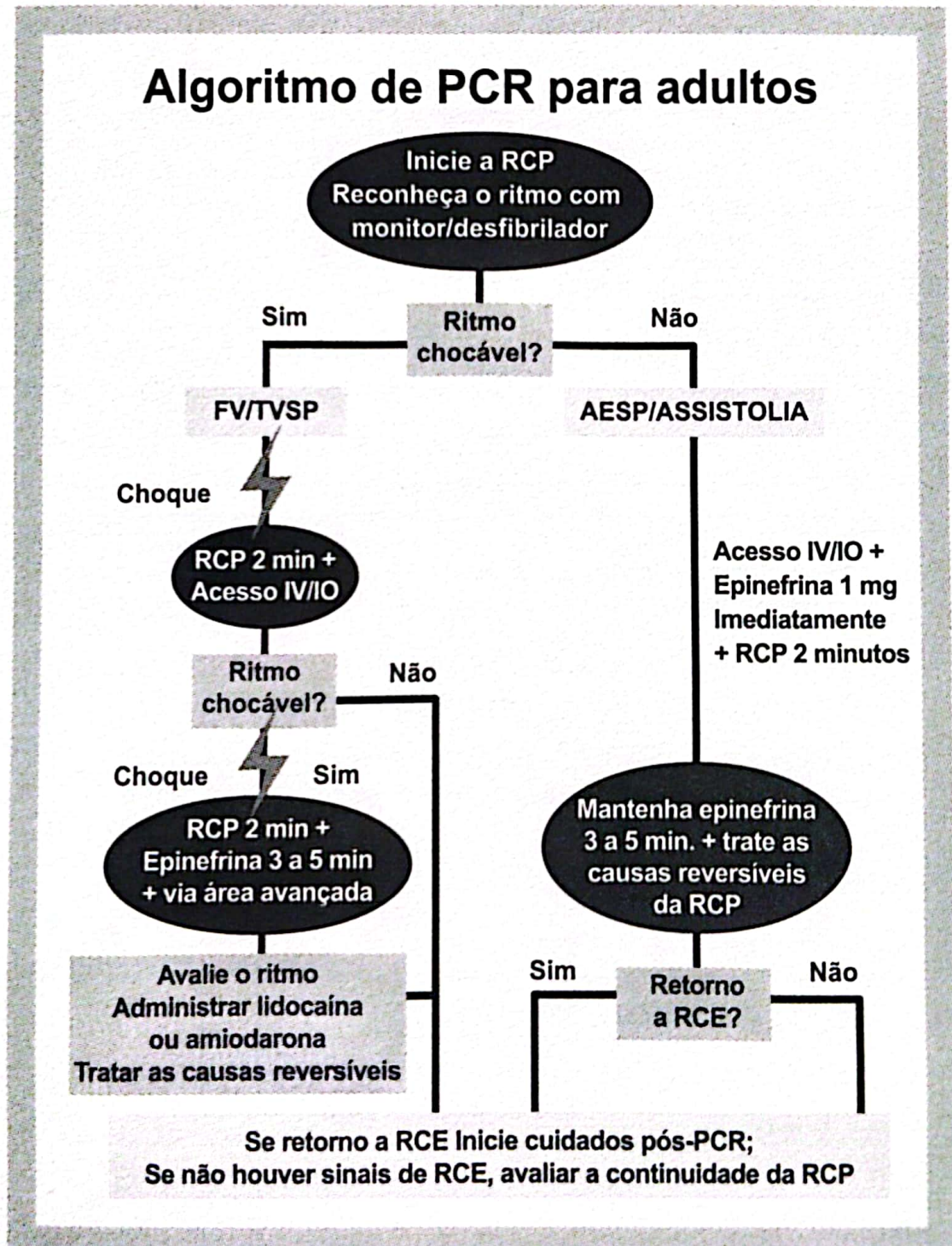
5) Inicie as compressões torácicas obedecendo aos comandos do DEA. Caso não possua DEA disponível iniciar as compressões imediatamente após ligar para o 192.



Fonte: PARABELL/Shutterstock.com¹⁰.

3. SUPORTE AVANÇADO DE VIDA NO ADULTO - ATUALIZAÇÃO 2020

Figura 6. Suporte avançado de vida no adulto



Fonte: Adaptada de Puwadol Jaturawutthichai/Shutterstock.com¹¹.

4. QUEIMADURAS

Quadro 1. Queimaduras

CLASSIFICAÇÃO DA QUEIMADURA	CARACTERÍSTICA
1º grau	Lesões apenas da epiderme: presença de eritema
2º grau	Lesões da epiderme e parte da derme: presença de eritema + bolha (flictena)
3º grau	Lesões da epiderme e da derme: presença de pele branca nacarada

Fonte: Adaptado de Brasil¹².

Conduta diante de uma pessoa com queimadura:

- Afastar o paciente do agente causador ou o agente do paciente
- Expor a área queimada, retirando as roupas que não estejam aderidas
- Retirar objetos como anéis, aliança, brincos, pulseiras, relógio, carteira, cinto, desde que não estejam aderidos à pele
- Irrigar com soro fisiológico (SF) em abundância, objetivando o resfriamento da área queimada; em seguida cobrir com compressas secas, estéreis e não aderentes. Não romper ou perfurar bolhas. Em casos de paciente com queimadura decorrente de ácido, imergir a área que entrou em contato com o produto em água corrente para retirar o máximo do produto possível

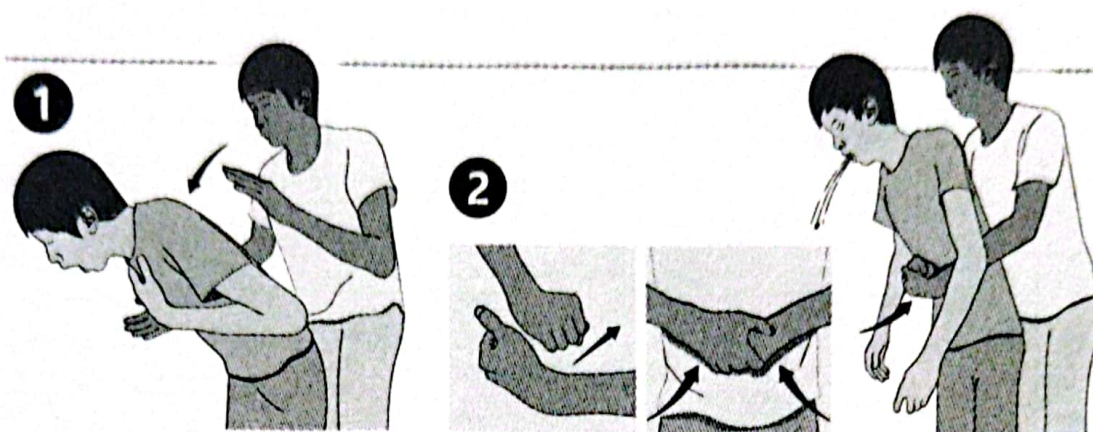
- Prevenir a hipotermia, preferencialmente com manta metálica
- Realizar a mobilização cuidadosa e, se outros traumas concomitantes, considerar imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico. O transporte deve ser realizado para o serviço de emergência

5. MANOBRA DE HEIMILICH EM ADULTOS E LACTANTES E OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO (OVACE)

Manobra de Heimilich em pessoa adulta

- Acalme-a informando que irá ajuda-lá
- Posicione-se atrás da vítima e inclinar o tórax ligeiramente para frente
- Envolver os braços ao redor do abdome da vítima
- Posicione as mãos sobrepostas, acima da cicatriz umbilical e abaixo do apêndice xifoide
- Faça compressões firmes e breves em movimento similar ao formato de um "J" no abdome da vítima
- Repita até que as vias aéreas estejam desobstruídas

Figura 7. Manobra de Heimilich em adultos

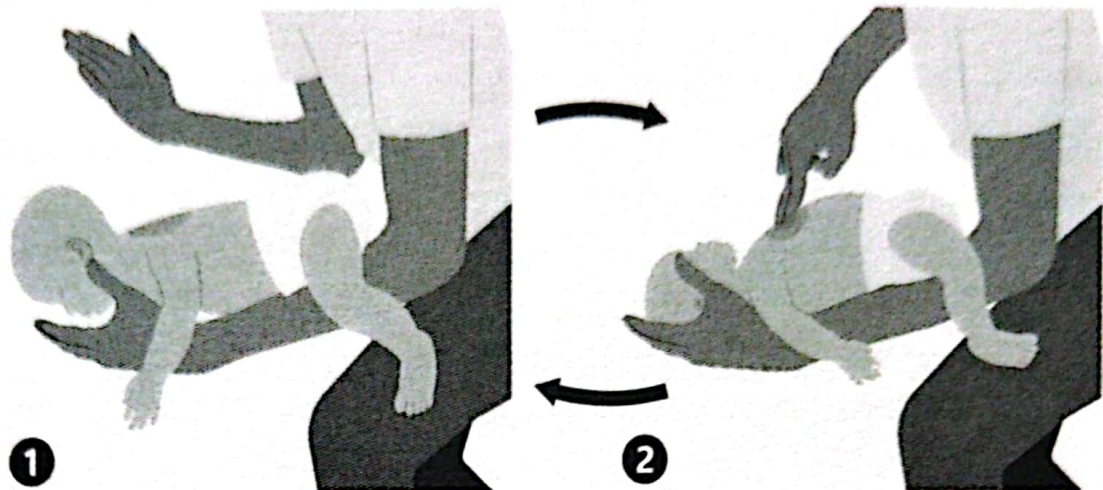


Fonte: Pepermpron/Shutterstock.com¹³.

