

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: GUIA PARA A ENFERMAGEM



ORGANIZADORES:

NEREIDE DE ANDRADE VIRGÍNIO
DAIANE MEDEIROS DA SILVA
CLAÚDIA GERMANA VIRGÍNIO DE SOUTO
SALMANA RIANNE PEREIRA ALVES
MARIA DAS GRAÇAS NOGUEIRA FERREIRA

1ª EDIÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA
JOÃO PESSOA - 2020



**Faculdade de Enfermagem
Nova Esperança**

De olho no futuro

Procedimento Operacional Padrão: Guia para a Enfermagem

Organizadores:

Nereide de Andrade Virgínio

Daiane Medeiros da Silva

Cláudia Germana Virgínio de Souto

Salmana Rianne Pereira Alves

Maria das Graças Nogueira Ferreira

1ª Edição

ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANCA LTDA

João Pessoa - Dez/2020

Diretora Presidente da Entidade Mantenedora
Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor Faculdades Nova Esperança
Eitel Santiago Silveira

Secretária Geral
Carolina Santiago Silveira Polaro Araujo

Secretário Adjunto
Edielson Jean da Silva Nascimento

Coordenadora Acadêmica Faculdades Nova Esperança
Nereide de Andrade Virgínio

Coordenadora do Curso de enfermagem
Daiane Medeiros da Silva

Revisão Editorial/Editoração
Ana Lima Dantas

Revisão Ortográfica (Língua Portuguesa)
Josane Cristina Batista Santos

Diagramação
Ana Lima Dantas/Maria das Graças Nogueira Ferreira

As imagens da capa foram retiradas do arquivo das Faculdades Nova Esperança.
Todos os direitos reservados aos autores.
A responsabilidade sobre textos são dos respectivos autores.

V81p	Virgínio, Nereide de Andrade Procedimento operacional padrão: guia para a enfermagem / Nereide de Andrade Virgínio. – João Pessoa, 2020. 316f. ISBN: 978-65-88050-05-7 1. Procedimento Operacional Padrão. 2. Pop. 3. Enfermagem. 4. Urgência e Emergência. 5. Terapia Intensiva. 6. Semiologia. 7. Atenção Integral. 8. Enfermagem Cirúrgica. I. Silva, Daiane Medeiros da. II. Souto, Cláudia Germana Virgínio de. III. Alves, Salmana Rianne Pereira. IV. Ferreira, Maria das Graças Nogueira. V. Título. CDU: 616-083
------	---

ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANCA LTDA
Av. Frei Galvão, 12 - Gramame, João Pessoa -PB CEP 58067-695
Fone/Fax : (83) 2106-4777

Sumário

Apresentação.....	006
-------------------	-----

SEÇÃO 1

FUNDAMENTOS DE SEMIOLOGIA DE ENFERMAGEM

POP 1. Anamnese.....	008
POP 2. Administração de Medicação Oral.....	011
POP 3. Higienização Simples das Mãos.....	014
POP 4. Calçar Luvas Estéreis.....	019
POP 5. Verificação de Sinais Vitais (SSVV).....	023
POP 6. Oxigenoterapia.....	032
POP 7. Exame Físico Geral.....	038

ENFERMAGEM EM SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA I

POP 8. Exame Físico da Cabeça e Pescoço.....	046
POP 9. Exame Físico do Sistema Respiratório.....	052
POP 10. Exame Físico do Sistema Cardiovascular.....	060
POP 11. Exame Físico do Abdome.....	065

ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II

POP 12. Limpeza da Unidade do Paciente.....	073
POP 13. Arrumação do Leito Hospitalar.....	077
POP 14. Higiene do Couro Cabeludo, Face e Pescoço.....	081
POP 15. Higiene do Indivíduo – Oral.....	086
POP 16. Higiene do Indivíduo – Banho completo no leito.....	092
POP 17. Higiene do Indivíduo – Higiene Íntima.....	095
POP 18. Sondagem Gastrointestinal.....	101
POP 19. Descartar materiais perfurocortantes.....	108
POP 20. Medicação Parenteral - Via Intradérmica (ID).....	111
POP 21. Medicação Parenteral - Via Subcutânea (SC).....	117
POP 22. Medicação Parenteral - Via Intramuscular (IM).....	121
POP 23. Medicação Parenteral - Via Endovenosa (EV).....	128
POP 24. Verificação da Glicemia Capilar.....	135
POP 25. Insulinoterapia.....	139
POP 26. Curativos.....	147
POP 27. Cateterismo Vesical.....	157
POP 28. Lavagem Intestinal.....	164
POP 29. Cuidado com o Corpo Após a Morte.....	168

SEÇÃO 2

ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO ADULTO I – SAÚDE DA MULHER

POP 30. Consulta Ginecológica – Exame da Genitália e Coleta do Material Para Exame Citopatológico.....174

ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA

POP 31. Cuidados de Enfermagem na Assistência Pré-Natal na Gestação Saudável.....182

SEÇÃO 3

ENFERMAGEM CIRÚRGICA I

POP 32. Cuidados de Enfermagem no Curativo de Dreno de Penrose.....190

POP 33. Manipulação e Controle da Drenagem de Torácica Fechada pela Enfermagem.....193

POP 34. Cuidados de Enfermagem no Esvaziamento do Coletor de Dreno de Sucção.....197

POP 35. Cuidados de Enfermagem com a Aspiração, Curativos e Troca de Cânula da Traqueostomia.....200

POP 36. Retirada de Pontos Cirúrgicos.....206

ENFERMAGEM CIRÚRGICA II

POP 37. Degermação das Mãos, Antebraço e Cotovelo.....210

POP 38. Arrumação da Sala Operatória.....215

POP 39. Paramentação Cirúrgica.....220

POP 40. Montagem de Mesa Cirúrgica.....226

SEÇÃO 4

ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

POP 41. Calibração do Sistema de Derivação Ventricular Externa – DVE.....238

POP 42. Pressão Venosa Central – PVC.....243

POP 43. Monitorização Eletrocardiográfica.....248

POP 44. Eletrocardiograma (ECG).....251

POP 45. Coleta de Gasometria Arterial.....254

POP 46. Assistência de Enfermagem na Intubação Endotraqueal.....258

POP 47. Aspiração de Secreções pelo Tubo Endotraqueal.....261

SEÇÃO 5

ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

POP 48. Assistência de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH).....268

POP 49. Assistência de Enfermagem no Trauma Musculoesquelético.....274

POP 50. Reanimação Cardiopulmonar (RCP) Adulto, no Ambiente Pré-Hospitalar (APH).....284

POP 51. Reanimação Cardiopulmonar (RCP) Adulto no Ambiente Hospitalar.....289

POP 52. Assistência de Enfermagem no Trauma Abdominal.....	293
POP 53. Assistência de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) a Vítimas de Trauma Crânio Encefálico (TCE).....	300
POP 54. Assistência de Enfermagem no Trauma de Tórax.....	306
POP 55. Desobstrução de Via Aérea em APH.....	313

Apresentação

Apresentamos à comunidade acadêmica esse E-book, um guia descritivo do conjunto de Procedimentos Operacionais Padrão para a área de Enfermagem, construído coletivamente pelos Docentes de Enfermagem e as Coordenações Pedagógicas da FACENE.

Originalmente construídos com o propósito de estabelecer consenso para cada procedimento de enfermagem desenvolvido no curso, eles foram testados na prática e modificados/aperfeiçoados na medida da necessidade.

Representam hoje as descrições de todos os procedimentos práticos implementados nos componentes curriculares do curso, e tem definidos os períodos de vigência e os prazos para atualização.

Contemplam a consulta às principais referências científicas e o saber dos atores Acadêmicos participantes da sua elaboração e atualização, com o objetivo de oferecer aos docentes e alunos um referencial qualificado para nortear as atividades pedagógicas e a construção do conhecimento em Enfermagem.


Almejamos, com eles, contribuir para o crescimento científico, a aquisição de habilidades e competências, o aperfeiçoamento científico e prático dos futuros enfermeiros, oferecendo-lhes a oportunidade de contar com conteúdo norteador do seu aprendizado.

Reconhecemos a importante contribuição, dedicação e compromisso de todos os participantes do processo de construção e atualização de todos eles. Que os nossos alunos possam aproveitar ao máximo todo o conteúdo disponibilizado!

AS ORGANIZADORAS

SEÇÃO 1

FUNDAMENTOS DE SEMIOLOGIA DE ENFERMAGEM
ENFERMAGEM EM SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA I
ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 001	VERSÃO Nº 2	pag. 8 a 10	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP FUNDAMENTOS DE SEMIOLOGIA DE ENFERMAGEM				
Título: Anamnese				
Elaborado por:	Ilana Vanina Bezerra de Souza Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ilana Vanina Bezerra de Souza Salmana Rianne Pereira Alves			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

Anamnese de origem Grega (aná = trazer de novo; mnesis = memória) significa trazer de volta à mente todos os fatos relacionados com a doença e o paciente (PORTO, 2015).

Santos, Veiga, Andrade (2011) definem anamnese como a primeira fase de um processo, no qual a coleta destes dados permite ao profissional de saúde identificar problemas, determinar diagnósticos, planejar e implementar a sua assistência.

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para realização da Anamnese;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Realizar um levantamento sistematizado dos dados do paciente realizado no momento da internação ou na consulta de enfermagem;
- A aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- Acompanhar e avaliar a evolução do paciente.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Identificação;
- Queixa principal;
- História de doença atual;
- Interrogatório sintomatológico;
- Antecedentes pessoais e familiares;
- Hábitos de vida;
- Condições socioeconômicas e culturais.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Identificar-se, checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o paciente e a família sobre o procedimento a ser realizado;^a
- Iniciar a anamnese a partir dos elementos a baixo;

- **Identificação:** é o perfil sociodemográfico do paciente que permite a interpretação de dados individuais e coletivos.

- São obrigatórios: nome, idade, sexo/gênero, cor/etnia, estado civil, procedência, residência, nome da mãe, nome do responsável, cuidador e/ou acompanhante, religião, filiação a órgãos/instituições previdenciárias e planos de saúde;

- **Queixa principal:** registra-se a queixa principal ou o motivo que levou o paciente a procurar o serviço de saúde.

- Descreve o motivo da consulta, compreende sinais e sintomas e sua duração; O motivo para a consulta não é um registro de diagnóstico.

- **História da doença atual (hda):** é o registro cronológico e detalhado do motivo que levou o paciente a procurar o serviço de saúde.

- Início, características do sintoma, fatores de melhora ou piora, relação com outras queixas, evolução, situação atual.

- **Interrogatório sintomatológico:** é denominada de anamnese especial ou revisão dos sistemas, constitui na verdade, um complemento da história da doença atual.

- **Sistematização:** sintomas gerais, pele e fâneros, cabeça e pescoço, tórax, abdome, sistema geniturinário, hemolinfopoético e endócrino, coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades, músculos, artérias, veias, linfáticos e microcirculação, sistema nervoso, exame psíquico e avaliação das condições emocionais.

- **Antecedentes pessoais e familiares:** essa investigação não pode ser esquematizada rigidamente. É possível e útil, entretanto, uma sistematização que sirva como roteiro e

OBSERVAÇÕES

REQUISITOS PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Local adequado;
- Iluminação adequada;
- Conhecimento prévio de disciplinas básicas;
- Conhecimento de terminologias;
- Conhecimento das técnicas propedêuticas;
- Posicionamento adequado da examinadora e do examinado;
- Uso do sentido cefalopodálico;
- Objetividade, rapidez e exatidão;
- Uso de instrumental específico;
- Relacionamento interpessoal;
- Autoconfiança, paciência, consideração, delicadeza, respeito e ética;
- Implementar medidas de preservação de privacidade.

a. Minimizar o estresse do binômio.

diretriz do trabalho.

- **Antecedentes pessoais fisiológicos:** gestação e nascimento, desenvolvimento psicomotor e neural, desenvolvimento sexual.
- **Antecedentes pessoais patológicos:** doenças sofridas pelo paciente, alergias, cirurgias, traumatismos, transfusões sanguíneas, história obstétrica, vacinas e medicamentos em uso.
- **Antecedentes familiares:** atentar para a idade, estado de saúde, causa de óbito de irmãos, pais, avós; Investigar também sobre cônjuge e filhos (doenças transmissíveis). Doenças com: cardiopatias, hipertensão, AVC, diabetes, câncer, obesidade, alcoolismo, doença mental, tuberculose, hanseníase, nefropatias, devem ser investigadas.

- **Hábitos de vida:** documenta hábitos e estilos de vida do paciente.

- **Se desdobra em:** alimentação, ocupação atual e ocupações anteriores, atividades físicas e hábitos.

- **Condições socioeconômicas e culturais:** avaliam a situação financeira, vínculos afetivos familiares, filiação religiosa e crenças espirituais do paciente, bem como condições de moradia e grau de escolaridade.

- **Se desdobra em:** habitações, condições socioeconômicas, condições culturais, vida conjugal e relacionamento familiar.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Realizar o procedimento conforme a técnica;
- Fazer as anotações devidas no prontuário do paciente.

7. REFERÊNCIAS


OHL, R. I. B. et al. Exame Físico Geral. In: **Anamnese e Exame Físico**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PINHO, F.M.O. et al. Anamnese. In: PORTO, C.C. **Semiologia Médica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.** vol.64 no.2 Brasília Mar./Apr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200021. Acessado em: 18/04/2016.

SILVA, C. M.C.; TEIXEIRA, E.R. Exame físico e sua integralização ao processo de enfermagem na perspectiva da complexidade. **Esc. Anna Nery** vol.15 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2011.

TIMBY, B.K. **Conceitos e Habilidades fundamentais no atendimento de Enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro	FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01
---	--

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1			Data da criação	06/04/2016
			Data da revisão	11/03/2020
			Data da aprovação	14/03/2020
POP 002	VERSÃO Nº 2	pag. 11 a 13	Data da próxima revisão	14/03/2021

POP FUNDAMENTOS DE SEMIOLOGIA DE ENFERMAGEM

Título: Administração de Medicação Oral

Elaborado por:	Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino Ilana Vanina Bezerra de Souza Salmana Rianne Pereira Alves
Revisado por:	Equipe POP
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem.
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem.
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ilana Vanina Bezerra de Souza Salmana Rianne Pereira Alves Lucilla Vieira Carneiro Josefa Danielma Lopes Ferreira
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem.
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.