Manobra de Heimilich em lactentes

- Sente em uma cadeira, apoie o cotovelo de um dos seus braços na coxa e em seguida coloque o bebê com o tórax e abdome apoiado no seu antebraço
- Incline o braço de forma que a cabeça do bebê fique em ângulo mais baixo
- Realize golpes firmes (5 golpes sequenciais) com o dorso da outra mão utilizando a região hipotênar entre as escápulas
- Posicione o bebê com as costas apoiadas na sua coxa ou no outro braço e com os seus dedos anelar e médio da mão contrária em $\frac{1}{3}$ inferior do esterno, realize cinco compressões torácicas com os dois dedos
- Caso não seja expelido o objeto, repita a manobra
- Caso o bebê torne-se inconsciente inicie o suporte básico de vida

Figura 8. Manobra de Heimlich em lactentes



Fonte: Pepermpron/Shutterstock.com¹⁴.

6. CRISE CONVULSIVA: O QUE FAZER E O QUE NÃO FAZER

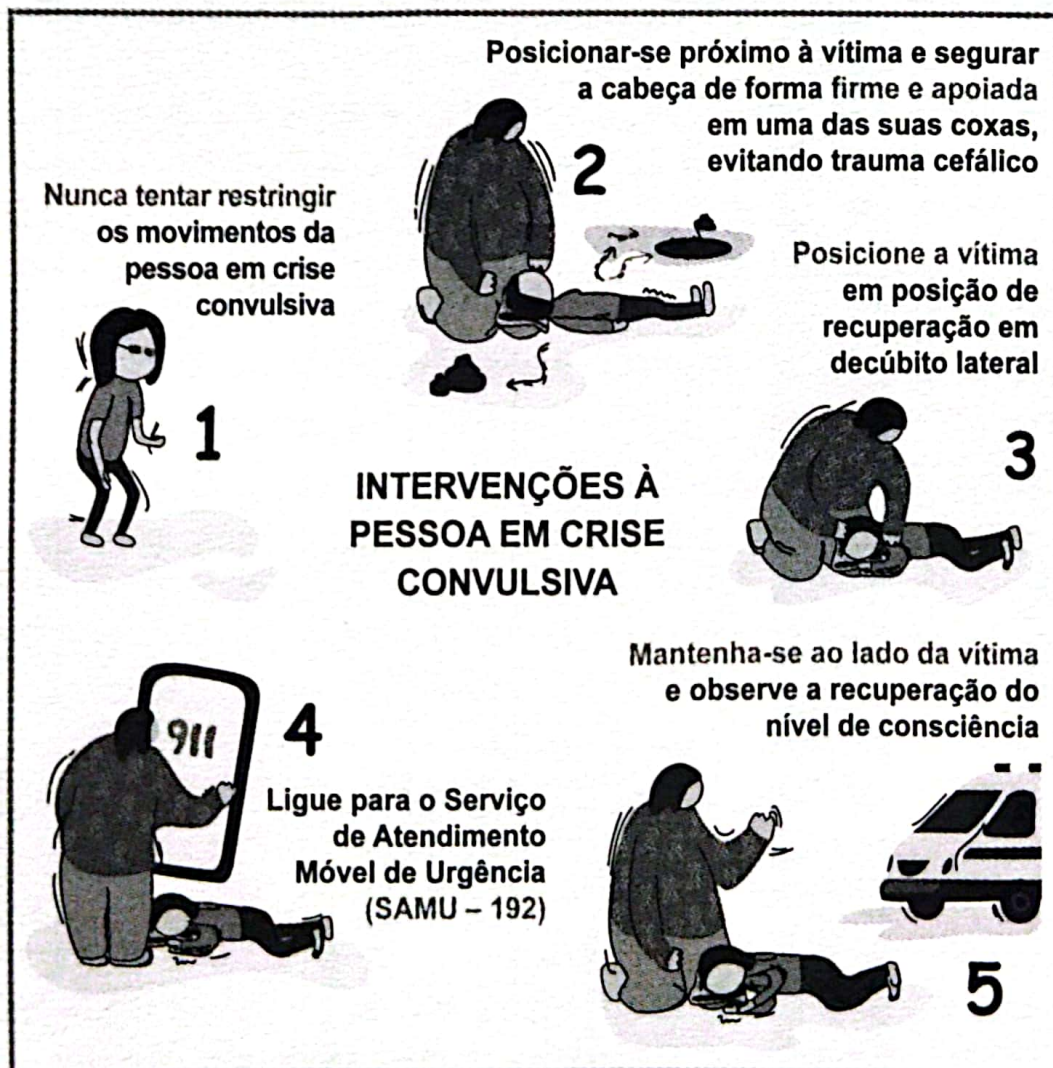
Deve-se:

- Afastar pessoas evitando aglomeração
- Retirar objetos, pois podem causar lesões à vítima
- Registrar horário que visualizou a crise convulsiva
- Posicionar-se próximo à vítima e segurar a cabeça de forma firme e apoiada em uma das suas coxas, evitando trauma cefálico
- Após a crise, posicione a vítima em posição de recuperação em decúbito lateral
- Mantenha-se ao lado da vítima e observe a recuperação do nível de consciência
- Ligue para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - 192)

Não se deve:

- Entrar em pânico
- Tentar restringir os movimentos da pessoa em crise convulsiva
- Oferecer alimentos ou água
- Segurar a língua ou inserir objetos na boca da vítima

Figura 9. Intervenções à pessoa em crise convulsiva



Fonte: Adaptada de Viola Bevziuk/Shutterstock.com¹⁵.

7. ANIMAIS PEÇONHENTOS E SOROS

Quadro 2. Animais peçonhentos e soros

GÊNERO ANIMAL PEÇONHENTO	NOME POPULAR	SORO	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	PREPARO
Serpentes gênero <i>Bothrops</i> e <i>Lachesis</i>	Jararaca e <i>jararacussu</i>	Antibotrópico (pentavalente) e Antilaquético	EV	Diluir em SF 0,9% ou SG 5%
Serpentes gênero <i>Crotalus</i>	Cascavéis	Anticrotálico	EV	Diluir em SF 0,9% ou SG 5%
Serpentes do gênero <i>Micrurus</i> sp	Corais verdadeiras	Antielapídico	EV	Diluir em SF 0,9% ou SG 5%
Escorpiões <i>Tityus serrulatus</i>	Escorpião	Antiescorpiônico	EV	Diluir em SF 0,9% ou SG 5%
Aranhas <i>Loxosceles</i> , <i>Phoneutria</i> e escorpião <i>Tityus</i>	Aranha marrom, aranha armadeira e escorpião	Antiaracnídico	EV	Diluir em SF 0,9% ou SG 5% ou sem diluição sob gotejamento

Fonte: Instituto Butantan¹⁶.

8. HEMORRAGIAS E HEMOSTASIAS

Figura 10. Hemorragias e hemostasias



Fonte: Drp8/Shutterstock.com¹⁷.

Controle de hemorragia por compressão direta

- Utilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI)
- Identificar o local do sangramento e o tipo de sangramento (capilar, venoso ou arterial)
- Comunicar o paciente sobre o procedimento necessário
- Expor a ferida (cortar as roupas, se necessário) e verificar rapidamente a presença do pulso e a perfusão distal
- Aplicar gazes ou compressa estéril diretamente sobre o ferimento
- Aplicar compressão manual direta sobre o ferimento (a pressão deve ser mantida até que o sangramento pare)
- Realizar curativo compressivo utilizando atadura de crepe ou outro material disponível para fixação

- Após a aplicação do curativo compressivo, verificar a presença do pulso e a perfusão distal. Se houver persistência do sangramento externo em membros superiores ou inferiores, considerar o uso do torniquete

Controle de hemorragia por torniquete

- Utilizar EPI
- Expor o ferimento (cortar as vestes se necessário)
- Verificar a presença do pulso e a perfusão distal
- Instalar o dispositivo escolhido acima do ferimento (sentido proximal) e comprimir até produzir uma pressão que cesse completamente o sangramento e o fluxo arterial distal
 - » Esfigmomanômetro: insuflar o manguito
 - » Recurso adaptado com pelo menos 10 cm de largura: promover compressão por garroteamento
 - » Dispositivo específico comercial: seguir as orientações do fabricante para o correto manuseio e alcance dos objetivos
- Registrar a hora do início da aplicação do torniquete e manter o ferimento coberto
- Realizar reavaliação do local e extremidades periodicamente, sem necessidade de folgar o torniquete



8. SAÚDE DA MULHER, DO RECÉM-NASCIDO E DA CRIANÇA

Quadro 1. Métodos de planejamento familiar

HORMONAIS	MECÂNICOS OU BARREIRA	CIRÚRGICOS	COMPOR- TAMENTAIS
Pílulas e implantes	Preservativos, diafragmas, capuzes cervicais	Laqueadura tubária	Coito interrompido
Adesivos ou injetáveis anticoncepcionais	Géis contraceptivos, esponjas contraceptivas e espermicidas	Vasectomia	Tabelinha

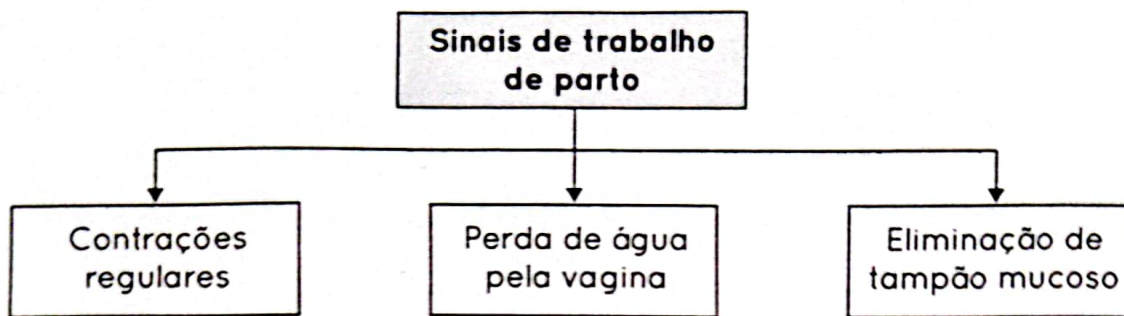
Fonte: Adaptado de Brasil¹.

Quadro 2. Trimestres gestacionais

	TRIMESTRES	MESES	SEMANAS
	1ª trimestre	Primeiro	1 a 4
		Segundo	5 a 8
		Terceiro	9 a 13
	2ª trimestre	Quarto	14 a 17
		Quinto	18 a 21
		Sexto	22 a 26
	3ª trimestre	Sétimo	27 a 30
		Oitavo	31 a 35
		Nono	36 a 40

Fonte: baldyrgan/Shutterstock.com², adaptado de Brasil³.

Fluxograma 1. Sinais de trabalho de parto



Fonte: Adaptado de Brasil³.

1. ESCALA DE APGAR

Figura 1. Escala de Apgar

Escala de APGAR					
	Aparência	Pulso	Gesticulação	Respiração	Atividade
0	 Cianose ou palidez	 Sem pulso	 Sem resposta ao estímulo	 Nenhuma ou pouca atividade	 Ausente
1	 Cianose nas extremidades	 < 100 bpm	 Careta ou estimulação agressiva	 Alguns movimentos em extremidades	 Fraco ou irregular
2	 Sem cianose	 > 100 bpm	 Choro vigoroso tosse ou espirro	 Mais atividade	 Forte, choro vigoroso
✓ 7 - 10 = Boa vitalidade ⚠ 4 - 6 = Asfixia moderada ⚠ 0 - 3 = Asfixia grave					

Fonte: Adaptada de Aiana/Shutterstock.com⁴.

4. CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO COM BOA VITALIDADE NA SALA DE PARTO

- Proceder ao clampeamento do cordão umbilical após cessadas suas pulsações (aproximadamente 1 a 3 minutos). No caso de mães isoimunizadas ou HIV/HTLV positivas o clampeamento deve ser imediato
- Manter o RN sobre o abdome e/ou tórax materno (contato pele a pele), usando o corpo da mãe como fonte de calor, garantindo que o posicionamento da criança permita movimentos respiratórios efetivos. Após retirá-lo do contato pele a pele, garantir o aquecimento do bebê
- Identificar o RN com pulseira de identificação no pulso e tornozelo contendo o nome da mãe, número de prontuário, data de nascimento, sexo e hora
- Estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivos
- Coletar o sangue do cordão umbilical para exames laboratoriais (se necessário)
- Realizar a laqueadura do cordão umbilical, fixar o clamp à distância de 2 a 3 cm do anel umbilical, envolvendo o coto com gaze embebida em álcool etílico 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%. Em RN de extremo baixo peso utiliza-se soro fisiológico para possibilidade de cateterização umbilical

- Aspirar boca e narinas, caso seja necessário
- Realizar exame físico simplificado
- Realizar o "Credé" para prevenção da oftalmia gonocócica. Uso do PVPI 2,5% colírio
- Administrar vitamina K para prevenção do sangramento, 1 mg de vitamina K por via intramuscular ao nascimento
- Realizar antropometria, incluindo peso, comprimento e o perímetro cefálico

5. CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL

Materiais:

- Luvas de procedimento
- Algodão em bolas
- Hastes flexíveis de algodão
- Álcool a 70%

Procedimento:

- Reunir o material necessário na bandeja e levar até o leito do RN/binômio
- Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento
- Remover a fralda ou expor o coto umbilical
- Observar o aspecto da pele em torno da cicatriz umbilical
- Observar coloração e presença de exsudato e/ou odor fétido, sangramento e granuloma

- Comunicar qualquer anormalidade observada ao enfermeiro
- Remover o exsudato (se existir) com algodão ou haste flexível
- Umedecer o algodão ou haste flexível com álcool a 70%
- Limpar a base do coto com o algodão ou haste flexível embebidos em álcool a 70%, com movimentos circulares e em um só sentido
- Limpar o restante do coto umbilical com algodão embebido em álcool a 70%
- Recolocar a fralda do RN
- Explicar e demonstrar todo o procedimento aos genitores/cuidadores
- Retirar as luvas e higienizar as mãos
- Registrar o procedimento no prontuário incluindo as características do coto umbilical e checar o procedimento na prescrição de enfermagem

6. TÉCNICA DE REALIZAÇÃO DO PEZINHO (TRIAGEM NEONATAL)

Materiais:

- Equipamentos de Proteção Individual – EPIs (Luvas de procedimento)
- Lanceta estéril descartável com ponta triangular de aproximadamente 2,0 mm

- Álcool a 70% para assepsia ou *swab* com álcool 70%
- Algodão e/ou gaze pequena esterilizada
- Papel filtro do PNTN – Programa Nacional de Triagem Neonatal
- Envelope para papel filtro
- Livro de registro
- Caixa de descarte para material perfuro cortante
- Local adequado para a secagem dos filtros coletados

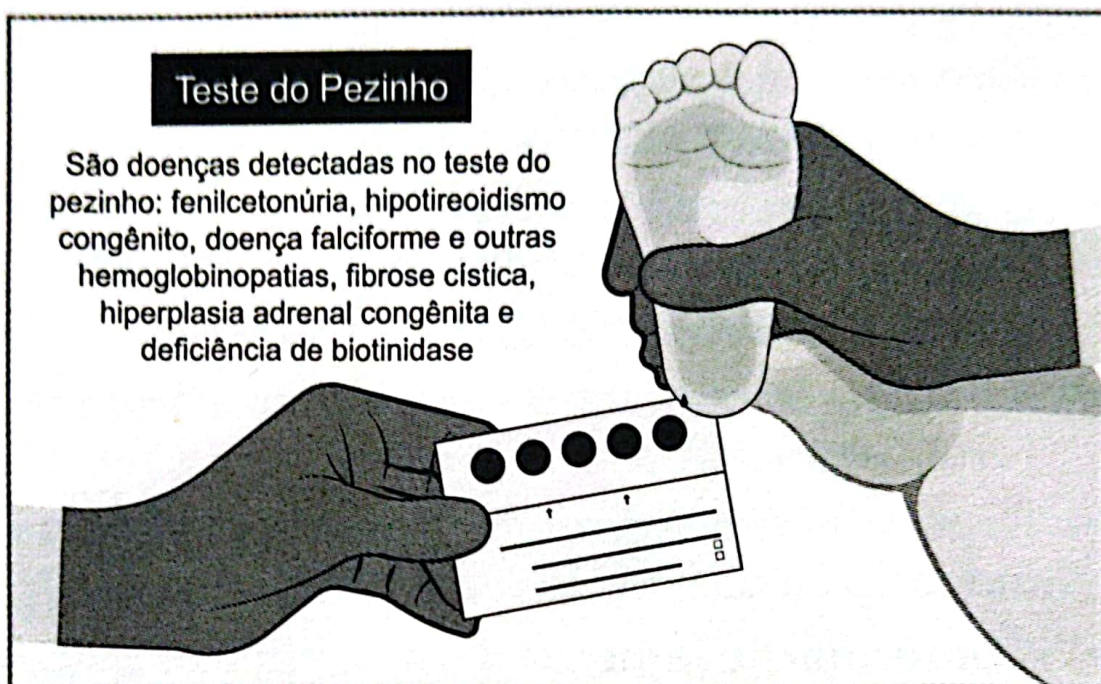
Procedimento:

- Recepcionar a família, orientando-a sobre o exame
- Preencher os dados da criança antes da coleta, com letra legível e sem abreviaturas e com caneta esferográfica, no livro de registro, no envelope branco e no papel filtro
 - » Se a criança ainda não tem nome, colocar: RN de (nome da mãe)
 - » Os seguintes dados são necessários: nome completo; sexo; endereço completo (rua, número, bairro, cidade, telefone); data de nascimento; data da coleta; Unidade de Saúde e código da Unidade
- Posicionar a criança no colo do genitor ou responsável com o pé livre e disposto ao longo do abdômen