1. CONCEITO

É a administração de medicamentos, por via oral, que passam pelo tubo digestivo e são absorvidas através da mucosa gástrica e, sobretudo, do intestino, de modo a chegarem a circulação sanguínea e serem distribuídos pelo organismo. Como esta forma de administração apresenta inúmeras vantagens, devido à sua simplicidade e ao fato de não necessitar de qualquer equipamento ou assistência especial, é a mais utilizada nos tratamentos ambulatoriais em que a terapêutica depende do próprio paciente ou das pessoas que cuidam dele (POTTER; PERRY, 2017).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e estratégico para o procedimento de medicação oral;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução;
- Padronizar aulas práticas de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem sobre a Administração de medicamentos orais.

3. FINALIDADE

- Instruir o discente na administração de medicação por via oral de forma correta.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica – Medicação Prescrita;
- Bandeja;
- Fita adesiva;
- 1 copo descartável de 150ml;
- 1 copo descartável de 50ml;
- Saco de lixo.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Ler a prescrição médica;^a
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Preparar o material para o procedimento, colocando em uma bandeja;
- Selecionar corretamente o medicamento;^b
- Fazer o rótulo de identificação do medicamento;^c
- Colocar em uma bandeja o copo descartável de 150 ml com água e o copo de 50ml com a medicação dentro contendo o medicamento com a identificação;
- Deixar para retirar o invólucro do medicamento (no caso de comprimidos, cápsulas, drágeas, pó) diante do paciente, antes de administrá-lo;^d
- Levar o medicamento próximo ao leito do paciente, colocando a bandeja na mesa de cabeceira;
- Conferir a identificação do rótulo com o paciente;
- Posicionar o paciente com a cabeceira elevada, em uma posição favorável à deglutição;^e
- Abrir o invólucro da medicação dentro do copo descartável de 50 ml;

Figura 1: Retirando medicação do frasco



Fonte: Imagem extraída do site IBES, 2020.

- Oferecer a medicação ao paciente;
- Oferecer água ao paciente até a completa deglutição do medicamento;
- Certificar-se que o paciente ingeriu a medicação;^f
- Deixar o paciente em posição confortável;

OBSERVAÇÕES

- a. Que deve conter: o nome do paciente, nº do leito, nome do medicamento, dose, via de administração, horário da administração.
- b. Conferir o nome do medicamento, dose, forma farmacêutica, via e prazo de validade.
- c. Identificação do rótulo: nome do cliente, número do quarto e leito, nome do medicamento, dose, via, horário.
- d. No caso de medicação líquida, derramar o líquido do frasco pelo lado contrário ao rótulo, enxugar o gargalo. Na preparação segurar o copo de medicamento graduado ao nível dos olhos e coloque o polegar para marcar o volume desejado.
- e. Posição de Fowler (45°).
- f. Monitorar as reações do paciente.

- Deixar a unidade organizada;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do lixo apropriado;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Fazer as anotações no prontuário do paciente.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme o descrito;
- Não administrar medicamentos preparados por outra pessoa;
- Certificar-se dos nove “certos”: medicamento certo, validade certa, forma farmacêutica certa, via certa, dose certa, hora certa, paciente certo, monitoramento certo, registro certo;
- Checar a medicação somente após ingestão do medicamento;
- Caso não seja administrado o medicamento, rodellar o horário e justificar no relatório de enfermagem.

7. REFERÊNCIAS

- POTTER, P. A, PERRY, A. G. **Fundamentos da enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L. Et al. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- RADUENZ, A.C.; et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.18, n.6, nov-dez 2010.
- ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Avaliação dos eventos adversos a medicamento. **Esc Anna Nery**., v.16, n.1, p.121-127, jan-mar. 2012.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>	
		<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>	
		Data da criação	06/04/2016
		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 003	VERSÃO Nº 2	pag. 14 a 18	Data da próxima revisão 14/03/2021
POP FUNDAMENTOS DE SEMIOLOGIA DE ENFERMAGEM			
Título: Higienização Simples das Mãos			
Elaborado por:	Ilana Vanina Bezerra de Souza Salmana Rianne Pereira Alves		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação dos Cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia e Radiologia; Docentes das Disciplinas de Fundamentos de Semiologia de Enfermagem/ Biossegurança.		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Élida Batista Vieira Sousa Cavalcanti Ilana Vanina Bezerra de Souza Karla Monik Alves da Silva Salmana Rianne Pereira Alves Tháisa Leite Rolim Wanderley Lucilla Vieira Carneiro Josefa Danielma Lopes Ferreira Poliane Angelo de Lucena		
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

Higienização simples das mãos é a fricção manual sequencial/repetitiva de toda superfície das mãos e punhos, utilizando-se sabão líquido, seguida de enxague abundante em água corrente, secando-as com papel toalha (POTTER; PERRY, 2013).

2. OBJETIVO

- Ministar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e estratégico para o procedimento de higienização simples das mãos;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcione ao discente segurança na sua execução;
- Padronizar aulas práticas de Fundamentos de Semiologia de Enfermagem/Biossegurança sobre a higienização simples das mãos;
- Ressaltar ao aluno que a lavagem simples das mãos é o método mais simples e econômico para evitar infecções.

3. FINALIDADE

- Remover sujeira, material orgânico e/ou micro-organismos;
- Prevenção e controle das infecções relacionadas ao serviço de saúde;
- Contribuir para qualidade da assistência e prevenção de agravos a saúde;
- Contribui para a qualidade e segurança de pacientes e profissionais.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Água corrente;
- Sabão líquido;
- Papel toalha.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Ficar em posição confortável, sem tocar na pia, abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar na pia;^a



Fonte: ANVISA, 2009.

- Aplicar na região volar quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos;^b

Figura 2: Aplicar sabão nas mãos



Fonte: ANVISA, 2009.

- Ensaboar a região volar das mãos, friccionando-as entre si;

Figura 3: Ensaboar as mãos



Fonte: ANVISA, 2009.

OBSERVAÇÕES

REQUISITOS PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Retirar todos os adornos das mãos e punho.
- a. Permanecer com as mãos voltadas para cima;
- b. Seguir a quantidade recomendada pelo fabricante.

- Esfregar a região volar da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;

Figura 4: Ensaboar as mãos



Fonte: ANVISA, 2009.

- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;

Figura 5: Friccionando as interdigitais



Fonte: ANVISA, 2009.

- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a região volar da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;

Figura 6: Esfregando o dorso das mãos



Fonte: ANVISA, 2009.

- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da região volar da mão esquerda, utilizando-se movimento circular;

Figura 7: Esfregando o polegar



Fonte: ANVISA, 2009.

- Esfregar o polegar esquerdo, com o auxílio da região volar da mão direita, utilizando-se movimento circular;
- Friccionar as digitais e unhas da mão esquerda contra a região volar da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular;

Figura 8: Friccionando as digitais



Fonte: ANVISA, 2009.

- Friccionar as digitais e unhas da mão direita contra a região volar da mão esquerda, fechada em concha, fazendo movimento circular;
- Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da região volar da mão direita, utilizando movimento circular;

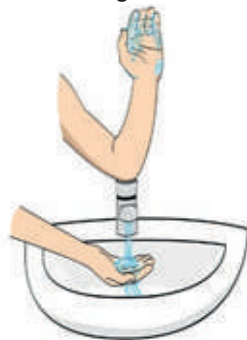
Figura 9: Esfregando o punho



Fonte: ANVISA, 2009.

- Esfregar o punho direito, com o auxílio da região volar da mão esquerda, utilizando movimento circular;
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;

Figura 10: Enxaguando as mãos



Fonte: ANVISA, 2009.

- No caso de torneiras de fechamento manual, fechar a torneira com o cotovelo ou papel toalha;
- Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelos dedos, região volar das mãos, seguindo para punhos;

Figura 11: Secando as mãos



Fonte: ANVISA, 2009.

- Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns;
- Caso o procedimento a ser realizado necessite de uma lavagem antisséptica, ver POP de degermação.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Realizar o procedimento conforme a técnica

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília: ANVISA, 2009.

LOCKS, L.; LACERDA, J. T.; GOMES, E.; SERRATINE, A. C. P. Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes em unidades básicas de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS)., v. 32, n.3, p.569-75, set. 2011.

GUEDES, M. et al. Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde. **Cogitare Enferm.**, v.17, n.2, p. 304-9, Abr/Jun. 2012.

REZENDE, K. C. A. D. et al. Adesão à higienização das mãos e ao uso de equipamentos de proteção pessoal por profissionais de enfermagem na atenção básica em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11. n. 2, p. 343-351, Abr./Jun. 2012.

SILVA, J. L. L. et al. Conhecendo as técnicas de higienização das mãos descritas na literatura: refletindo sobre os pontos críticos. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. V.14, n.1, p. 81-93, 2012.

POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. **Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. 2013.

 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro		FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01		
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 004	VERSÃO Nº 2	pag. 19 a 22	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP FUNDAMENTOS DE SEMIOLOGIA DE ENFERMAGEM				
Título: Calçar Luvas Estéreis				
Elaborado por:	Ilana Vanina Bezerra de Souza Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação dos Cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia e Radiologia; Docentes das Disciplinas de Fundamentos de Semiologia de Enfermagem/ Biossegurança.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Élida Batista Vieira Sousa Cavalcanti Ilana Vanina Bezerra de Souza Karla Monik Alves da Silva Salmana Rianne Pereira Alves Tháisa Leite Rolim Wanderley Lucilla Vieira Carneiro Josefa Danielma Lopes Ferreira Poliane Angelo de Lucena			
Setor:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

Calçar luvas é o ato de revestir as mãos com luvas, mantendo-as estéreis, e retirá-las após o procedimento (AVISA, 2009).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem/ Biossegurança estratégico para o uso de luvas estéreis;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

O uso de luvas, seja ela de procedimento ou estéreis, tem como finalidade reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais, como também, para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como, de um paciente para o outro.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Par de luvas esterilizadas.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

5.1 Descrição do procedimento:

- Lavar as mãos de acordo com o POP de Higienização das mãos;
- Selecionar o par de luvas compatível com as suas mãos;
- Verificar as condições da embalagem;
- Abrir a embalagem externa, puxando a camada superior. Retirar a embalagem interna, manuseando somente a parte externa;

Figura 1: Abrindo a embalagem



Fonte: Google imagens, 2020

- Abrir a embalagem interna sobre superfície limpa e seca, e expor as luvas esterilizadas de modo que os punhos fiquem voltados para você;

Figura 2: Abrindo a embalagem



Fonte: Imagem extraída do site So enfermagem, 2020

- Com o polegar e o indicador da mão não-dominante, segurar o punho dobrado da luva esterilizada para a mão dominante;

Figura 3: Calçando a luva



Fonte: Elaborada pela autora

OBSERVAÇÕES

REQUISITOS PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Retirar todos os adornos das mãos e punho.

- Erguer e segurar a luva com os dedos voltados para baixo. Cuidar para que ela não toque objetos não esterilizados;
- Inserir a mão dominante na luva e puxá-la. Deixar a região carpal ou dobrado até que a outra luva seja colocada;
- Mantendo o polegar para fora, deslizar os dedos da mão enluvada por baixo do punho da outra luva e levantá-la;

Figura 4: Calçando a luva



Fonte: Imagem extraída do site UFJF, 2020

- Inserir a mão não-dominante na luva;
- Ajustar as luvas nas duas mãos, tocando apenas as áreas esterilizadas.

5.2 Remoção segura de luvas contaminadas:

- Pegue uma luva próxima a sua região carpal em direção à falange distal dos seus dedos até que a luva se dobre;
- Pegue cuidadosamente a dobra e puxe em direção a falange distal dos seus dedos. À medida que puxar, você estará colocando a luva ao avesso;
- A fim de evitar contaminação do ambiente, continue a segurar a luva removida. A seguir, remova sua mão da luva completamente;
- Escorregue o dedo indicador da mão sem luva por baixo da luva que permanece. Continue a inserir seu dedo em direção à sua falange distal até que quase metade do dedo esteja sob a luva;
- Gire o seu dedo a 180° e puxe a luva ao avesso e em direção à falange distal dos seus dedos. À medida que fizer isso, a primeira luva será contida dentro da segunda luva. O lado interno da segunda luva também será virado ao avesso;
- Pegue as luvas firmemente por meio da superfície não-contaminada (o lado que estava inicialmente tocando sua mão);
- Libere totalmente o contato com a primeira luva removida. A seguir, retire sua segunda mão do contato com as luvas, descartando-as adequadamente (Figura 5);
- Desprezar as luvas em local apropriado;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de Higienização das mãos.

Figura 5: Retirando a luva



Fonte: Elaborada pela autora

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme o descrito;
- Realizar o procedimento conforme a técnica.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília: ANVISA, 2009

OHL, R. I. B.; et al. **Exame Físico Geral**. In: Anamnese e Exame Físico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.


POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PERRY, A. G; POTTER, P. A; ELKIM, M.K. **Procedimentos e intervenções de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

SWEARINGEN, P.L.; HOWARD, C.A. **Atlas fotográfico de procedimentos de Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TIMBY, B.K. **Conceitos e Habilidades fundamentais no atendimento de Enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BIT. Boletim Informativo de Tecnovigilância. **Luvas Cirúrgicas e Luvas de Procedimentos: Considerações sobre o seu uso**. n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/boletim_tecno/boletim_tecno_Junho_2011/PDF/Luvas%20Cir%C3%BArgicas%20e%20Luvas%20de%20Procedimentos_Considera%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20o%20uso.pdf>. Acesso em: 22 de jan. 2017.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/09/2018	
POP 005	VERSÃO Nº 2	pag. 23 a 31	Data da próxima revisão	14/09/2019
POP FUNDAMENTOS DE SEMIOLOGIA DE ENFERMAGEM				
Título: Verificação de Sinais Vitais (SSVV)				
Elaborado por:	Ilana Vanina Bezerra de Souza Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ilana Vanina Bezerra de Souza Salmana Rianne Pereira Alves Lucilla Vieira Carneiro Josefa Danielma Lopes Ferreira			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

Sinais vitais são indicadores do funcionamento fisiológico básico, ou seja, o estado de equilíbrio térmico, endócrino, circulatório e respiratório, tais como: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial.