- Higienizar as mãos
- Segurar o pezinho com uma das mãos para imobilizar e facilitar a punção. Envolvendo o pé e o tornozelo da criança, com o dedo indicador e o polegar, mantendo-o fletido, deixando exposto apenas o calcanhar (Figura 3)
- Massagear o calcanhar do bebê suavemente
- Fazer antissepsia no local, com algodão levemente umedecido com álcool a 70%
- Esperar o álcool secar antes de iniciar a coleta (caso contrário a amostra ficará prejudicada devido diluição da amostra e rompimento dos glóbulos sanguíneos)
- Puncionar em uma das laterais da região plantar o local, com movimento firme e contínuo (sentido quase perpendicular à superfície da pele)
- Desprezar a primeira gota, limpando-a com algodão ou gaze seca, utilizar a 2ª gota para a coleta. Evite o sangramento abundante, que resulta em camada excessiva de sangue no papel. Se isto acontecer, estanque o sangue com algodão seco e aguarde o sangramento lento e contínuo
- Encostar levemente o verso do papel de filtro, na direção do círculo, a partir da segunda gota, fazendo leves movimentos circulares com o papel
- Deixar formar a gota de sangue espontaneamente, sem “espremer” ou “ordenhar” o local da punção (Figura 3)

- Evitar a coagulação do sangue no pezinho e no papel durante a coleta
- Permitir que o sangue preencha a superfície do círculo completamente
- Não aplicar sangue mais de uma vez no mesmo círculo e nunca use frente e verso do papel para preencher o círculo
- Aguardar o sangue atravessar o papel naturalmente
- Repetir o procedimento até preencher os cinco círculos
- Comprimir levemente o local com algodão ou gaze até o estancamento do sangue
- Aplicar um curativo na punção
- Desprezar a lanceta no lixo para perfuro-cortante e demais materiais descartáveis no coletor de resíduo comum
- Colocar a amostra para a secagem por período de 3 a 4 horas em posição horizontal, evitando o contato do sangue com qualquer superfície, nunca expondo-as ao sol
- Retirar as luvas de procedimento
- Higienizar as mãos
- Manter o RN confortável, junto a família
- Registrar procedimento no prontuário e anotar os dados no livro de registro
- Ao preencher o envelope e o papel filtro utilizar caneta e preencher todos os campos, de forma legível sem abreviaturas dos dados

Figura 3. Técnica de realização do teste do pezinho



Fonte: Adaptada de Pepermpron/Shutterstock.com⁶.

Quadro 3. Reflexos do recém-nascido

REFLEXO	IDADE	FORMA DE APRESENTAÇÃO
Sucção	Desde o nascimento	Quando o céu da boca do RN é tocado, o bebê começa a sugar. Esse reflexo aparece a partir da 32ª semana de gestação (caso prematuridade) e desenvolve completamente até a 36ª semana
Busca ou voracidade	Desde o nascimento	Ocorre quando o canto da boca do RN é tocado ou acariciado. A partir disso, bebê vira a cabeça em direção ao estímulo e abre a boca para seguir e enraizar na direção do toque

continua

Quadro 3. Reflexos do recém-nascido (continuação)

REFLEXO	IDADE	FORMA DE APRESENTAÇÃO
Moro	Desde o nascimento	Ao fazer um barulho alto ou mudar repentinamente a posição do bebê. Em resposta ao som, o bebê joga a cabeça para trás, estende os braços e as pernas, chora e depois puxa os braços e as pernas para dentro
Preensão palmar	Desde o nascimento	Ao acariciar a palma da mão do RN, os dedos se fecham ao redor do estímulo
Preensão plantar	Desde o nascimento	Ao colocar um objeto ou um dedo entre os dedos dos pés, os dedos se fecham ao redor do estímulo
Marcha reflexa	Desde o nascimento	Segurar o bebê ereto com os pés em uma superfície plana, as pernas da criança se movimentam como se estivessem andando
esgrimista ou tônico-cervical de Magnus e de Kleijn	Desde o nascimento	Desencadeado por rotação da cabeça enquanto a outra mão do examinador estabiliza o tronco do RN. Observa-se extensão do membro superior ipsilateral à rotação e flexão do membro superior contralateral
Galant ou de encurvamento do tronco	Desde o nascimento	Desencadeado por estímulo tátil na região dorso lateral. Observa-se encurvamento do tronco ipsilateral ao estímulo

continua

Quadro 3. Reflexos do recém-nascido (continuação)

REFLEXO	IDADE	FORMA DE APRESENTAÇÃO
Landau	A partir dos 3 meses	Desencadeado quando o bebê é suspenso na posição prona e flexiona-se sua cabeça contra o tronco. Esse estímulo faz com que as pernas da criança se flexionem contra o tronco. Além disso, observa-se elevação da cabeça acima do tronco

Fonte: Damasceno *et al.*⁷

7. BANHO DO RECÉM-NASCIDO

Materiais:

- Biombo ou cortina
- Banheira, Bacia e jarro com água aquecida entre 37 e 37,5°C
- Sabão líquido neutro
- Shampoo neutro
- Luvas de procedimentos
- Bolas de algodão
- Toalha

Procedimento:

- Reunir e organizar os materiais necessários e preparar o ambiente, com temperatura em torno de 24° à 26°, de acordo com o termômetro de parede e se necessário ligar o aquecedor

- Convidar para o primeiro banho do RN os pais ou acompanhante do RN para participar do primeiro banho e explicar sobre o procedimento, a finalidade do banho e a sua importância com relação ao cuidado seguro. Esse momento deve servir para demonstrar a técnica do banho e cuidados com a segurança do RN
- Encher a banheira do RN com água na temperatura de 36 à 37°, que deve estar agradável e testá-la com o dorso da mão ou cotovelo do profissional
- Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimentos e vestir o avental descartável
- Realizar o banho do RN em duas etapas, respeitando o sentido céfalo-caudal

1ª etapa:

- » Despir o RN, se presença de fezes e urina limpar antes de imergir na banheira
- » Colocar uma fralda limpa sobre a balança e tarar a mesma, para pesar o RN em seguida
- » Envolver e conter o RN em cueiro, a cabeça deve ficar fixa e descoberta
- » Lavar a cabeça do RN, com o auxílio de gaze e usar sabão líquido (PH neutro sem aditivos de cor e cheiro) neste primeiro banho, nos subsequentes lavar somente com água

- » Retornar o RN a bancada para secar a cabeça, mantendo-o ainda coberto em cueiro

2ª etapa:

- » Colocar o RN dentro da banheira com proteção do cueiro, retirando-o gradativamente, sendo exposto o lado anterior (abdome, tórax, membros superiores e inferiores) e terminado o lado posterior (dorso, genitália e ânus) do corpo do RN, sempre no sentido céfalo-caudal e da região menos contaminada para a mais contaminada
- » Secar o RN e realizar a limpeza do coto umbilical
- » Vestir o RN e deixá-lo confortável no berço
- » Comunicar enfermeira e/ou equipe médica a ocorrência de quaisquer alterações observadas no banho do RN
- » Higienizar as mãos
- » Realizar registros de enfermagem no prontuário



9. CÁLCULO, PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Quadro 1. "11 certos" do processo de medicamentosos

PASSOS	AÇÕES QUE COM- PÕEM 11 CERTOS	COMO GARANTIR OS 11 CERTOS
1	Paciente certo	Conferir nome do paciente completo descrito na prescrição médica com a pulseira de identificação e placa beira leito
2	Prescrição certa	Conferir se o medicamento está prescrito da forma usualmente utilizada e se há relatos de alergia ao medicamento
3	Medicamento certo	Conferir rótulo do medicamento com o medicamento que foi prescrito. Atenção aos medicamentos de grafia e som semelhante! Para medicamentos de alta vigilância deve ser realizada a dupla checagem
4	Forma/ apresentação certa	Conferir se a forma/ apresentação (ex.: comprimido, drágea, solução) é compatível com o prescrito pelo médico
5	Horário certo	Realizar a administração no horário prescrito, evitando superdosagem e interferência no tempo de ação da droga

continua

Quadro 1. "11 certos" do processo de medicamentosos (continuação)

PASSOS	AÇÕES QUE COM- PÕEM 11 CERTOS	COMO GARANTIR OS 11 CERTOS
6	Via certa	Verificar se a via prescrita é compatível com a forma/apresentação do medicamento a ser administrado
7	Dose certa	Garantir a administração da dose certa. Avaliar se a dose prescrita é a usualmente utilizada
8	Validade	Verificar validade na embalagem do medicamento
9	Tempo de administração certo	Realizar o cálculo de gotejamento correto e administrar no tempo de infusão que não cause dano
10	Abordagem e orientação ao paciente	Informar ao paciente o nome do medicamento que será administrado; fornecer orientação que sejam pertinentes ao paciente sobre o uso do medicamento
11	Registro completo	Realizar a checagem na prescrição médica e o registro na anotação de enfermagem de intercorrências e resposta do paciente ao medicamento

Fonte: Adaptado de COREN-São Paulo¹.

1. DUPLA CHECAGEM NA DISPENSAÇÃO, PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

- A dupla checagem é uma barreira instituída para reduzir o risco de administração errado de medicamentos
- Geralmente, a dupla checagem é utilizada para medicamentos de alta vigilância e/ou administração de hemocomponentes
- Etapas da dupla checagem
 - » Na dispensação
 - 1º) o profissional que dispensa o medicamento na farmácia realiza a checagem dos seguintes dados na presença do profissional de enfermagem que foi retirar o medicamento
 - ♦ Conferir nome do paciente que fará uso do medicamento
 - ♦ Proceder a conferência do nome do medicamento que está sendo dispensado
 - ♦ Utilizar carimbo de certificação que houve dupla checagem na dispensação
 - 2º) Na sequência, o profissional que foi retirar o medicamento na farmácia

realiza a checagem dos dados acima na presença do profissional da farmácia

- 3º) Ambos assinam confirmando que a dispensação foi correta
- » No preparo e administração
 - Dois profissionais de enfermagem conferem as informações do paciente, do medicamento, a forma de preparo e via de administração
 - Ambos realizam a checagem na prescrição médica

2. APLICAÇÃO DA ESCALA DE MADDOX

Figura 1. Escala de Maddox para identificação de sinais de flebite

Escala de Maddox	
Sem dor	① Não há sinal de flebite
	② Possivelmente início de flebite
Dor moderada	③ Início de flebite
	④ Flebite em evolução
Dor severa	⑤ Início de tromboflebite
	⑥ Tromboflebite em evolução

Fonte: Elaborada pela autora.

Grau 0 – ausência de reação ou sintomas. Sítio de inserção íntegro;

Grau 1 – apresenta sensibilidade ao toque sobre o acesso. Se houver presença de dor e rubor considerar pontuar apenas 1 sinal;

Grau 2 – presença de dor, rubor e edema;

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

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

Grau 5 – tromboflebite aparente (presença de dor, rubor, edema, cordão e secreção purulenta).

Atenção:

- Rotineiramente cabe ao enfermeiro a aplicação da escala de Maddox, mas o técnico de enfermagem poderá utilizá-la para guiar sua prática e identificar sinais de flebite
- Sempre que identificados valores $\geq$ Grau 2, na Escala de Maddox, o técnico de enfermagem deve
 - » Comunicar a enfermeira e aguardar tomada de decisão
 - » Realizar notificação de incidentes

- » Providenciar material de punção venosa periférica para troca do acesso venoso, após a prescrição da enfermeira
- » Retirar acesso venoso periférico e proceder cuidados locais prescritos

3. CÁLCULO DE GOTEJAMENTO

- O cálculo de gotejamento é realizado quando há necessidade de administração de medicamentos em soluções

Bomba de Infusão

- O cálculo de gotejamento no equipo para bomba de infusão é realizado no momento da instalação da solução. Para isso, após a instalação da solução na bomba de infusão, colocar no teclado
 - » Volume total da solução. Exemplo: 500 mL
 - » Tempo total da infusão. Exemplo: 24 horas
 - » A bomba de infusão dará o volume a ser infundido por hora. Exemplo: 21 mL/h

Equipo macrogotas

Quando prescrito em horas	Quando prescrito em minutos
$\text{Gotas (gts)} = \frac{\text{volume (mL)}}{\text{tempo (horas)} \times 3}$	$\text{Gotas/min} = \frac{\text{volume} \times 20}{\text{valor em minutos.}}$

Exemplo: calcular o gotejamento de uma solução de 500 mL de volume, no período de 6 horas:

$\text{Gotas} = \frac{500 \text{ mL}}{6 \text{ (h)} \times 3}$	$= 28$ gotas	$\text{Gotas} = \frac{500 \text{ mL} \times 20}{360}$	$= 28$ gotas
--	-----------------	---	-----------------

Equipo microgotas

- Utilizado em pacientes pediátricos e neonatais ou em pacientes que estejam fazendo uso de quimioterápicos antineoplásicos:

Quando prescrito em horas	Quando prescrito em minutos
$\text{Gotas (gts)} = \frac{\text{volume (mL)}}{\text{tempo (horas)}}$	$\text{Gotas/min} = \frac{\text{volume} \times 60}{\text{valor em minutos.}}$

Exemplo: calcular o gotejamento de uma solução de 500 mL de volume, no período de 6 horas:

$\text{Gotas (gts)} = \frac{500}{6}$	$= 84$	$\text{Gotas (gts)} = \frac{500 \times 60}{360}$	$= 84$
--------------------------------------	--------	--	--------

4. CÁLCULO DE TRANSFORMAÇÃO DE SOLUÇÕES

1. Calcular a concentração do soro prescrito;

Exemplo: Soro Glicosado 7,5% 500 mL para infundir em 12 horas.

Concentração de glicose no SG 7,5% 500 mL 100 mL --- 7,5 gramas de glicose 500 mL -- x $X = \frac{3.750}{100} = 37,5$ gramas de glicose	Atenção: Considerar para efeito de cálculo que em 100 mL de solução glicosada contém 7,5 gramas de glicose.
---	---

2. Calcular a concentração do soro disponível na sua unidade;

Disponível Soro glicosado 5% e ampolas de glicose 25 % de 10 mL.

Concentração de glicose no SG 5% 500 mL 100 mL --- 5 gramas de glicose 500 mL -- x $X = \frac{2.500}{100} = 25$ gramas de glicose	Atenção: Considerar para efeito de cálculo que em 100 mL de solução glicosada contém 5 gramas de glicose.
---	---

3. Calcular a diferença do soro disponível do soro prescrito;

A solução prescrita precisa de 37,5 g e a solução disponível tem 25 g, logo,

$37,5 \text{ g} - 25 \text{ g} = 12,5 \text{ g}$ de glicose precisa ser adicionada ao SG 5% disponível na unidade.

4. Calcular quantos gramas de glicose tem em cada ampola de glicose disponível;

Concentração glicose 25% 10 mL 100 mL --- 25 gramas de glicose 10 mL ----- x $x = \frac{250}{100} = 2,5$ gramas de glicose	Atenção: Considerar para efeito de cálculo que em 100 mL de solução glicosada contém 25 gramas de glicose.
---	---

5. Calcular quantos mL de glicose precisamos para acrescentar ao valor encontrado no passo 3 no soro disponível;

É preciso adicionar 12,5 g de glicose ao SG 5% disponível na unidade para ter uma solução glicosada de 7,5%. Então: Se uma ampola de 10 de glicose 25% tem 2,5 g de glicose, para adicionar 12,5 g precisarei de 5 ampolas de 10 mL de glicose. 5 ampolas x 2,5 g = 12,5 g ou 50 mL
--

6. Calcular o valor desprezado de glicose em relação ao passo 5;

Será necessário desprezar 50 mL do SG 5% para acrescentar 12,5 de glicose. Ao desprezar 50 mL perdemos	100 mL --- 5 g 50 mL --- x = $\frac{250}{100} = 2,5$ g
--	---

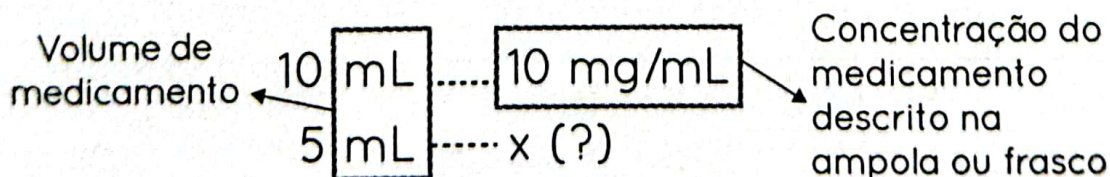
7. Calcular quantos mL de glicose representam a quantidade em gramas encontrada no passo 6;

$ \begin{array}{rcl} 100 \text{ mL} & \text{----} & 25 \text{ g} \\ x & \text{-----} & 2,5 \text{ g} = 250/25 \text{ g} = 10 \text{ mL} \end{array} $
--

Nesse caso, será necessário acrescentar mais uma ampola de 10 mL de glicose 25%, totalizando 6 ampolas de glicose 25% para obter a solução glicosada 7,5%.

5. CÁLCULO DE MEDICAMENTOS

- Compreender o que está sendo solicitado na prescrição e o medicamento disponível na sua unidade
- Utilizar regra de três para o cálculo, dessa forma deve-se organizar as grandezas de mesma unidade em colunas, mantendo na mesma linha as grandezas que são de unidades diferentes. Por exemplo: os volumes dos medicamentos em uma coluna e concentrações em outra coluna



- Montar a proporção e resolver a equação

Exemplo:

Paciente: João	Leito: 20	Alergias: Nega					
Prescrição médica		Aprazamento					
1) Vacomicina 16 mg em 250 mL de SG 5% EV de 6/6h		18	00	06	12		
2) Penicilina cristalina 2.000.000 UI EV de 12/12 horas.		18		06			

Preparando a Vancomicina prescrita – Em sua unidade encontra-se disponível a apresentação da Vancomicina 500 mg em frasco ampola contendo o soluto (em pó). Como calcular e administrar este antibiótico?

Resposta:

- 1º Diluir a vancomicina no frasco-ampola de 500 mg com 5 mL de solvente (água destilada estéril), resultando em 5 mL da solução de vancomicina com 500 mg
- 2º Calcular o volume correspondente à dose de 100 mg do antibiótico

$\begin{array}{l} 500 \text{ mg} \text{ --- } 5 \text{ mL} \\ 100 \text{ mg} \text{ --- } X \text{ mL} = \frac{500 \text{ mg/mL}}{500 \text{ mg/mL}} = 1 \text{ mL} \end{array}$	Ou seja, em 1 mL contém 100 mg de vancomicina.
--	---

- 3º Como foi prescrito 16 mg de vancomicina, aspirar 1 mL da solução de vancomicina do frasco-ampola em uma seringa de 10 mL e rediluir com mais 9 mL de água destilada totalizando 10 mL contendo 100 mg de vancomicina
- 4º Calcular o volume que deve ser utilizado para corresponder a 16 mg de vancomicina

100 mg -- 10 mL 16 mg -- X mL = $\frac{160 \text{ mg/mL}}{100 \text{ mg/mL}} = 1,6 \text{ mL}$	Ou seja, em 1,6 mL da solução rediluída na seringa contém 16 mg de vancomicina.
---	---

- 5º Retirar 1,6 mL de SG 5% e desprezar e acrescentar 1,6 mL da solução de vancomicina e administrar por via endovenosa

Preparando a Penicilina cristalina prescrita –

Em sua unidade o frasco-ampola disponível corresponde a 5.000.000 UI em 2 mL. Como administrar esse fármaco?