- **TEMPERATURA CORPORAL:** refere-se ao calor do organismo humano.
 - **RESPIRAÇÃO:** é a troca de oxigênio e de dióxido de carbono.
 - **PULSO:** sensação ondular que pode ser palpada em uma das artérias periféricas que é produzida pelo movimento do sangue durante a contração do coração.
 - **PRESSÃO ARTERIAL:** é a força exercida pelo sangue no interior das artérias.
- (POTTER; PERRY, 2017).

2. OBJETIVO

- Ministar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de verificação dos Sinais Vitais;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Monitorar o funcionamento e as alterações das funções vitais.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

4.1 MATERIAL NECESSÁRIO PARA VERIFICAR TEMPERATURA

- Bandeja:
- Termômetro
- Recipiente com bolas de algodão embebidas em álcool a 70%
- Gazes ou papel toalha
- Papel para anotações
- Caneta
- Relógio com ponteiro de segundos
- Luvas de procedimentos S/N

4.2 MATERIAL UTILIZADO PARA A VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro
- Papel para anotações
- Caneta
- Luvas de procedimentos S/N

4.3 MATERIAL UTILIZADO PARA A VERIFICAÇÃO DA RESPIRAÇÃO

- Papel para anotações
- Caneta
- Relógio com ponteiro de segundos
- Luvas de procedimentos S/N

4.4 MATERIAL UTILIZADO PARA A VERIFICAÇÃO DO PULSO

- Papel para anotações
- Caneta
- Relógio com ponteiro de segundos
- Luvas de procedimentos S/N

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

5.1 TEMPERATURA AXILAR

1. Lavar as mãos de acordo com o POP de Higienização das mãos;
2. Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
3. Preparar o material para o procedimento, colocando em uma bandeja;^a
4. Levar a bandeja para a enfermaria;
5. Colocar a bandeja com material na mesa de cabeceira;
6. Calçar luvas, S/N;
7. Explicar o procedimento e suas finalidades, e posicionar o paciente;^b
8. Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;^c
 - Secar a axila do paciente com gaze ou papel-toalha, S/N;
 - Colocar o termômetro na fossa axilar da região axilar do paciente com o bulbo em contato direto com a pele, mantendo durante 5 a 7 min ou de acordo com o fabricante do termômetro;

OBSERVAÇÕES

- a. O preparo do material será realizado no posto de enfermagem.
- b. Posicionar o paciente (deitado, semideitado, sentado).
- c. Limpar o termômetro no sentido da parte menos contaminada para a mais contaminada, ou seja, da haste para o bulbo.

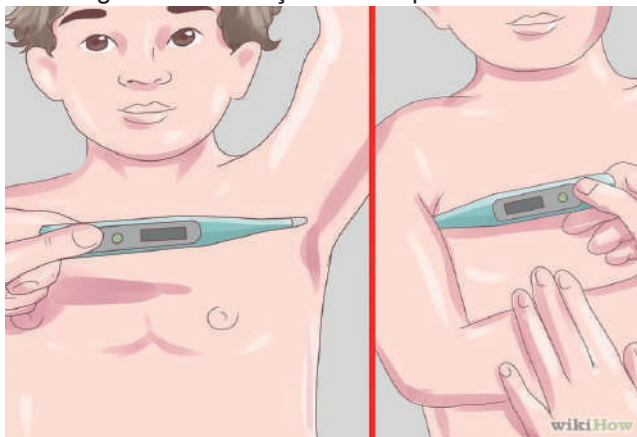
- Retirar o termômetro, segurando pela haste;^d
- Proceder a leitura e anotar;^d
- Recolher todo material;
- Manter a unidade em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de Higienização das mãos;
- Registrar o valor no prontuário, anotando também reações do paciente.

Figura 1: Termômetro Digital



Fonte: Imagem extraída do site Enciclomedica, 2018

Figura 2: Verificação da Temperatura Axilar



Fonte: Imagem extraída do site Creche Segura, 2016

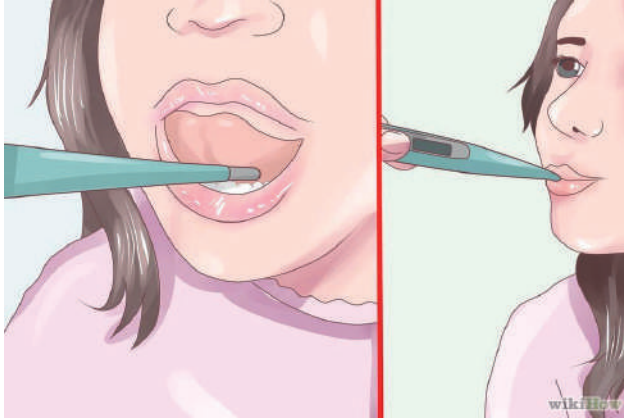
5.2 TEMPERATURA ORAL:

- Seguir o procedimento enumerado (1 a 8, no item 5.1) da temperatura axilar;
- Colocar o termômetro sob a língua do paciente, deixar de 3 a 5 min;
- Orientar o paciente para fechar os lábios firmemente;
- Retirar o termômetro, segurando pela haste;^d
- Proceder a leitura e anotar;^d
- Limpar o termômetro com álcool;^c
- Recolher todo material;
- Manter a unidade em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de Higienização

- d. Permanecer com o termômetro ao nível dos olhos para fazer a leitura da temperatura.

- das mãos;
- o Registrar o valor no prontuário, anotando também reações do paciente.

Figura 2: Verificação da Temperatura Oral



Fonte: Imagem extraída do site Creche Segura, 2016

5.3 TEMPERATURA RETAL:

- o Seguir o procedimento enumerado (1 a 7, no item 5.1) da temperatura axilar;
- o Colocar protetor descartável e lubrificar o termômetro;
- o Colocar o paciente em posição lateral e expor as nádegas;^e
- o Introduzir o termômetro de 3 a 4 cm no ânus e esperar até 3 min para retirá-lo;
- o Colocar o termômetro e deixar por 3 a 4 min;
- o Retirar o termômetro, segurando pela haste;^d
- o Proceder a leitura e anotar;^d
- o Limpar o termômetro com álcool;^c
- o Recolher todo material;
- o Manter a unidade em ordem;
- o Retirar as luvas;
- o Lavar as mãos de acordo com o POP de Higienização das mãos;
- o Registrar o valor no prontuário, anotando também reações do paciente.

Figura 3: Verificação da Temperatura Retal



Fonte: Imagem extraída do site Creche Segura, 2016

- e. Tomar cuidado para não expor o paciente;

5.4 PRESSÃO ARTERIAL

- Seguir o procedimento enumerado (1 a 7, no item 5.1) da temperatura axilar;
- Colocar o paciente em posição confortável;^f
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Apoiar o antebraço ao nível do coração com a região volar da mão voltada para cima;
- Expor o braço completamente;
- Posicionar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
- Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
- Enrolar o manguito de forma uniforme;
- Palpar o pulso radial;
- Realizar o método palpatório;^g
- Pegar o estetoscópio e colocá-los nos ouvidos com as olivas para frente;
- Posicionar a campânula sobre a artéria (cubital, poplítea pediosa) anteriormente definida e localizada através da palpação;
- Realizar o método auscultatório;^h
- Desinsuflar lentamente na velocidade de 2 mmHg por segundo);
- Se for a primeira vez, repetir o procedimento no outro membro;
- Comunicar alterações pressóricas;
- Anotar o valor obtido no impresso próprio;
- Deixar o cliente confortável e a unidade em ordem;
- Lavar as mãos conforme POP de Higienização simples das mãos.

Figura 4: Verificação da Pressão Arterial



Fonte: Imagem extraída do site Central Nacional Unimed, 2019

5.5 RESPIRAÇÃO

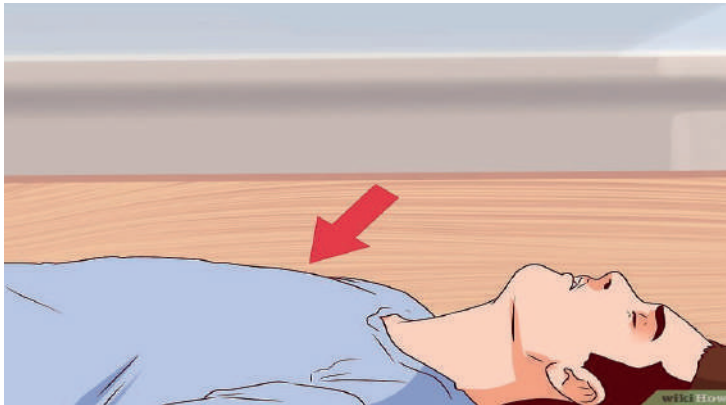
- Seguir o procedimento enumerado (1 a 7, no item 5.1) da temperatura axilar;
- Paciente deve assumir posição confortável, sentada ou deitada;
- Colocar a mão no pulso do cliente, simulando verificação do pulso radial.

- f. Paciente deitado, sentado ou em pé.
- g. No método palpatório deve insuflar o manguito até parar de sentir o pulso radial. Observar o valor no manômetro.
- h. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação.

do tórax; os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;

- Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher todo material;
- Manter a unidade em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de Higienização das mãos;
- Registrar o valor no prontuário, anotando também reações do paciente.

Figura 5: Verificação da Frequência Respiratória



Fonte: Imagem extraída do site WikiHow, 2020

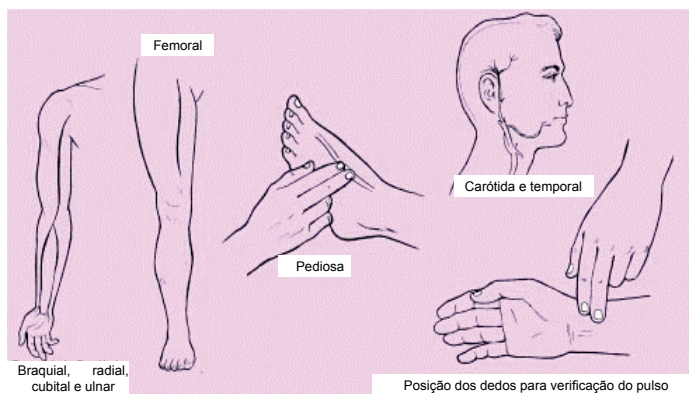
5.6 PULSO

- Seguir o procedimento enumerado (1 a 7, no item 5.1) da temperatura axilar;
- Colocar o paciente em posição confortável;^f
- Posicionar os dedos indicador e médio da mão direita ou esquerda sobre o pulso radialⁱ, fazendo leve pressão – evitar a compressão da artéria – e começar a contar quando as pulsações forem perceptíveis;
- Contar durante 1 minuto a frequência de batimentos do 0;^j
- Deixar o paciente confortável ao término do procedimento;
- Recolher todo material;
- Manter a unidade em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de Higienização das mãos;
- Registrar o valor no prontuário, anotando também reações do paciente.

i. Identificar o ritmo, amplitude e tensão.

j. Outros locais para verificação do pulso: temporal, carótida, apical, braquial, ulnar, femoral, poplíteo, tibial posterior, artéria dorsal do pé.

Figura 6: Locais de Verificação do Pulso



Fonte: Imagem extraída do site e disciplinas, 2016

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme a descrito;
- Realizar o procedimento conforme a técnica;
- Registrar a realização do procedimento no prontuário do paciente;
- Utilizar as luvas de procedimentos caso o paciente apresente alguma dermatite de contato.

7. RECOMENDAÇÃO

- **Atentar para:**

- VARIAÇÕES ACEITÁVEIS DA TEMPERATURA:

- Hipotermia: abaixo de 35°C
- Afebril/normotérmico: 36 a 37°C
- Estado febril: 37,5 a 37,9°C
- Hipertermia (Febre): 38 a 38,9°C
- Pirexia: 39 a 40°C
- Hiperpirexia: acima de 40°C

- VARIAÇÕES ACEITÁVEIS DO PULSO:

IDADE	PULSO (Batimentos por minutos - bpm)
Lactante	120 - 160
Infante (toddler)	90 - 140
Pré-escolar	80 - 110
Criança em idade escolar	75 - 100
Adolescente	60 - 90
Adulto	60 - 100

- **Terminologias:**

- Taquisfigmia: pulsação > 100 bpm
- Bradisfigmia: pulsação < 60 bpm

- VARIAÇÕES ACEITÁVEIS DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA:

IDADE	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (Inscursões respiratórias por minuto - irpm)
Recém-nascido	30 - 60
lactante (6 meses)	30 - 50
Criança pequena (2 anos)	25 - 32
Criança	20 - 30
Adolescente	16 - 20
Adulto	12 - 20

• **Terminologias:**

- Dispneia: dificuldade de respirar caracterizada por respiração rápida e curta;
- Ortopneia: dificuldade de respiração provocada por certas doenças, principalmente quando o paciente encontra-se deitado;
- Taquipneia: aceleração do ritmo respiratório;
- Bradpneia: diminuição do ritmo respiratório;
- Apneia: ausência da respiração.

- DIMENSÕES DA BOLSA DE BORRACHA PARA DIFERENTES CIRCUNFERÊNCIAS DE BRAÇO EM CRIANÇAS E ADULTOS

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

- CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (modificado do The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents).

Classificação	Percentil* para PAS e PAD	Frequência de medida da pressão arterial
Normal	PA < percentil 90	Reavaliar na próxima consulta médica agendada
Limítrofe	PA entre percentis 90 a 95 ou se PA exceder 120/80 mmHg sempre < percentil 90 até < percentil 95	Reavaliar em 6 meses
Hipertensão estágio 1	Percentil 95 a 99 mais 5 mmHg	Paciente assintomático: reavaliar em 1 a 2 semanas; se hipertensão confirmada encaminhar para avaliação diagnóstica. Paciente sintomático: encaminhar para avaliação diagnóstica.
Hipertensão estágio 2	PA > percentil 99 mais 5 mmHg	Encaminhar para avaliação diagnóstica.
Hipertensão do avental branco	PA > percentil 95 em ambulatório ou consultório e PA normal em ambientes não-relacionados à prática clínica.	

- CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM A MEDIDA CASUAL NO CONSULTÓRIO (> 18 ANOS)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 - 139	81 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

- Posicionar o manômetro de modo que o menisco da coluna de mercúrio ou a agulha do manômetro aneróide estejam inclinados em relação aos olhos do profissional;
- Coordenar habilidades visuais, manuais e auditivas;
- Registrar posição do cliente, tamanho do manguito, membro utilizado e valores obtidos na medida da PA;
- Estar atento para os Sons de Korotkoff;
- Calcular a circunferência do membro e utilizar o manguito de tamanho correto.

7. REFERÊNCIAS

CRECHE SEGURA. 2016. **Qual termômetro usar na escola e como verificar a temperatura do aluno.** Disponível em: <https://www.crechese segura.com.br/qual-termometro-utilizar-na-escola/>. Acesso em: 08 jun 2020.

CENTRAL NACIONAL UNIMED. 2019. **Entenda a sua pressão arterial.** Disponível em: <https://www.centralnacionalunimed.com.br/viver-bem/saude-em-pauta/entenda-a-sua-pressao-arterial>. Acesso em: 08 jun 2020.

EDISCIPLINAS. 2016. **Sinais Vitais.** Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2880273/mod_resource/content/1/Sinais%20Vitais.pdf. Acesso em: 08 jun 2020.

ENCICLOMÉDICA. 2018. **Termômetro Clínico.** Disponível em: <http://www.encyclomedica.com.br/termometro-clinico/>. Acesso em: 08 jun 2020.


OHL, R. I. B.; et al. **Exame Físico Geral.** In: Anamnese e Exame Físico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SILVA, C. M.C.; TEIXEIRA, E.R. Exame físico e sua integralização ao processo de enfermagem na perspectiva da complexidade. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro. v.15 n.4, Out./Dez. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** 2016; Volume 107, Nº 3, Suplemento 3. Acesso em: 05/04/2016. Disponível: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.

WIKIHOW. 2020. **Como verificar a via aérea, respiração e circulação.** Disponível em: <http://www.encyclomedica.com.br/termometro-clinico/>. Acesso em: 08 jun 2020.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>	
		<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>	
		Data da criação	06/04/2016
		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 006	VERSÃO Nº 2	pag. 32 a 37	Data da próxima revisão
POP FUNDAMENTOS DE SEMIOLOGIA DE ENFERMAGEM			
Título: Oxigenoterapia			
Elaborado por:	Ilana Vanina Bezerra de Souza Salmana Rianne Pereira Alves		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ilana Vanina Bezerra de Souza Salmana Rianne Pereira Alves Lucilla Vieira Carneiro Josefa Danielma Lopes Ferreira		
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

A oxigenoterapia fornece suplementação de oxigênio para prevenção ou alívio da hipóxia (POTTER, PERRY, 2017).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de oxigenoterapia;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Melhorar a perfusão periférica;
- Favorecer a troca gasosa;

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- EPIs;
- Oxímetro de pulso;
- Estetoscópio;

- Cateter nasal;
- Máscara facial sem reservatório;
- Máscara facial com reservatório;
- Máscara facial Venturi;
- Bolsa válvula máscara (AMBU);
- Extensão de látex;
- Fonte de Oxigênio (torpedo ou encanado);
- Copo de umidificador;
- Soro fisiológico ou água destilada.

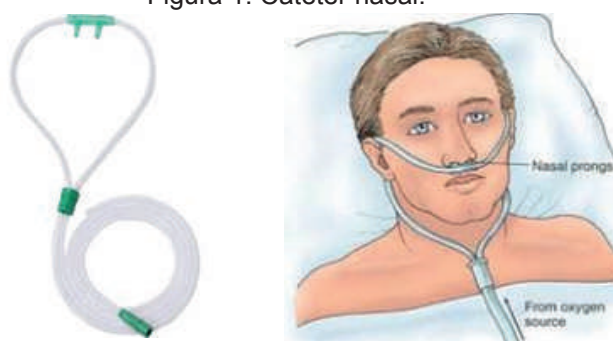
5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos de acordo com o POP de Higienização das mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Preparar o material para o procedimento, colocando em uma bandeja;^a
- Levar a bandeja para a enfermaria;
- Colocar a bandeja com material na mesa de cabeceira;
- Calçar luvas, S/N;
- Explicar o procedimento e suas finalidades;^b
- Posicionar o paciente;^c
- Instalar oxímetro de pulso;
- Monitorar a SatO₂ da vítima: > ou = 95%
- Avaliar a Frequência Respiratória;^d
- Fornecer oxigênio conforme preconiza o protocolo guiado pela FV e SatO₂;^e
- Ofertar oxigênio através dos dispositivos;^f
- Conectar o umidificador no ponto de oxigênio por meio do fluxômetro.

CATETER NASAL

- Conectar o cateter nasal ao látex;
- Conectar o látex ao ponto de oxigênio;
- Inserir o cateter a narina do paciente;
- Ajustar as tiras atrás da orelha e no mento;
- Ofertar de 1 a 6 l/min de oxigênio conforme prescrição médica.

Figura 1: Cateter nasal.



Fonte: Google Imagens, 2020

OBSERVAÇÕES

- O preparo do material será realizado no posto de enfermagem.
- Caso o paciente esteja consciente.
- Conforme indicação, preferencialmente e sempre que possível em Semi-Fowler ou Fowler.
- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax; os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório.
- Apnéia: ventilação controlada com FiO₂ > ou = 85%.
 - Lenta (< ou = 12 ipm): ventilação assistida ou total com FiO₂ > ou = 85%.
 - Normal (12 a 20 ipm): considerar O₂ suplementar;
 - Rápida (20 a 30 ipm): O₂ suplementar com FiO₂ > ou = 85%, considerar ventilação assistida.
 - Muito rápida (>30 ipm): ventilação assistida com FiO₂ > ou = 85%;
- Cateter nasal.
 - Máscara facial sem reservatório;
 - Máscara facial com reservatório;
 - Máscara facial Venturi;
 - Bolsa válvula máscara (AMBU);

MÁSCARA FACIAL SEM RESERVATÓRIO

- Conectar a máscara ao látex;
- Conectar o látex ao ponto de oxigênio;
- Posicionar a máscara sob o nariz, a boca e o queixo do paciente;
- Puxar a faixa elástica para trás da cabeça e do pescoço e ajustá-la na lateral da face, até o ajuste confortável ao rosto e boca do paciente;
- Ofertar de 8 a 10 l/min de oxigênio conforme prescrição médica.

Figura 2: Máscara Facial sem reservatório.



Fonte: Google Imagens, 2020

MÁSCARA FACIAL COM RESERVATÓRIO

- Conectar a máscara ao látex;
- Conectar o látex ao ponto de oxigênio;
- Encher a bolsa reservatória com oxigênio;
- Posicionar a máscara sob o nariz, a boca e o queixo do paciente;
- Puxar a faixa elástica para trás da cabeça e do pescoço e ajustá-la na lateral da face, até o ajuste confortável ao rosto e boca do paciente;
- Ofertar de 10 a 15 l/min de oxigênio conforme prescrição médica;

Figura 3: Máscara Facial com reservatório.



Fonte: Google Imagens, 2020

MÁSCARA FACIAL VENTURI

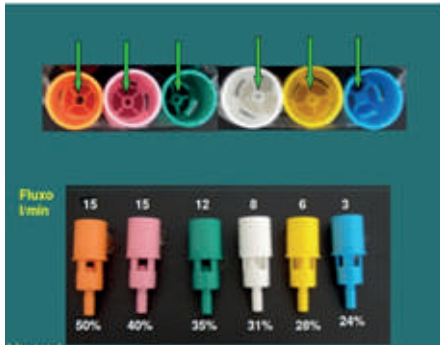
- Montar a máscara de venturi com a válvula indicada pela prescrição médica;
- Conectar a máscara a traqueia;
- Conectar a traqueia ao látex;
- Conectar o látex ao ponto de oxigênio;
- Posicionar a máscara sob o nariz, a boca e o queixo do paciente;
- Puxar a faixa elástica para trás da cabeça e do pescoço e ajustá-la na lateral da face, até o ajuste confortável ao rosto e boca do paciente;
- Ofertar oxigênio conforme a indicação de cada válvula.

Figura 4: Máscara Facial de venturi.



Fonte: Google Imagens, 2020

Figura 5: Sistema de válvulas para diferentes concentrações de Fração Inspirada de Oxigênio (FiO2).



Fonte: Google Imagens, 2020

BOLSA VÁLVULA MÁSCARA (AMBU)

- Conectar a máscara ao látex;
- Conectar o látex ao ponto de oxigênio;
- Encher a bolsa reservatória com oxigênio;
- Posicionar a máscara sob o nariz, a boca e o queixo do paciente;
- Ofertar 15 l/min de oxigênio conforme prescrição médica;
- Insuflar a bolsa.⁹

- g. 1 ventilação a cada 6 segundos, observando o retorno do tórax.

Figura 6: Bolsa-Válvula-Máscara (AMBU).



Fonte: Google Imagens, 2020

OBS.: Fontes de Oxigênio (torpedo ou encanado);

Figura 7: Fluxômetro e umidificador.



Fonte: Google Imagens, 2020

Figura 8: Kit de oxigênio (topedo e encanado).



Fonte: Google Imagens, 2020

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme a descrito;
- Realizar o procedimento conforme a técnica;
- Registrar a realização do procedimento no prontuário do paciente;
- Utilizar as luvas de procedimentos caso o paciente apresente alguma dermatite de contato;
- Reunir e retirar todo o material da unidade do cliente;
- Avaliar o cliente quanto ao alívio dos sinais e sintomas;

- Higienizar a máscara, sempre que necessário;
- Verificar a integridade da pele do paciente que entra em contato com a máscara ou com a fixação.

7. RECOMENDAÇÕES

- **Atentar para:**
- VARIAÇÕES ACEITÁVEIS DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA:

- **Terminologias:**

IDADE	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (Incrursões respiratórias por minuto - irpm)
Recém-nascido	40 -60
lactante (6 meses)	30 - 50
Criança pequena (2 anos)	25 - 32
Criança	20 - 30
Adolescente	16 - 20
Adulto	12 - 20

- **Dispneia:** dificuldade de respirar caracterizada por respiração rápida e curta;
- **Ortopneia:** dificuldade de respiração provocada por certas doenças, principalmente quando o paciente se encontra deitado;
- **Taquipneia:** aceleração do ritmo respiratório;
- **Bradipneia:** diminuição do ritmo respiratório;
- **Apneia:** ausência da respiração.

8. REFERÊNCIAS

OHL, R. I. B.; et al. **Exame Físico Geral. In: Anamnese e Exame Físico.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

PHTLS. **Prehospital trauma life support. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado.** 8ª. Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** 2016; Volume 107, Nº 3, Suplemento 3. Acesso em: 05/04/2016. Disponível: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.

TIMBY, B. K. **Conceitos e Habilidades fundamentais no atendimento de Enfermagem.** 10ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>	
		<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>	
		Data da criação	06/04/2016
		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 007	VERSÃO Nº 2	pag. 38 a 45	Data da próxima revisão 14/03/2021
POP FUNDAMENTOS DE SEMIOLOGIA DE ENFERMAGEM			
Título: Exame Físico Geral			
Elaborado por:	Ilana Vanina Bezerra de Souza Salmana Rianne Pereira Alves		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem;		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ilana Vanina Bezerra de Souza Salmana Rianne Pereira Alves Lucilla Vieira Carneiro Josefa Danielma Lopes Ferreira		
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

Constitui-se no exame externo do paciente, incluindo as condições globais, como estado geral, estado mental, tipo morfológico, dados antropométricos, postura, locomoção, expressão facial (fácies), sinais vitais, pele, mucosas e anexos (BARROS, 2016).

O Exame físico pode ser geral ou focal e se divide em quatro etapas:

- **INSPEÇÃO:** é a detecção através da visão de disformias, distúrbios do desenvolvimento, lesões cutâneas, presença de cateteres ou outros dispositivos (FIGURA 1);
- **AUSCULTA:** proporciona a detecção de sons produzidos por órgãos, com auxílio de aparelhos que otimizam a ausculta, como o estetoscópio (FIGURA 2);
- **PERCUSSÃO:** produção de sons característicos de acordo com as estruturas percutidas por meio de pequenos golpes (FIGURA 3);
- **PALPAÇÃO:** é a utilização do tato da pressão para a obtenção de informações de temperatura, consistência, sensibilidade do cliente e outros (FIGURA 4) (TIMBY, 2007).

Figura 1: Inspeção



Fonte: BARROS, 2016

Figura 2: Percussão



Fonte: BARROS, 2016

Figura 3: Ausculta



Fonte: Imagem extraída do site Pinterest, 2020

Figura 4: Palpação



Fonte: Extraída do site Enfconcurso, 2020

2. OBJETIVOS

- Ministrare aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o Exame físico do paciente;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Avaliar características inerentes ao corpo humano, que vêm a servir como dados subsidiadores ao cuidado (SILVA; TEIXEIRA, 2011).

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento;
- Avental para exames;
- Balança;
- Instrumento para exame de garganta (lanterna, espátulas, por exemplo)
- Estetoscópio e esfigmomanômetro;
- Fita métrica;
- Termômetro;
- Formulário de investigação e caneta.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

5.1 ESTADO GERAL

Técnica propedêutica: inspeção

Objeto de avaliação: resposta do indivíduo a sua patologia (físico e psíquico).

- **Resultados:**
 - Estado geral bom (EGB)
 - Estado geral regular (EGR)

OBSERVAÇÕES

REQUISITOS PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO	PARA DO
<ul style="list-style-type: none"> ○ Local adequado; Iluminação adequada; Conhecimento prévio de disciplinas básicas; 	

5.2 ESTADO MENTAL

• Técnica propedêutica: questionamentos

- Objeto de avaliação:
- Orientação (temporal e espacial);
- Memória;
- Cálculo;
- Linguagem (disfonia ou afonia, dislalia, disartria, afasia e disfasia).

5.3 TIPO MORFOLÓGICO

• Técnica propedêutica: inspeção

Objeto de avaliação: identificar tipo morfológico.