Resposta:

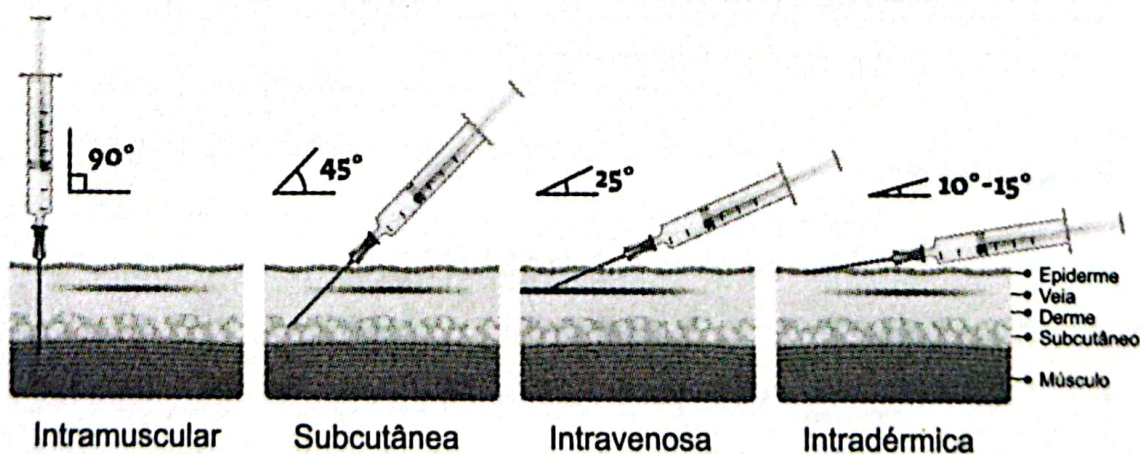
- 1º) Lembrar que a penicilina cristalina é apresentada em UI (unidades internacionais)
- 2º) Para facilitar a administração devemos obter como dose um volume igual ou superior a 1 mL. Assim, acrescentar 8 mL de água destilada ao frasco-ampola para atingir

10 mL, como a apresentação do frasco-am-pola é 2 mL, acrescentando mais 8 mL de água destilada, obtém-se 5.000.000 UI em 10 mL de água destilada

- 3º) Calcular quantos mL corresponde a de 2.000.000 UI de penicilina cristalina

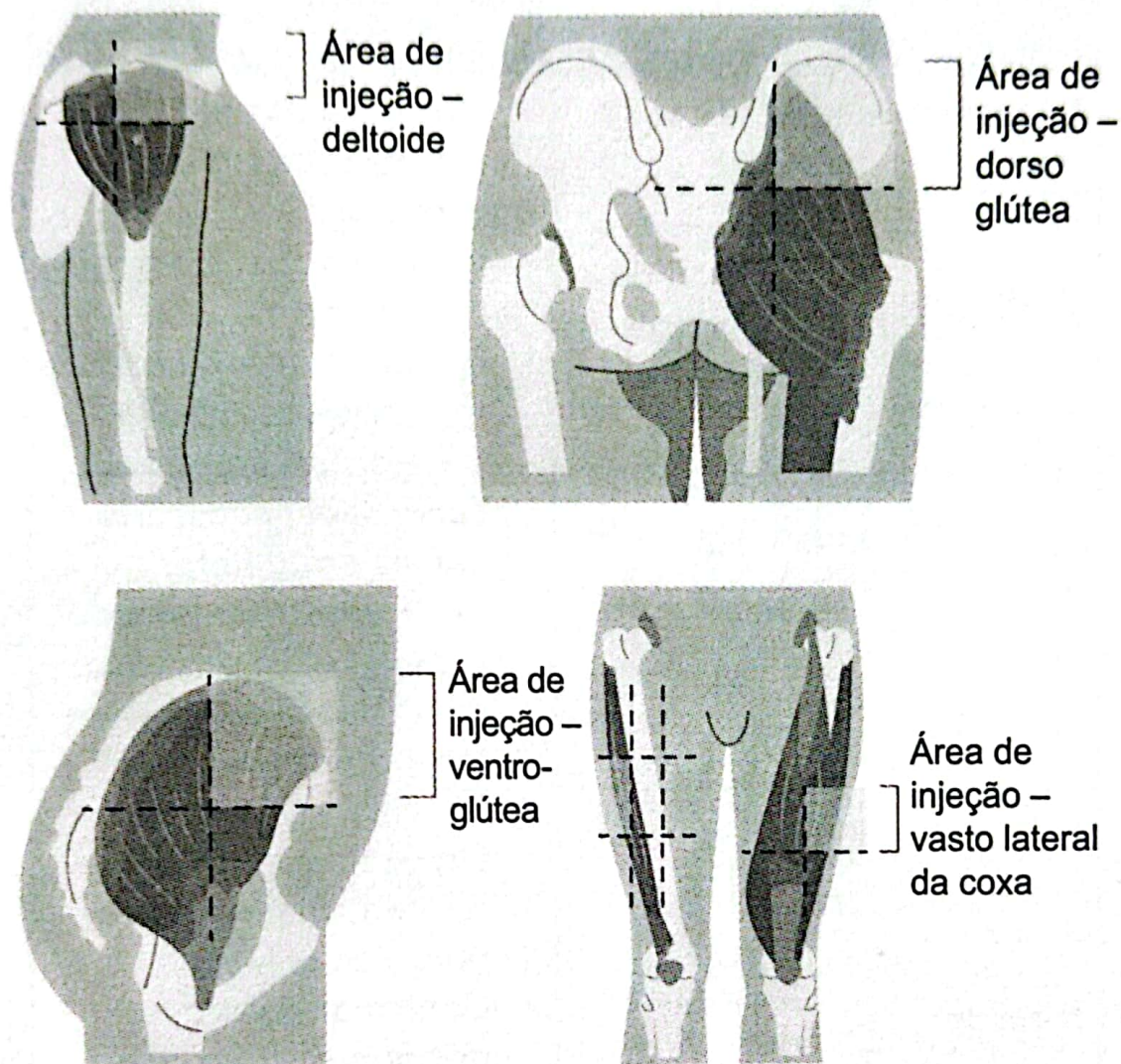
$\begin{array}{l} 5.000.000 \text{ UI} \text{ -- } 10 \text{ mL} \\ 2.000.000 \text{ UI} \text{ -- } X \text{ mL} = \frac{20.000.000}{5.000.000} = 4 \text{ mL} \end{array}$	Ou seja, a cada 12 horas deve-se administrar 4 mL de penicilina rediluída por via endovenosa.
--	--

Figura 2. Angulação da agulha na administração parenteral (intramuscular, subcutânea, intradérmica, intravenosa)



Fonte: VectorMine/Shutterstock.com².

Figura 3. Vias de administração de medicamentos intramuscular e volume suportado



Fonte: [inspiring.team/Shutterstock.com](https://www.inspiring.team/Shutterstock.com)³.

Volume de medicamento intramuscular seguro em adultos:

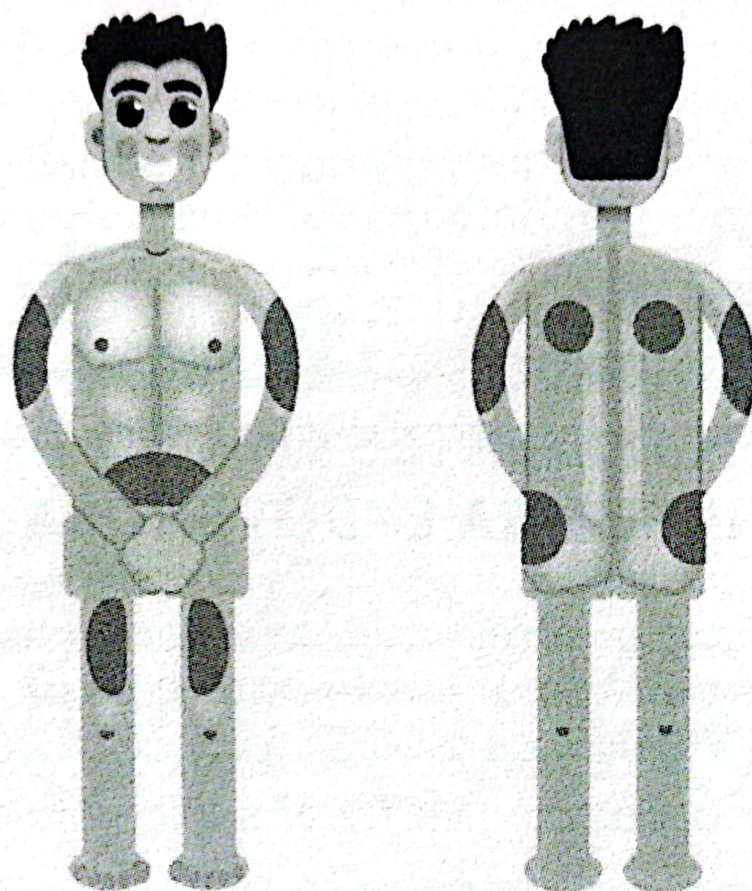
- Volume deltoide – até 2 mL
- Volume dorso glútea (quadrante superior externo) – até 5 mL
- Volume ventro glútea – até 4 mL
- Volume vasto lateral da coxa – até 4 mL

**Quadro 2. Cuidados com drogas vasoativas:
noradrenalina, dobutamina e nipride**

DROGA	AÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Noradrenalina	Vasoconstritor	• Monitorar níveis pressóricos rigorosamente • Monitorar frequência cardíaca • Administrar em cateter venoso central e em bomba de infusão. Caso seja necessário iniciar em cateter periférico, manter em via exclusiva em vaso calibroso e por menor tempo possível • Se possível, manter via exclusiva do cateter central para evitar bolus da solução • Controlar débito urinário através do balanço hídrico • Manter solução de noradrenalina e de nipride protegida da luz e utilizar equipo fotoprotetor • Preferencialmente, preparar a solução em soro glicosado 5% 250 mL (ver protocolo da instituição)
Dobutamina	Aumenta a força de contração cardíaca	
Nipride	Vasodilatador	

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 4. Locais de administração de medicamento subcutâneo



Fonte: Andrii Symonenko/Shutterstock.com⁴.