Brevilíneo:

- Pescoço curto e grosso
- Tórax largo e volumoso
- Membros curtos em relação ao tronco
- Musculatura desenvolvida e tecido adiposo espesso
- Tendência para baixa estatura

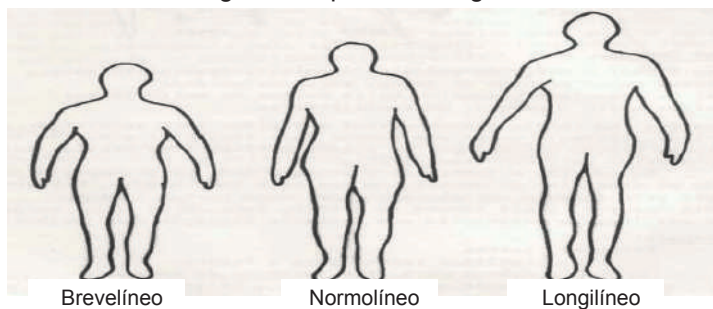
Normolíneo:

- Apresenta desenvolvimento harmônico da musculatura e a proporção equilibrada entre tronco e os membros.

Longilíneo:

- Pescoço longo e delgado
- Tórax afilado e chato
- Membros alongados e com predomínio sobre o tronco
- Musculatura delgada e tecido adiposo pouco desenvolvido
- Tendência para estatura elevada.

Figura 5: Tipos Morfológicos



Fonte: Imagem extraída do site Ciência do Treinamento, 2016.

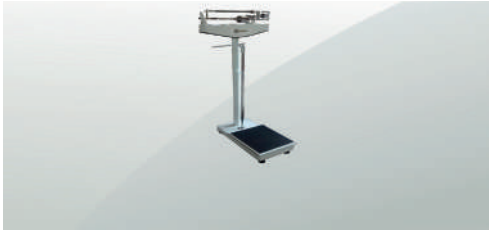
5.4 DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Instrumentos:

- Balança antropométrica
- Balança manual ou eletrônica
- Fita métrica

- Conhecimento de terminologias.
- Conhecimento das técnicas propedêuticas.
- o Posicionamento adequado da examinadora e do examinado.
- Uso do sentido céfalo-podálico.
- Objetividade, rapidez e exatidão.
- Uso de instrumental específico.
- Relacionamento interpessoal.
- Autoconfiança, paciência, consideração, delicadeza, respeito e ética.
- Implementar medidas de preservação de privacidade.

Figura 6: Balança Antropométrica



Fonte: Imagem extraída do site Balanças D Peso, 2020

Objeto de avaliação:

- Peso
- Altura
- Índice de massa corporal (IMC)

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 (\text{m}^2)}$$

Circunferências Corporais

- Circunferência Cefálica;
- Circunferência Abdominal (valores superiores a 80 e 94 cm, respectivamente, para mulheres e homens);
- Circunferência do quadril, braço e punho.

5.5 POSTURA

- Técnica propedêutica utilizada: inspeção

Objeto de avaliação:

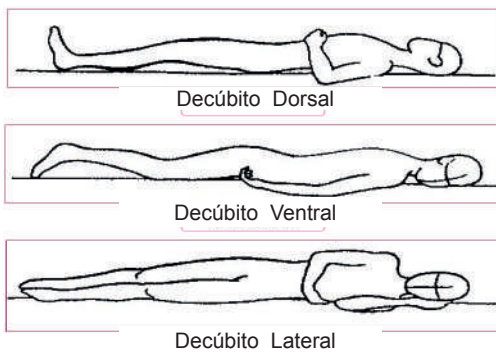
Posicionamento preferencial adotado pelo paciente:

- Atitude ortopneia
- Atitude de cócoras
- Atitude parkinsoniana

Decúbito assumido (preferencial ou obrigatório):

- Decúbito dorsal
- Decúbito ventral
- Decúbito lateral

Figura 7: Tipos de Decúbitos

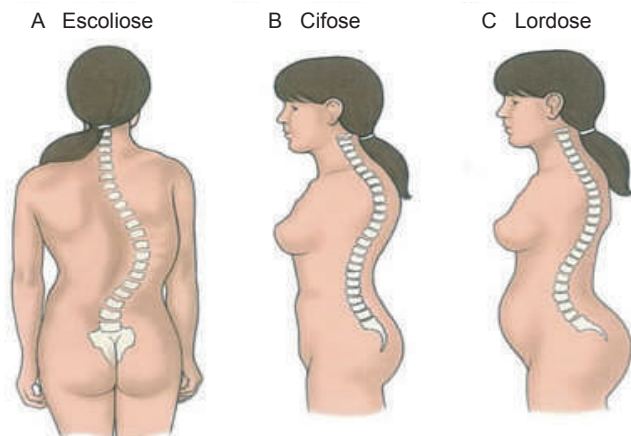


Fonte: Imagem extraída do site estudando enfermagem blog, 2020.

Postura (posição de pé):

- Boa postura
- Cifose
- Lordose
- Escoliose

Figura 8: Deformidades na Coluna



Fonte: Imagem extraída do site sobiologia, 2020

5.6 LOCOMOÇÃO

- **Técnica propedêutica: inspeção**
- Objeto de avaliação:
- Tipo de marcha do paciente (equilibrada, desequilibrada, com claudicações, apresentando algum desconforto)
- Natureza dos movimentos (ativos ou passivos)
- Ritmo dos movimentos realizados
- Amplitude dos movimentos
- Ocorrência de movimentos involuntários

5.7 EXPRESÃO FACIAL (fácies)

- **Técnica propedêutica: inspeção**
- Fundamento: repercussão de algumas patologias sobre o formato do rosto e fisionomia**

Fácies:

- Fácies normal ou ATÍPICA
- Fácies parkinsoniana (Doença de Parkinson)
- Fácies mixedematosa (hipotireoidismo ou mixedema)
- Fácies hipocrática (doenças graves)
- Fácies renal
- Fácies leonina (hanseníase)
- Fácies basedowiana (hipertireoidismo)
- Fácies acromegálica
- Fácies cushingóide ou de lua-cheia (uso de corticoides)

Figura 9: Fácies Típicas



Fonte: Imagem extraída do site medicolite, 2013

5.8 PELE E MUCOSAS

- Técnica propedêutica: inspeção e palpação

Objeto de avaliação:

Coloração:

- Hipocorado
- Normocorado
- Hipercoorado
- Hiperemia
- Icterícia
- Cianose

Figura 10: Tipos de Coloração da Pele



Fonte: Imagem extraída do site Gramho, 2020

Integridade cutânea e de mucosas:

- Íntegras (ilesas)
- Lesões (localização, tamanho, formato, profundidade e outras características).

Umidade:

- Umidade normal
- Pele e mucosas secas
- Pele sudoreica e/ou oleosa

Temperatura ao toque:

- Normotérmica
- Hipotérmica
- Hipertérmica

Textura:

- Pele lisa
- Pele áspera
- Turgor e elasticidade (hidratação)

Figura 11: Avaliação do turgor e elasticidade da pele



Fonte: Imagem extraída do site Enfermagem sae, 2010

Edemas:

- Tipo (duro ou mole)
- Localização
- Intensidade (cacifo)

Anexos: pelos e unhas

Figura 12: Avaliação do Edema/Aterações de pele



Fonte: Imagem extraída do site Slideshare, 2016

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme a descrito;
- Realizar o procedimento conforme a técnica;
- Registrar a realização do procedimento no prontuário do paciente.

7. REFERÊNCIAS

BALANÇAS D PESO. 2020. D **Peso: Balanças é o nosso negócio**. Disponível em: <https://www.balancasdpeso.com.br/index.php/pt/blog/investment-management/balanca-antropometrica1.html>. Acesso em: 09 jun 2016.

BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

CIÊNCIA DO TREINAMENTO. 2016. **O que são bevilíneos, mediolíneos e longilíneos?** Disponível em: <https://cienciadotreinamento.com.br/2015/12/16/o-que-sao-brevilineos-mediolineos-longilineos/>.

ENFERMAGEM SAE. 2010. **Enfermagem sem fronteiras**. Disponível em: <http://enfermagem-sae.blogspot.com/2010/11/turgor-da-pele-turgor-cutaneo-usada.html>. Acesso em 09 jun 2020.

ESTUDANDO ENFERMAGEM BLOG. 2020. **Posições para exame**. Disponível em: <https://estudandoenfermagemblog.wordpress.com/2016/07/21/posicoes-para-exame/>. Acesso em 09 jun 2020.

GRAMHO. 2020. **Enfermagem descontraída**. Disponível em: <https://gramho.com/explore-hashtag/enfermagemdescontraida>. Acesso em 09 jun 2020.

MEDICOLITE. 2013. **Semiologia Médica: Fácies**. Disponível em: <http://medicolite.blogspot.com/2013/10/semiologia-medica-facies.html>. Acesso em 09 jun 2020.

OHL, R.I.B. et al. **Exame Físico Geral**. In: Anamnese e Exame Físico. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PERRY, A. G; POTTER, P. A. **Fundamentos da Enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

PINTEREST. 2020. **Técnicas básicas de exame físico**. Disponível em: <https://br.pinterest.com/pin/740771838681172832/>. Acesso em 09 jun 2020.

SILVA, C.M.C.; TEIXEIRA, E.R. Exame físico e sua integralização ao processo de enfermagem na perspectiva da complexidade. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro. v.15 n.4 Out./Dez. 2011.

SLIDESHARE. 2016. **Semiologia dos Edemas**. Disponível em: <https://www.slideshare.net/pauualambert/semiologia-dos-edemas>. Acesso em 09 jun 2020.

SOBIOLOGIA. 2020. **Deformações na coluna**. Disponível em: <https://www.sobiologia.com.br/conteudos/Corpo/sistemaesqueletico5.php>. Acesso em 09 jun 2020.

TIMBY, B.K. **Conceitos e Habilidades fundamentais no atendimento de Enfermagem**. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 008	VERSÃO Nº 2	pag. 46 a 51	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA I				
Título: Exame Físico da Cabeça e Pescoço				
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Amanda Benício da Silva Camila Abrantes Cordeiro Moraes Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Valdiléia Ferreira Torres da Silva			
Setor:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem.			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

O exame da cabeça e do pescoço funciona como revisão da integridade das estruturas anatômicas e inclui a cabeça, olhos, orelhas, nariz, boca, faringe e pescoço (linfonodos, artérias carótidas, glândula tireoide e traqueia) (BARROS, 2016).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de exame físico da cabeça e pescoço;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Realizar o exame físico da cabeça e pescoço para investigar possíveis alterações.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bloco de Anotações
- Caneta Esferográfica

- Bandeja
- Luvas de procedimentos
- Lanterna
- Fita métrica
- Abaixador de língua
- Máscara cirúrgica S/N
- Recipiente com algodão hidrófilo
- Otoscópio
- Espátula

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Se aproximar do paciente, explicando o exame físico ao mesmo;
- Organizar o material;
- Lavar as mãos;
- Levar o material até o paciente;
- Preparar o ambiente fechar as janelas (biombo);
- Quando possível, o paciente deve ser colocado sentado;
- Calçar luvas de procedimento quando necessário;
- Abordagem céfalo-caudal, observando seu posicionamento e movimentação;
- Inicia-se a inspeção das estruturas abaixo citadas;
- **Crânio:** deve ser observada a posição da cabeça do paciente, bem como a presença de movimentos involuntários ou tremores. Observa-se o tamanho (macrocefalia, microcefalia), forma/contorno (braquicéfalo, dolicocefalo, mesocéfalo), fontanelas, lesões localizadas, presença de tumor, hematomas, nódulos. Por meio da palpação, deve-se investigar a presença de deformidades (abaulamentos e retrações);^a
- **Couro cabeludo:** analisam-se as características dos cabelos, como quantidade, distribuição, alterações na cor, textura, aparência e se há sujidades, presença de pedículos, caspa ou seborreia, alopecia ou epilação.
- **Face:** observar alterações na coloração da pele, presença de manchas localizadas, identificar os tipos de fácies, observa-se a simetria, presença de trismo, edemas, cicatrizes, movimentos involuntários e lesões cutâneas (máculas, placas, pápulas, nódulos, vesículas, bolhas, pústulas, petéquias).^b
- **Olhos:** observa-se a presença de corpo estranho, uso de lentes de contato, fotofobia, posição dos olhos (exoftalmia, estrabismo), enoftalmia, nistagmo, superfície das pálpebras, presença de edema palpebral, ptose palpebral, xantasma, pterígio, avaliar canal lacrimal, madarose, coloração. Inspeccionar a conjuntiva e esclerótica (Imagens 1 e 2), presença de opacificações da córnea, reflexo córneo palpebral, mobilidade visual, características das pupilas

OBSERVAÇÕES

- a. Para medição do tamanho do crânio, faz-se necessário o uso da fita métrica. A proporção do perímetro cefálico e os padrões de referência variam em adultos, quanto ao sexo (feminino/masculino) e região brasileira. O tamanho também varia de acordo com a idade da criança. O perímetro cefálico deve ser avaliado quando há suspeitas de alterações de tamanho.
- b. É importante observar a coloração da pele que podem indicar doenças como por exemplo palidez, cianose e icterícia. Identificar os tipos de fácies de acordo com POP de Exame Físico Geral.

(tamanho, forma, reação das pupilas a luz), presença de secreção, e acuidade visual. As pálpebras, além de serem inspecionadas, podem ser palpadas, quando necessário, para avaliar presença de nódulos ou lesões. O examinador deverá tracionar as pálpebras, usando os dedos polegares, sendo a superior para cima e a inferior para baixo. Realiza-se o exame da mobilidade visual, o examinador se posiciona lateralmente ao paciente, mostrando-lhe um objeto e solicita que ele acompanhe com os olhos o objeto, sem movimentar a cabeça (da esquerda para a direita, da direita para a esquerda, de cima para baixo e de baixo para cima).^c

Figura 1: Exame da conjuntiva: tracionar as pálpebras para baixo.



Fonte: BARROS, 2016

Figura 2: Exame da conjuntiva: tracionar as pálpebras para baixo.



Fonte: BARROS, 2016

- **Ouvidos:** inspecionar e palpar orelha externa, observando a forma e tamanho, presença de deformações, nódulos, tumorações e hematomas, processos inflamatórios (eczema, furunculose), presença de secreções (otorrágia, otorreia), obstrução do canal auditivo, presença de acúmulo de cerume e corpos estranhos, visualização da membrana timpânica.^d
- **Nariz e Seios paranasais:** devem-se avaliar as características das narinas, forma, tamanho, cor e presença de deformidade ou inflamação do nariz. Deve-se examinar a superfície externa do nariz, observando a simetria e a

c. Para examinar a conjuntiva, as pálpebras devem ser tracionadas, sendo a inferior para baixo e a superior para cima, observando-se a coloração ou a presença de secreção mucopurulenta e hemorragia. Na avaliação da acuidade visual, o examinador deve testar cada olho, separadamente, sem pressioná-los. Na avaliação das pupilas, o reflexo fotomotor é realizado com o auxílio de um foco de luz artificial.

d. Elevar a parte superior da orelha externa, deixando o canal auditivo alinhado e com o auxílio de um foco de luz (otoscópio), inspecionar a orelha interna.

presença de deformidades e o movimento das asas do nariz durante a respiração. Durante a realização do exame endonasal (Imagem 3), deve-se observar a presença de sangue (epistaxe), edemas, secreções mucopurulentas, crostas, avaliar a integridade da mucosa, avaliar o septo, verificando se há desvio ou sinais de desvio ou sinais de sangramento. Por meio da palpação, deve-se avaliar presença de hipersensibilidade (dor) dos seios paranasais.^e

Figura 3: Exame endonasal: inclinar a cabeça do paciente para trás e usar uma espátula.



Fonte: BARROS, 2016.

- **Boca:** inspecionar a cor, hidratação e presença de lesões nos lábios e cavidade oral, abertura e mobilidade da boca, presença de deformações congênitas, edema e ulcerações. Com a ajuda de uma espátula, deve-se inspecionar a quantidade, distribuição, cor, presença de cáries dentárias e conservação dos dentes. Inspeccionar a mucosa bucal e gengivas, observando coloração, hidratação, presença de lesões, edema, retração, sangramento, mordedura, sialorreia, hemoptise e sensibilidade, inspecionar tonsilas palatinas. Inspeccionar a língua, observando seu tamanho, coloração, textura e presença de saburra ou lesões.^f
- **Pescoço:** deve-se observar seu tamanho e simetria dos músculos do pescoço, alterações da postura (inclinação, rigidez da nuca), presença de cicatrizes, cianose e ingurgitamento das veias jugulares e verificar se há aumento das glândulas parótidas ou s submandibulares. A tireoide deve ser palpada para avaliação do seu tamanho, forma, consistência, sensibilidade e volume. Durante a palpação do pescoço, deve-se atentar para a presença de tumores, sensibilidade, linfonodos e gânglios, não deixando de observar a distribuição da rede venosa e pulsação da artéria carótida. Deve-se palpar os linfonodos da região

e. Para realizar o exame endonasal, inclina-se a cabeça do paciente para trás e, se possível, utilizar um otoscópio e uma espátula. Para avaliar os seios frontais, é preciso pressionar o osso frontal com os polegares sobre as sobrancelhas e, depois, pressionar os seios maxilares com os polegares.

f. Utilizar luvas de procedimento e espátulas. Com a ajuda de uma espátula, o examinador deverá introduzir a espátula na lateral da boca do paciente, elevando os lábios e expondo a gengiva, à procura das alterações já citadas.

cervical (Imagem 4), assim como verificar a presença de gânglios pré-auriculares, occipitais, submentoneanos, submaxilares e supraclaviculares, movendo a pele para cima sobre os tecidos subjacentes, simultaneamente. Para verificar a presença de gânglios submentoneanos, é preciso palpar com os dedos de uma das mãos, deixando a outra mão sob a cabeça.

Figura 4: Exame do pescoço: palpar os linfonodos da região cervical com os dedos indicadores e médios das duas mãos, simultaneamente.



Fonte: BARROS, 2016.

- Recolher material e deixar paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento incluindo as alterações encontradas durante o exame físico.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme descrito;
- Realizar o exame físico específico conforme descrito;
- O paciente deve estar na posição correta para o exame físico;
- Realizar o exame físico após a anamnese;
- As técnicas de inspeção e palpação devem ser empregadas.

7. RECOMENDAÇÕES

- Usar a máscara cirúrgica cobrindo a boca, nariz e pelos da face, caso o paciente tenha alguma patologia respiratória infectocontagiosa;
- Usar luvas de procedimentos caso haja necessidade;
- Anotar todas as queixas e achados anormais durante o exame físico;
- Utilizar dados colhidos durante o exame físico como subsídio para a elaboração da evolução de enfermagem e diagnóstico de enfermagem;
- Local adequado;
- Iluminação adequada;
- Relacionamento interpessoal;
- Uso do sentido céfalo-caudal;
- Autoconfiança, paciência, consideração, delicadeza, respeito e ética;
- Objetividade, rapidez e exatidão;

- Posicionamento adequado do(a) examinador(a);
- Antes de iniciar o exame físico da cabeça e pescoço, deve-se fazer uma anamnese específica, coletando os dados que não teríamos condições de colher de outra forma;
- Pergunte ao paciente se ele tem histórico de cefaleia (início, duração, características), se sofreu traumatismo recente na cabeça, se há presença de tontura, vertigem, síncope;
- Verifique se o paciente tem história de doença ocular (retinopatia, catarata, traumatismo ocular ou cirurgia oftalmológica), questione sobre a acuidade visual, existência de dor nos olhos, fotofobia, ardência ou prurido, diplopia ou visão turva, excesso de lacrimejamento;
- Pergunte ao paciente se ele sente dor de ouvido, prurido, se há secreção, se usa algum dispositivo auditivo ou se apresenta qualquer alteração na audição;
- Investigar histórico de alergias, secreção nasal (frequência, quantidade, tratamento), epistaxe, obstrução nasal;
- Questione o paciente sobre alterações no paladar, se há disfagia, se usa prótese dentária, presença de dor na gengiva e práticas de higiene dentária;
- Investigar se o paciente apresenta histórico de dor no pescoço com restrição de movimentos, se tem histórico de hipotireoidismo ou hipertireoidismo, se há ocorrência recente de infecção ou aumento dos linfonodos.


8. REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN M. K. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

JARVIS C. **Guia de exame físico para a enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

PORTO, C. C. **Exame clínico**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 009	VERSÃO Nº 2	pag. 52 a 59	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA I				
Título: Exame Físico do Sistema Respiratório				
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Camila Abrantes Cordeiro Moraes Ilana Vanina Bezerra de Souza Valdiléia Ferreira Torres da Silva			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

A execução do exame físico do sistema respiratório propicia a oportunidade de estabelecer uma base de informações, além de possibilitar uma estrutura para a detecção de algumas alterações na condição respiratória do paciente. Como o enfermeiro é o profissional de saúde mais próximo do paciente, é ele quem, com frequência, identifica alterações clínicas (BARROS, 2016).

2. OBJETIVOS

- Ministrando aspectos teóricos e demonstrando procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de exame físico do sistema respiratório;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Realizar uma avaliação correta do tórax e dos pulmões;
- Avaliar pacientes com problemas respiratórios agudos e crônicos;
- Prevenir agravos de doenças respiratórias.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Estetoscópio;
- Papel toalha;
- Gazes;
- Caneta;
- Caderno de anotações;
- Saco de lixo;
- Luvas de procedimento S/N.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

5.1. ANAMNESE RESPIRATÓRIA

Questione o paciente:

- A **dispneia** aparece quando ele se movimentar, ao ficar em repouso ou ao realizar atividade física (leve/moderada)? Apresenta dispneia quando se deita (ortopneia)? É constante? O paciente acorda à noite com a dispneia (dispneia paroxística noturna – DPN)? Existem outros sinais e/ou sintomas que ocorreram com a evolução da dispneia?
- **Tosse:** há quanto tempo a tosse iniciou? Qual a sua frequência? A tosse é pior à noite ou em alguma hora do dia? Apresenta dor ao tossir? É seca ou produtiva? O paciente consegue aliviá-la e como é alcançado esse alívio? Houve exposição ambiental ou ocupacional a poeira, vapores ou gases que poderiam causar a tosse?^a
- **Expectoração:** Questionar o paciente sobre suas características quanto à coloração (claro, amarelo, verde, ferruginoso, róseo, sanguinolento), e quantidade (colher de chá, de sopa ou xícara),^b
- **Hemoptise:** identificar sua origem (pulmões, sangramento nasal, estômago);^c
- **Dor Torácica:** a dor é cortante, surda, penetrante? É intermitente ou persistente? A dor é localizada ou irradia? Se ela se irradia, para onde? Qual a intensidade da dor? Há fatores que aliviam ou agravam a dor, como a posição ou a atividade? Identificar se está associada a problemas pulmonares ou cardíacos;^d
- **Rouquidão:** Investigue a causa. Pode ser proveniente de tumor pulmonar ou de aneurisma da aorta.
- **História Clínica Anterior ou Progressiva:** apresentou doenças respiratórias na infância? Imunizações (contra pneumonia e influenza)? Tem internações ou tratamentos prévios? E os familiares? Tem familiares tabagistas?
- **História profissional e do estilo de vida:** No ambiente de trabalho, é exposto à poeira, produtos químicos?
- **História de tabagismo:** Com quantos anos iniciou? Número aproximado de cigarros ou charutos que fuma por dia? Há quanto tempo parou de fumar?^e

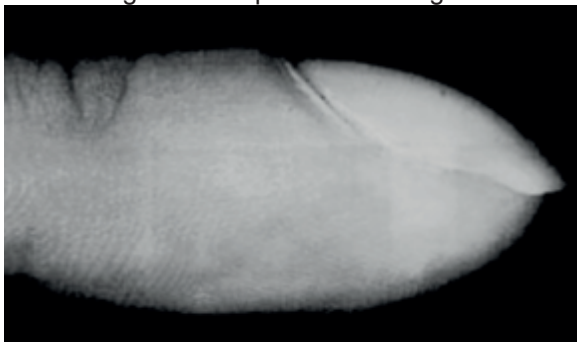
OBSERVAÇÕES

- As queixas respiratórias comuns são a dispneia, a tosse, a expectoração, a hemoptise, a dor torácica e a rouquidão.
- É importante observar as modificações de tais características, assim como seu início, frequência e se tem relação com a posição (deitado, decúbito lateral).
- O sangue proveniente dos pulmões, geralmente, é caracterizado como vermelho vivo, acompanhado de algumas porções espumosas. No entanto, se estiver no pulmão por tempo prolongado, pode se tornar vermelho-escuro ou acastanhado.
- Geralmente, a dor relacionada a alterações respiratórias manifesta-se por uma queimação, constante e persistente (retroesternal), ou, de forma aguda, com uma pontada que aumenta com o movimento e a inspiração profunda (dor pleurítica).
- O histórico de tabagismo é fundamental, pois é a principal causa de câncer de pulmão, enfisema e bronquite crônica.

5.2. PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Explicar o exame físico ao paciente;
- Organizar o material;
- Lavar as mãos;
- Levar o material até o paciente;
- Preparar o ambiente fechar as janelas (biombo);
Observar a integridade da pele do paciente e calçar as luvas de procedimento S/N;
- Realizar a **ANAMNESE** relacionada ao exame físico do sistema respiratório; a Após a entrevista, deve-se dar início ao exame físico, as técnicas de inspeção, palpação, percussão e ausculta são empregadas;
- Colocar o paciente na posição adequada para o exame;^f
- Iniciar a **INSPEÇÃO ESTÁTICA**: observe as condições da pele (coloração, cicatrizes, lesões), a distribuição dos pelos e suas características, a presença de circulação colateral, abaulamentos, retrações, cianose. Os dedos e unhas também devem ser observados para identificar baqueteamento digital (**FIGURA 1**) e manchas de fumo;^g

Figura 1: Baqueteamento digital.



Fonte: BARROS, 2016.

- A inspeção estática continua com a observação da caixa torácica. Classifique o tipo de tórax do paciente em tórax normal, tórax chato ou plano, tórax em tonel ou globoso, tórax em funil ou infundibuliforme (pectus excavatum), peito de pombo (pectus carinatum), tórax em sino ou cônico, cifótico e tórax cifoescoliótico;^h
- Após a inspeção estática, inicie a **INSPEÇÃO DINÂMICA**;
- Os ritmos respiratórios e seus desvios da normalidade estabelecem observações importantes que o enfermeiro avalia e registra;
- **Avalie**: se a respiração é abdominal ou torácica, a frequência respiratória, os ritmos respiratórios normais: regulares e sem pausa e os ritmos respiratórios anormais (taquipneia, bradipneia, apneia, hiperpneia, respiração de kussmaul, respiração de cheyne-stokes, respiração de biot, ortopneia);ⁱ

- f. No exame da região do dorso, região torácica posterior, o paciente deve estar na posição sentada, com os braços cruzados sobre a região torácica anterior e, de preferência, com as mãos nos ombros. Para o exame da região anterior, o paciente deve estar deitado em decúbito dorsal. O exame da região torácica anterior, em especial a ausculta, pode ser realizado com o paciente na posição sentada.
- g. Baqueteamento digital é uma anormalidade na qual as falanges distais e as unhas apresentam o formato de bulbo.
- h. O formato do tórax apresenta variações em relação à idade, ao sexo e ao biótipo. As alterações ou transversas evidenciam algumas deformidades torácicas.
- i. Na inspeção dinâmica, o enfermeiro deve observar a dinâmica respiratória. A movimentação da caixa torácica é avaliada durante a respiração.