Quadro 3. Tipos de insulina e tempo de ação

CLASSE	NOME	VIA	INÍCIO DE AÇÃO	DURAÇÃO DA AÇÃO
Ultra-rápida	Lispro	SC	30-90 minutos	5 horas
Rápida	Regular	SC	30 minutos	5 - 7 horas
Intermediária	NPH	SC	2-8 horas	24 - 48 horas
Prolongada	Glargina	SC	2-4 horas	24 horas

Fonte: Elaborado pela autora.

Lembrar:

- Em pacientes com prescrição médica de insulina intermediária ou prolongada, a mesma deve ser administrada mesmo que o paciente apresente níveis de glicemia capilar normais no momento da administração

6. CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES EM USO DE INSULINA ENDOVENOSA

- Verificar glicemia capilar a cada 1 hora, até a correção da glicemia para a faixa-alvo
- Após 3 glicemias consecutivas dentro da faixa-alvo, passar a verificar a glicemia de 2/2h
- Realizar rodízio entre os dedos na verificação da glicemia capilar
- Realizar troca da solução de insulina a cada 12 horas
- Garantir a administração da solução de insulina sob bomba de infusão
- Garantir via exclusiva para infusão da solução, evitando bolus inadvertidos
- Registrar a cada todas os valores de glicemia capilar aferidos, assim como os ajustes realizados na taxa de infusão da solução de insulina



10. ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM

1. SUGESTÕES DE ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

As anotações de enfermagem fundamentam a Sistematização da Assistência de Enfermagem e compõe requisito legal atestando os cuidados de enfermagem realizados.

Quadro 1. Conteúdo das anotações de enfermagem

O QUE SEMPRE COLOCAR NA ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM?	O QUE NÃO COLOCAR NA ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM?
Data e hora do cuidado prestado	Nome de outros profissionais
Ação ou intervenção realizada de forma descritiva	Informações que não dizem respeito ao cuidado prestado por você ao paciente
Resultado ou efeito da intervenção realizada anteriormente	Cuidados que não foram realizados ou realizados por outros
Assinatura e identificação do número do COREN do profissional	Informações administrativas que necessitam do conhecimento por toda equipe

Fonte: Elaborado pela autora.

Banho no leito

(Data e hora do procedimento) – Realizado banho no leito. Paciente tolerante ou estável ao procedimento. Visualizado pele íntegra **(ou listar lesões)**, aplicado hidratante corporal em

extremidades **(membros superiores ou inferiores)** e creme barreira em região íntima. Realizado troca de fraldas, roupa íntima e lençóis. Ao final do banho, posicionado paciente em decúbito **(lateral ou dorsal)**. Procedimento sem intercorrências **(Nome do profissional e COREN)**.

Punção de acesso venoso periférico

(Data e hora do procedimento) – Realizado punção venosa periférica em membro superior **(direito ou esquerdo)**, em **(colocar região: fossa antecubital, antebraço, dorso da mão)**, com **(colocar dispositivo Jelco ou scalp)** calibre **(colocar o tamanho, por exemplo: no 20)**, mantido salinizado ou sorolizado. Êxito na punção após duas tentativas. Realizado fixação com **(colocar insu- mo, por exemplo: micropore ou filme transparente estéril)**. Identificado e datado novo acesso. Durante teste de funcionalidade da punção paciente não verbalizou queixas e não foram visualizados sinais de desconforto ou infiltração.

Sinais vitais

(Data e hora do procedimento) – Aferidos dados vitais de rotina ou de horário **(colocar valores aferidos, exemplo: PA 120 x 80 mmHg, FC = 90 bpm, FR = 20 rpm, Dor 5)**. Paciente queixa-se de dor no abdome. Comunicado à enfermeira e realizada analgesia prescrita. Oriento paciente reavaliação da dor após 1 hora. **(Nome do profissional e COREN)**.

Teste do pezinho

(Data e hora do procedimento) – Orientado à genitora **(ou responsável)** quanto ao procedimento, assim como é realizada a conferência dos dados de identificação. Posicionada genitora em pé e recém-nascido no colo da mesma e realizada punção em calcâneo esquerdo com bom retorno. Ao final do procedimento, é orientado à genitora **(ou responsável)** sobre cuidados com o membro puncionado e retorno para resultado do exame **(Nome do profissional e COREN)**.

2. CHECAGEM DA PRESCRIÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM

- É um ato que atesta a realização de determinado procedimento ou da administração de medicação
- Para checar registre seu nome de forma legível, seguido da numeração do COREN (Prontuário manual). Em prontuário eletrônico, a checagem geralmente representa um checking ou clique e seu registro profissional é automatizado no momento do acesso ao prontuário
- Quando a medicação ou procedimento não for realizado, deve-se circular/bolar o horário aprazado pela enfermeira e registrar a justificativa na anotação de enfermagem
- Para medicações de alta vigilância deve-se proceder a dupla checagem, ou seja, conferência e assinatura por dois profissionais

3. SEGURANÇA DO PACIENTE - 6 METAS INTERNACIONAIS E ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

**Quadro 2. Metas internacionais
de segurança do paciente**

Nº DA META	META INTER-NACIONAL	ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA
1	Identificar corretamente o paciente	• Manter paciente com pulseira de identificação em membro superior com nome legível • Registrar em placa beira leito dados de identificação • Proceder a conferência da pulseira a cada intervenção a ser realizada
2	Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde	• Utilizar sistematização padrão para passagem de plantão • Solicitar que profissional repita o comando dado em situações de urgências • Registrar de forma legível em documentos institucionais • Utilizar rótulos padronizados para identificar as soluções em uso pelo paciente

continua

**Quadro 2. Metas internacionais
de segurança do paciente (continuação)**

Nº DA META	META INTER-NACIONAL	ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA
3	Melhorar a segurança na prescrição, no uso de administração de medicamentos	• Prescrição com letra legível • Dupla checagem na dispensação e administração de medicamentos de alta vigilância • Preparo do medicamento de cada paciente a beira leito • Identificação de soluções e soros • Conferência sobre alergias medicamentosas antes do preparo
4	Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos	• Utilizar checklist de cirurgia segura em todo período perioperatório • Adotar estratégias para demarcação de lateralidade, quando necessário
5	Higienizar as mãos para evitar infecções	• Realizar higienização das mãos • Antes da realização do cuidado • Antes de realizar procedimento limpo/asséptico • Após tocar o paciente • Após risco de exposição com fluidos corporais • Após tocar superfícies próximas ao paciente

continua

**Quadro 2. Metas internacionais
de segurança do paciente (continuação)**

Nº DA META	META INTER-NACIONAL	ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA
6	Reduzir risco de quedas e úlceras por pressão	• Manter grades do leito elevadas • Orientar paciente ou acompanhante a solicitar ajuda para sair do leito • Identificar pacientes com risco elevado de quedas • Priorizar leito de maior vigilância para pacientes com risco elevado de quedas • Realizar mudança de decúbito ou orientar a cada 2 horas • Inspeccionar a pele a cada banho ou higiene realizada • Proteger proeminências ósseas • Supervisionar a aceitação da dieta prescrita

Fonte: Brasil².

4. COMO FAZER NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTE RELACIONADO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1) O que são incidentes?

- Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário

ao paciente. Pode estar relacionado a uma falha ou erro assistencial, portanto não intencional ou a uma violação de uma regra

2) Classificação dos incidentes relacionados à saúde

Quadro 3. Classificação dos incidentes relacionados à saúde

CLASSIFICAÇÃO	CONCEITO	EXEMPLOS
Circunstância notificável	Evento/situação que tem potencial significativo para causar dano, mas não houve erro associado.	- Desfibrilador numa sala de emergência que não está funcionando - Maca com grades laterais quebradas
Near miss ou quase erro	incidente que não atingiu o paciente, pois foi detectado com antecedência.	Unidade de sangue é conectada ao paciente errado, mas o erro é detectado antes do início da transfusão
Incidente sem dano	Evento que atingiu o paciente, mas não causou dano.	Unidade de sangue que acabou sendo transfundida para o paciente errado, mas não houve reação
Incidente com dano ou evento adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente (físico, social ou psicológico).	É feita infusão da unidade errada de sangue no paciente e este morre por reação hemolítica

Fonte: Brasil².