- Continue o exame físico seguindo para o próximo método propedêutico, a **PALPAÇÃO**;
- Na palpação **avaliar a traqueia**: o enfermeiro posiciona suavemente o dedo da mão em um dos lados da traqueia e faz uma avaliação do espaço entre ele e o esternocleidomastóideo;^j
- Os espaços devem ser simétricos em ambos os lados;
- A traqueia é levemente deslocada de um lado para outro, ao longo de toda a sua extensão, enquanto o examinador, por meio da palpação, investiga massas, creptações ou desvio da linha média;
- A traqueia, em geral, apresenta uma discreta mobilidade, retornando rapidamente a linha mediana anterior após ser deslocada;
- Avalie a **estrutura da parede torácica**: a parede torácica inclui a pele, o tecido subcutâneo, as cartilagens e os ossos;^k
- Sua palpação é realizada com base palmar ou com a face ulnar da mão, que é posicionada contra o tórax do paciente.
- Durante a palpação, o examinador avalia a presença de creptações, dor na parede torácica (áreas hipersensíveis), tônus muscular, presença de massas, edema e frêmito palpável;
- Avalie a **expansibilidade torácica** e observe a expansibilidade dos ápices.^l
- Posicione-se atrás do paciente, colocando as mãos espalmadas nas regiões dos ápices pulmonares, de tal modo que os polegares se toquem em ângulo quase reto no nível do processo espinhoso da vértebra proeminente;
- Os demais dedos permanecem justapostos e semifletidos;
- Solicite que o paciente respire profundamente e, enquanto isso, observe a movimentação simétrica ou não de suas mãos;
- Na avaliação da expansibilidade das bases, coloque as mãos espalmadas na região infraescapular do dorso;
- Os polegares encontram-se na linha mediana posterior, na altura dos processos espinhosos da nona ou décima vértebra torácica, enquanto os dedos ficam estendidos e justapostos, a procura de envolver o máximo da área correspondendo às bases pulmonares (**FIGURA 2**);
- Ao posicionar as mãos, deve-se deslizá-las um pouco para dentro, com o objetivo de fazer uma prega cutânea entre os polegares e a coluna;
- À medida que o paciente inspira, as mãos do examinador deslocam-se para fora e para cima, simetricamente;
- Na região torácica anterior, as mãos devem estar posicionadas margeando as costelas inferiores;^l
- Continuando a palpação, inicie outro método, o

- j. As massas cervicais e mediastinais, as atelectasias ou pneumotórax de grande volume podem movimentar a traqueia para um dos lados.
- k. Estrutura da parede torácica: As anormalidades observadas na inspeção são investigadas mais detalhadamente durante a palpação.
- l. As causas mais frequentes de diminuição unilateral da expansão torácica incluem doença fibrótica do pulmão ou da pleura subjacente, derrame pleural, pneumotórax, pneumonia lobar, dor pleurítica com defesa associada e obstrução brônquica unilateral. Quanto à diminuição bilateral nos ápices, as causas incluem processo infeccioso ou cicatricial. Diminuição bilateral basal pode indicar gravidez, ascite, obesidade grave ou derrame pleural bilateral. Qualquer assimetria pode ser referente a um processo patológico na região.

frêmito toracovocal: realize a palpação da parede posterior do tórax, enquanto o paciente pronuncia palavras que produzem intensa vibração, como “trinta e três”, “um, um, um”,^m

Figura 2: Avaliação da expansibilidade torácica: vista posterior.



Fonte: BARROS, 2016

- Utilize a parte óssea da palma das mãos e dos dedos ou a superfície ulnar da mão para obter a sensibilidade vibratória dos ossos da mão, a fim de detectar o frêmito.
- Pode ser utilizada apenas uma das mãos ou ambas, para comparar os lados;
- Identifique e localize qualquer região com aumento, diminuição ou ausência do frêmito. Realize posteriormente a palpação na região torácica anterior;
- Realize a palpação do frêmito toracovocal na região torácica anterior em 4 focos (**FIGURA 3**) e na posterior em 5 focos (**FIGURA 4**).

Figura 3: Focos da região torácica anterior.



Fonte: BARROS, 2016

Figura 4: Focos da região torácica posterior.

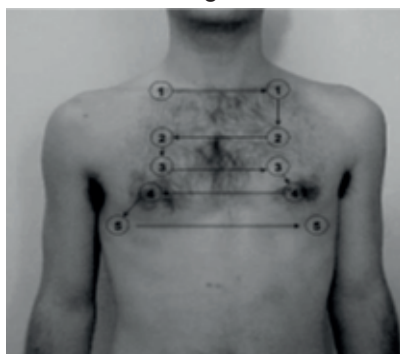


Fonte: BARROS, 2016

m. As vibrações são transmitidas da laringe através das vias aéreas e podem ser palpadas na parede torácica. As vibrações mais intensas são sentidas nas áreas em que existe condensação pulmonar, como, por exemplo, em casos de pneumonia. A diminuição do frêmito palpável costuma estar relacionado a anormalidades que afastam o pulmão da parede torácica, como o derrame pleural e o pneumotórax. As variações fisiológicas não devem ser esquecidas durante o exame físico.

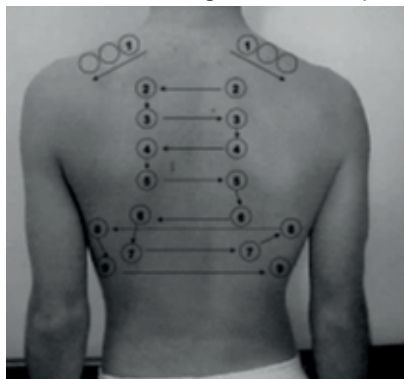
- Inicie o terceiro método propedêutico, a **PERCUSSÃO**,ⁿ
- Localizar a posição de cada costela é essencial para a visualização do lobo do pulmão que está sendo examinado;
- Percuta o tórax em localizações simétricas, dos ápices em direção as bases;
- Realize a percussão da região torácica anterior em 5 focos (**FIGURA 5**), iniciando pelo 2º espaço intercostal na linha medioclavicular. Na região torácica posterior realize a percussão em 9 focos (**FIGURA 6**), o primeiro foco na região supra escapular e a partir do segundo seguir a linha escapular;

Figura 5: Focos da região torácica anterior.



Fonte: BARROS, 2016

Figura 6: Focos da região torácica posterior

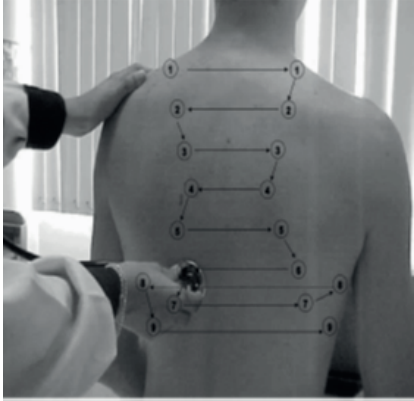


Fonte: BARROS, 2016.

- Os sons encontrados podem ser claro pulmonar (som normal da percussão), hipersonoridade, timpânico, maciço e submaciço;
- Inicie o último método propedêutico, a **AUSCULTA**;
- Realize a ausculta pulmonar na região torácica anterior em 5 focos, iniciando pelo 2º espaço intercostal na linha medioclavicular. Na região torácica posterior realize a ausculta em 9 focos (**FIGURA 7**) iniciando pelo ápice das escápulas. Peça para o paciente inspirar e expirar profundamente em cada foco da ausculta.

n. Essa avaliação ajuda a identificar se os tecidos estão cheios de ar, líquido ou se são encontrados, principalmente, no pneumotórax e no enfisema pulmonar. As causas mais comuns de macicez e submacicez são derrames pleurais, condensação pulmonar e neoplasias, porém todas de grande extensão para serem detectáveis à percussão. Sons timpânicos são comuns em casos de amplo pneumotórax ou se houver alguma câmara repleta de ar.

Figura 7: Focos da região torácica posterior.



Fonte: BARROS, 2016.

- Durante a ausculta, identifique os sons respiratórios normais (som traqueal, som brônquico, murmúrio vesicular, som broncovesicular) e os anormais que são denominados de ruídos adventícios (crepitações ou estertores finos, crepitações ou estertores grossos, roncosp, sibilosp, atrito pleural e cornagem ou estridor);⁰
- Recolher material e deixar paciente confortável;
- Registrar o procedimento, incluindo as alterações encontradas durante o exame físico.

- Ruídos adventícios quando auscultados, deve-se observar a intensidade, o timbre e a duração (fase inspiratória, expiratória, ou ambas), a localização e qualquer alteração, após tosse, ou modificação da posição do paciente. As crepitações normalmente são encontradas em pacientes com edema pulmonar, fibrose, bronquite, bronquiectasia e pneumonia. Os sibilosp são frequentemente associados a asma e broncoconstrição. Quando fortes, podem ser audíveis sem estetoscópio. Cornagem pode ser ocasionado por laringite, edema de glote, corpos estranhos, câncer da laringe e estenose de traqueia.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Realizar o exame físico específico conforme descrito;
- O paciente deve estar na posição correta para o exame físico;
- Realizar o exame físico após a anamnese;
- Ao realizar-se o exame, é necessário saber os marcos anatômicos das regiões anterior; posterior e lateral do tórax;
- As técnicas de inspeção, palpação, percussão e ausculta devem ser empregadas.

7. RECOMENDAÇÕES

- Usar a máscara cirúrgica cobrindo a boca, nariz e pelos da face, caso o paciente tenha alguma patologia respiratória infectocontagiosa;
- Usar luvas de procedimentos caso haja necessidade;
- Anotar todas as queixas e achados anormais durante o exame físico;
- Utilizar dados colhidos durante o exame físico como subsídio para a elaboração da evolução de enfermagem e diagnóstico de enfermagem;
- Lavar as mãos conforme POP antes e após o procedimento;
- A inspeção pode ser de dois tipos: estática e dinâmica;
- Durante a realização do exame físico, o paciente deve estar despido até à cintura, de forma que todo o tórax fique exposto. O ambiente deve ser tranquilo e a privacidade, mantida. A comparação entre os achados de um lado e outro do tórax é fundamental;
- Ao realizar-se o exame, é necessário saber os marcos anatômicos das regiões posterior, lateral e anterior do tórax. Na região torácica anterior, Temos as linhas medioclavicular direita, medioclavicular esquerda e linha mediana anterior. Na região torácica posterior, temos as linhas escapular direita, escapular esquerda e linha mediana posterior. Na região lateral, temos as linhas axilar anterior, média e posterior;

8. REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN M. K. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SCHÜNKE, M. **Prometheus atlas de anatomia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

SMELTZER, S.C. BARE B.G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

TIMBY BARBARA K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>	
		<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>	
		Data da criação	06/04/2016
		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 010	VERSÃO Nº 2	pag. 60 a 64	Data da próxima revisão 14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA I			
Título: Exame Físico do Sistema Cardiovascular			
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Camila Abrantes Cordeiro Moraes Ilana Vanina Bezerra de Souza Valdiléia Ferreira Torres da Silva		
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

Essa avaliação propicia a oportunidade de estabelecer uma base de informações, além de garantir uma estrutura para a detecção de alterações na condição cardiovascular do paciente. Como o enfermeiro está mais próximo do paciente, é ele quem, com frequência, detecta mudanças clínicas (BARROS, 2016).

2. OBJETIVO

- Ministrando aspectos teóricos e demonstrando procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de exame físico do sistema cardiovascular;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Realizar uma avaliação correta do tórax e do sistema cardiovascular;
- Avaliar pacientes com problemas cardiovasculares agudos e crônicos;
- Prevenir agravos de doenças cardiovasculares.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 01 par de luvas de procedimento (S/N);
- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro
- 01 par de luvas de procedimento (S/N)
- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Questione o paciente: há presença de **dor torácica**?^a
Em que região ela se localiza (parede torácica/ região do estômago/pescoço/braço)? Surge quando está em repouso ou movimento? Irradia para a região dos braços, costas, estômago, pescoço? Qual a intensidade da dor (leve/moderada)? Que fatores precipitam essa dor? Algum acontecimento piora a dor? Em algum momento, quando e como há alívio da dor?^b
- **Palpitações**: em que momentos você sente as palpitações? Em que horários do dia elas são mais frequentes? Você se sente tonto ou prestes a desfalecer ao apresentar palpitação? O que ocasiona essa sensação? Quanto tempo ela dura? O que você faz para aliviar essas sensações?^c
- **Dispneia**: surge quando ele se movimenta, está em repouso ou realiza atividade física (leve/moderada)? A dispneia ocorre quando se deita (ortopneia)? É constante? Acorda à noite (dispneia paroxística noturna – DPN)? Existem outros sinais e/ou sintomas que ocorreram com a evolução da dispneia?
- **Tosse**: há quanto tempo a tosse iniciou? Sua frequência? A tosse é pior à noite ou em alguma hora do dia? É dolorosa? É seca ou produtiva? Se o paciente consegue aliviá-la e como é obtido esse alívio? Houve exposição ambiental ou ocupacional a poeira, vapores ou gases que poderiam causar a tosse?
- **Cianose**: avaliar a cor dos lábios, da ponta do nariz, malares, língua e leito ungueal, bem como avaliar se a cianose é generalizada ou localizada; avaliar sua intensidade (leve, moderada ou grave) e relação com o esforço físico.^d
- **Edema**: Há quanto tempo iniciou o edema? O edema aumenta ou diminui quando você realiza alguma atividade física? Onde geralmente localiza-se o edema? O que você faz para aliviar esse edema? Quando está edemaciado, você sente cansaço ou falta de ar?^e
- **Desmaio**: Quanto tempo dura a tontura e o que alivia? Quantas vezes acontece esse episódio? Algum fator precipita ou antecede esses episódios (Ex: ambiente quente, fome, súbita mudança de posição, defecação

OBSERVAÇÕES

- As queixas cardíacas mais comuns são a dor torácica, palpitações, dispneia, ortopneia, tosse, cianose, edema, desmaio e nictúria.
- Uma dor ocasionada pelo esforço físico e aliviada pelo repouso sugere angina de peito ou dor psicogênica. A dor psicogênica difere da angina por se associar habitualmente a outros sintomas, como cefaleia e hiperventilação.
- Pode estar associadas a alterações do ritmo (arritmias, insuficiência cardíaca, hipo ou hipertireoidismo), por esforço (exercícios físicos), por distúrbios emocionais (estresse, ansiedade).
- É um sinal clássico de distúrbios cardiovasculares e está presente quando a coloração da pele torna-se azulada devido ao aumento da hemoglobina do tipo reduzida ou sangue capilar, subsequente à queda de saturação de oxigênio tecidual.
- Ocorre, em geral, por aumento da pressão hidrostática, originada pela estase circulatória decorrente da insuficiência ventricular direita, tendendo a expulsar água e eletrólitos de dentro do capilar venoso, com conseqüente extravasamento de plasma para o interstício. Oedema também pode estar presente como defeito colateral do uso de drogas anti-hipertensivas, entre outras. Quando generalizado, é conhecido como anasarca; já o edema que ocorre na cavidade abdominal é conhecido por ascite.