3) Quais os tipos de incidentes?

- Podem existir inúmeros tipos de incidentes. Mas, segundo o relatório ANVISA 2022, os incidentes notificados com maior frequência em 2022 foram
 - » Falhas durante procedimento cirúrgico, broncoaspiração, extubação endotraqueal acidental, falhas na administração de dietas, evasão do paciente, falha na identificação do paciente, quedas do paciente, retirada acidental de sonda nasoenteral, falhas envolvendo acesso venoso, úlcera por pressão

4) O que fazer ao identificar incidentes?

- Prestar o atendimento imediato ao paciente para minimizar danos
- Comunicar a enfermeira de plantão
- Notificar em formulário ou sistema de notificação

Atenção: Os incidentes precisam ser notificados quando ocorrem. Dessa forma, o serviço de saúde deve ter algum formulário ou sistema de notificação instituído.

5) Como notificar o incidente?

- Não é obrigatório a identificação de quem notifica, mas sempre coloque a data da ocorrência
- Descreva o ocorrido colocando os detalhes envolvidos
- Descreva a ação imediata ao identificar o incidente

6) Por que devo realizar a notificação de incidentes relacionados à saúde?

- É a única forma de evitar que eles aconteçam novamente
- O serviço de saúde deverá analisar estratégia para evitar novos incidentes
- O serviço de saúde precisará notificar a Anvisa demonstrando um plano de ação para prevenção de novo incidentes
- É uma forma de segurança do paciente e profissional

5. PASSAGEM DE PLANTÃO COM FERRAMENTA SBAR

- A ferramenta SBAR viabiliza comunicação estruturada que permite precisão na transferência de informações

Quadro 4. Ferramenta SBAR

MNEMÔNICO	O QUE DEVE SER FALADO	EXEMPLO
S	Situação	Eu sou (nome), da enfermaria (nome); Estou ligando sobre o paciente (nome); O médico informou que ele será transferido para esta UTI
B	Contexto	Paciente foi admitido em (data) com (descrever); Seguiu com a seguinte terapia (descrever); Mas nas últimas "X" horas apresentou mudança do quadro clínico com (descrever alterações clínicas, utilizando escores)
A	Avaliação	Nós fizemos as seguintes intervenções diante do quadro (descrever, por exemplo: coleta de exames, elevação da cabeceira, administração de medicamentos prescritos etc.)
R	Recomendação	Já posso preparar o paciente para o transporte à unidade?

Fonte: Adaptado de Uerj³.

Quadro 5. Medidas de precaução e de isolamento

TIPO DE PRE-CAUÇÃO	MEDIDAS	OBSERVAÇÕES
Padrão	Higienização das mãos Luvas e avental Óculos e máscara Caixa de perfuro-cortante	Devem ser seguidas para todos os pacientes, independente da suspeita ou não de infecções
Contato	Higienização das mãos Luvas e avental Quarto privativo	Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente
Gotícula	Higienização das mãos Máscara cirúrgica (profissional) e durante o transporte o paciente também deve usar Quarto privativo	Indicações: meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola etc.
Aerossóis	Higienização das mãos Máscara PFF2 (N95) Máscara cirúrgica durante o transporte o paciente deve usar Quarto privativo	Mantenha a porta do quarto sempre fechada e utilize os EPI antes de entrar no quarto

Fonte: Brasil⁴.



11. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. VISITA DOMICILIAR (VD)

Faz parte da Atenção Primária à Saúde, compreendendo atendimento personalizado para o indivíduo, à família ou à coletividade prestada nos domicílios com objetivo de garantir equidade da assistência em saúde.

O público geralmente elegível às visitas domiciliares constitui-se de: pessoas acamadas, puérperas e recém-nascidos, portadores de doenças infectocontagiosas, portadores de doença crônica, idosos, e pessoas com dificuldade de locomoção.

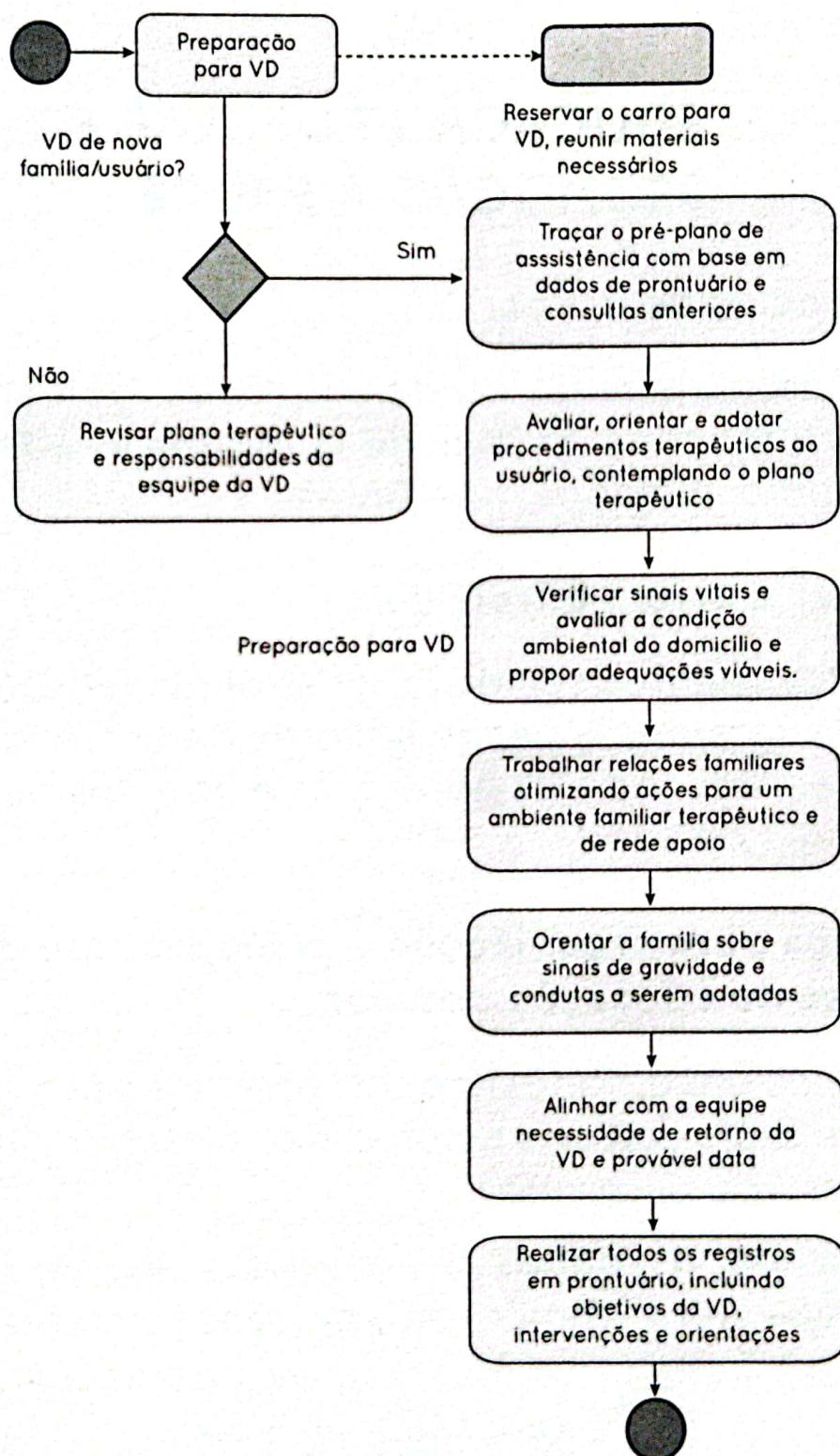
Equipe da visita domiciliar: enfermeiro, técnico de Enfermagem e médico.

Materiais:

- Prontuário do cliente
- Esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, glicosímetro e lancetas
- Algodão
- Luvas de procedimentos
- Monofilamento para teste de sensibilidade
- Receituários
- Caneta

Descrição da visita:

Fluxograma 1.
Fluxograma para visita domiciliar



Fonte: Adaptado de Brasil¹.

Observação: É importante posicionar o usuário como agente responsável pelo processo de equilíbrio entre a relação saúde-doença.

2. EDUCAÇÃO POPULAR E PROMOÇÃO À SAÚDE

Propostas de ações:

- Campanhas de conscientização, palestras, orientações, grupos de cuidados e rede de apoio, diálogos itinerantes

Atores a serem envolvidos:

- Movimentos sociais, profissionais de saúde, professores e pesquisadores de universidades, educadores populares e agentes populares de saúde

Passos para organização e planejamento de ações de educação popular:

- Faça um diagnóstico dos problemas de saúde mais comuns na área de abrangência do serviço de saúde
- Defina as ações prioritárias, aquela que pode gerar maior impacto populacional
- Determine o público-alvo, os objetivos, a metodologia(s) com base no público-alvo, ou seja, aquela que é mais fácil de ser aplicada

e compreendida, responsáveis por cada ação e prazos para o início e finalização da ação

- Fracione os objetivos em metas menores e determine os responsáveis por cada meta para facilitar sua implementação e monitoramento
- Liste os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis e necessários
- Envolve as equipes multiprofissionais na construção das iniciativas/ações

Para acessar as listas de Referências e
Bibliografia Consultada basta escanear o
QR CODE abaixo