ou pressão na região do pescoço)? Após levantar do desmaio, ocorre lipotímia?^f

- **Nictúria:** Toma líquidos nos intervalos do sono? Quantas vezes acorda ou levanta à noite para urinar? Usa algum medicamento diurético e em que horário toma? Qual o aspecto da urina?
- **História Clínica anterior e familiar:** Tem internações ou tratamentos prévios em consequência de problemas cardiovasculares? E os familiares? Fez ou faz uso de alguma medicação para tratar doença cardiovascular ou outra patologia?^g
- **História profissional e do estilo de vida:** quais as condições do ambiente de trabalho? Sofre estresse constantemente? Com que frequência?
- **História de tabagismo:** com quantos anos iniciou? Número aproximado de cigarros ou charutos que fuma por dia? Início do tabagismo? Há quanto tempo parou de fumar?^h

5.1 ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Explicar o exame físico ao paciente;
- Organizar o material;
- Lavar as mãos;
- Levar o material até o paciente;
- Preparar o ambiente fechar as janelas (biombo);
- Observar a integridade da pele do paciente e calçar as luvas de procedimento S/N;
- Realizar a **ANAMNESE** relacionada ao exame físico do sistema cardiovascular;
- Após a entrevista, deve-se dar início ao exame físico; as técnicas de inspeção, palpação e ausculta são empregadas; colocar o paciente na posição adequada para o exame;
- Iniciar a **INSPEÇÃO:** observe sinais de angústia, apreensão, dor, que serão demonstrados através das expressões do paciente. As condições da pele (coloração, cicatrizes, lesões), os pelos e sua distribuição, a presença de circulação colateral, abaulamentos, retrações, cianose. Os dedos e unhas também devem ser inspecionados para detectar baqueteamento digital e manchas de fumo. Observar o ictus cordis, ou ponta de choque. O ictus cordis normalmente localiza-se no quinto espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular;ⁱ
- Continue o exame físico seguindo para o próximo método propedêutico, a **PALPAÇÃO;**
- Palpar o ictus cordis com a mão espalmada sobre a região onde está localizado; será percebido por meio das

- f. É a perda da consciência acompanhada por síncope (perda do tônus muscular). Lipotímia refere-se a perda parcial da consciência. Normalmente, podem ser causados por estresse emocional intenso ou redução do fluxo sanguíneo cerebral, devido a distúrbios do ritmo cardíaco, diminuição do débito por hipovolemia etc.
- g. São extremamente importantes dados relativos a doenças da artéria coronária, infarto do miocárdio, morte súbita, hipertensão, hiperlipidemia, hipercolesterolemia ou diabetes, pois tais agravos familiares podem colocar o paciente em risco aumentado de doença cardíaca;
- h. A história de tabagismo é fundamental, pois é umas das principais causas associadas às complicações cardiovasculares.
- i. O ictus cordis, corresponde ao ponto mais externo do movimento do coração, é resultante do impacto da ponta do coração na parede torácica a cada sístole ventricular (melhor visualizado em homens, pois nas mulheres pode haver dificuldade de visualização por conta das mamas).
- j. Os frêmitos são a tradução palpável dos sopros cardíacos. Deve ser feita nas regiões onde estão localizados os focos de ausculta cardíaca (segundos espaços intercostais à direita e esquerda do precórdio e quarto e quinto espaços intercostais à esquerda).

<p>digitais que identificarão o choque da ponta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ainda com a mão espalmada, perceber os frêmitos (vibrações finas, semelhantes ao “ronco emitido pelos gatos”);^j ○ Dando continuidade à palpação, ainda com o paciente em decúbito dorsal, palpar os pulsos periféricos nos quatro membros (braquial, radial, femoral, poplíteo, tibial e pedioso), comparando-os. Palpar os pulsos carotídeos direito e esquerdo e o pulso apical (ictus cordis); ○ Verificar temperatura dos pés e das mãos do paciente, que devem estar aquecidos. ○ Comprimir as digitais do paciente entre os dedos polegar e segundo dedo do examinador, descomprimindo-as e observando se o retorno a coloração original se deu rapidamente (menos de três segundos), o que caracterizará boa perfusão periférica; ○ Palpar as panturrilhas do paciente pesquisando dor e pedir para que o mesmo proceda à dorsiflexão dos pés apoiados no leito, observando se há sinais de dor intensa na panturrilha, o que pode ser indicativo de alguma alteração venosa tipo trombose. ○ Inicie o terceiro método propedêutico, a AUSCULTA;^k ○ Deve ser realizada com o paciente relaxado e com o precórdio descoberto;^l com uma gaze antes de posicioná-lo nos focos de ausculta cardíaca, descritos a seguir: ○ Foco aórtico (FA): 2º Espaço Intercostal à direita (linha paraesternal direita); ○ Foco pulmonar (FP): 2º Espaço Intercostal à esquerda (linha paraesternal esquerda); ○ Foco tricúspide (FT): 4º Espaço Intercostal à esquerda (na base do processo xifoide, ligeiramente para esquerda); ○ Foco mitral (FM): 4º ou 5º Espaço Intercostal à esquerda (linha hemiclavicular) ao nível da região apical (ictus cordis), abaixo do mamilo.^m 	<ul style="list-style-type: none"> k. A ausculta é o método propedêutico capaz de identificar diferentes alterações anatômicas e funcionais do coração, desde malformações congênitas, como os defeitos septais, até arritmias. Em geral, a ausculta é utilizada para pesquisar estenoses e insuficiências valvares. O treinamento da ausculta cardíaca deve ser focado na identificação dos ruídos (sons) normais, para posterior aprendizado das anomalias, conforme a especificidade necessária ao desempenho profissional (SOUZA, 2013). l. Antes de dar início a ausculta, é importante aquecer o diafragma do estetoscópio. m. A primeira bulha cardíaca (B1) está ligada ao fechamento das valvas atrio ventricular direita e esquerda e marca o início da sístole. n. Já a segunda bulha (B2) está relacionada ao fechamento das valvas pulmonar e aórtica e marca o final da sístole e o início da diástole.
---	---


6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

<ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar o exame físico específico conforme descrito; ○ O paciente deve estar na posição correta para o exame físico; ○ Realizar o exame físico após a anamnese; ○ As técnicas de inspeção, palpação e ausculta devem ser empregadas.
--

7. REFERÊNCIAS

<p>BARROS, A. L. B. L. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.</p> <p>SMELTZER, S.C. BARE B.G. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.</p> <p>POTTER, P.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.</p>
--

TIMBY BARBARA K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem.**
8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>	
		<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>	
		Data da criação	06/04/2016
		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 011	VERSÃO Nº 2	pag. 65 a 72	Data da próxima revisão 14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA I			
Título: Exame Físico do Abdome			
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica;		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Amanda Benício da Silva Camila Abrantes Cordeiro Moraes Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Valdiléia Ferreira Torres da Silva		
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

Levantamento da propedêutica abdominal do paciente, tanto física quanto psicológica, no sentido de buscar informações significativas para a enfermagem, que possam subsidiar a assistência a ser prestada ao paciente. (BARROS, 2016).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o Exame físico do abdome;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Realizar uma avaliação do abdome;
- Diferenciar os achados normais dos anormais no exame físico do abdome;
- Desenvolver habilidades práticas na execução do exame físico do abdome, observando os princípios científicos;

- Aplicar os conhecimentos científicos e técnicas adequadas ao estudo dos sinais e sintomas das doenças no exame do abdome.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Estetoscópio;
- Régua milimétrica;
- Fita métrica;
- Caneta marcadora;
- Travesseiro pequeno (coxim);
- Gazes;
- Saco de lixo;
- Papel e caneta;
- Luvas de procedimento S/N.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

5.1 ANAMNESE DA REGIÃO DO ABDOME

- Inclui questões sobre os hábitos relacionados ao funcionamento do trato digestório;
- Sinais, sintomas e queixas atuais do paciente;^a
- A queixa atual do paciente deve ser investigada de forma minuciosa.

- **Topografia do abdome:**

Quatro quadrantes: Quadrantes superiores direito e esquerdo, e quadrante inferiores direito e esquerdo.

Figura 1: Quadrantes da Parede Abdominal.



Fonte: docplayer.com.br. Acesso em março, 2020

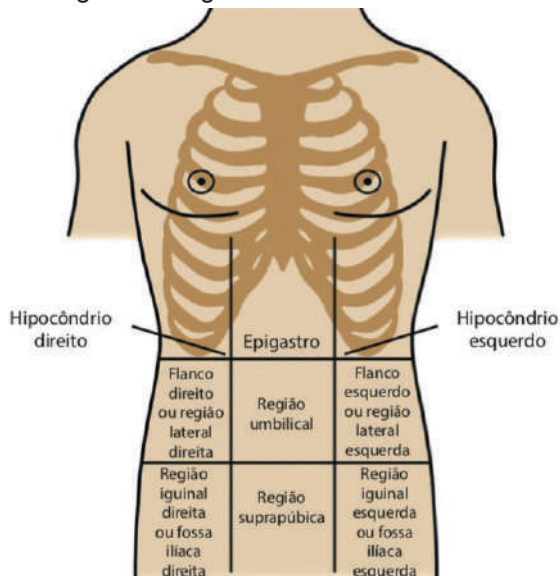
Nove regiões:

- Hipocôndrio direito, epigastro, hipocôndrio esquerdo.
- Flanco direito ou região lateral direita, região umbilical, flanco esquerdo ou região lateral esquerda.
- Região inguinal direita ou fossa ilíaca direita, região suprapúbica, região inguinal esquerda ou fossa ilíaca e esquerda.

OBSERVAÇÕES

- Como: hábito alimentar, alteração do peso, sialorreia, soluço, disfagia, pirose, náuseas, vômitos, eructação, dispepsia, hábito intestinal, dor, antecedentes pessoais, antecedentes familiares.

Figura 2: Regiões da Parede Abdominal



Fonte: Barros, 2016.

5.1 ETAPAS DO PROCEDIMENTO

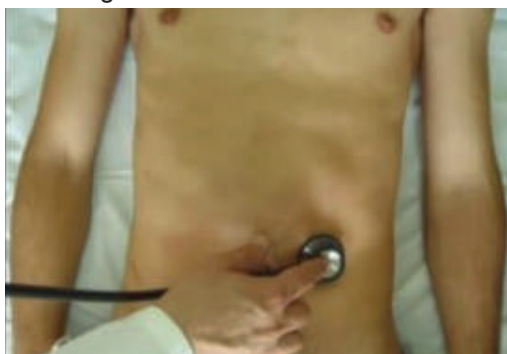
Técnica propedêutica: Inspeção

- Observar a superfície do abdome quanto:
 - **A forma:** plano, globoso (pendular e ventre de batráquio), escavado;
 - **Simetria,** características da pele da superfície do abdome, abaulamentos, retrações, cicatrizes, hérnias, movimentos peristálticos visíveis na parede abdominal;
 - Cicatriz umbilical invertida.

Técnica propedêutica: Ausculta

- Avaliar os ruídos hidroaéreos;^b utilizando o estetoscópio com diafragma previamente aquecido;
- Iniciar a ausculta abdominal pelo quadrante inferior direito,^c identificando a presença e a qualidade dos ruídos hidroaéreos.

Figura 3: Ausculta Abdome



Fonte: Google.com, 2020

b. Ruídos intestinais que ocorrem em decorrência dos movimentos do peristaltismo e do deslocamento de ar e líquidos ao longo dos intestinos.

c. Utilizar o sentido horário, auscultando todos os quadrantes. Os ruídos hidroaéreos são classificados em: ativos, hiperativos, hipoativos e ausentes.

Técnica propedêutica: Percussão

- **Percussão direta:** é realizada utilizando-se uma das mãos, a fim de estimular diretamente a parede abdominal por meio de tapas;
- **Percussão indireta:** coloca-se a mão não dominante estendida sobre o abdome e, com o terceiro dedo da mão dominante flexionado, é usado como se fosse um martelo, percute-se um dedo da outra mão;^d
- Inicia-se a percussão no quadrante inferior direito, prosseguindo-se para os demais quadrantes no sentido horário, até percorrer toda a área abdominal.

Técnica propedêutica: Palpação

• Palpação superficial:

- Estender a mão com os dedos fechados entre si na horizontal;
- Pressiona-se de forma delicada a superfície abdominal, aproximadamente 1 cm, com movimentos suaves;
- Identificando grosseiramente massas ou órgãos superficiais, áreas de sensibilidade dolorosa, contratura muscular reflexa;^e
- Inicia-se a palpação no quadrante inferior direito, prosseguindo-se para os demais quadrantes no sentido horário, até percorrer toda a área abdominal.

Figura 4: Palpação Superficial



Fonte: Barros, 2017

• Palpação profunda:

- Com o paciente respirando pela boca, a parede abdominal é deprimida em profundidade a cada expiração, procurando-se perceber, com maior pressão dos dedos, tamanho, forma, sensibilidade, consistência, mobilidade, pulsações de órgãos ou massas;
- **Achados normais:** abdome liso, de consistência macia, sem tensão, indolor e sem órgãos aumentados;^f
- No momento da palpação, observar a expressão facial do paciente em busca de manifestação de desconforto e dor;^g

- d. Os sons produzidos pela percussão são descritos como timpânicos, hipertimpânicos, maciços.
- e. Contratura muscular involuntária: resposta inflamatória do peritônio.
- f. O fígado normal é indolor, com borda fina e cortante ou romba, firme, macia e lisa.
- g. Se durante a palpação superficial for identificada alguma área de sensibilidade dolorosa, na palpação profunda, examinar a área por último.

- **Procedimentos especiais/ Sinal de descompressão brusca dolorosa:**
 - **Sinal de McBurney:** descompressão brusca dolorosa ponto médio entre a cicatriz umbilical e a crista ílica direita, sendo indicativa de apendicite aguda;

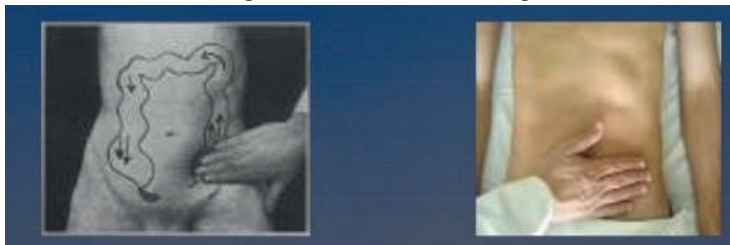
Figura 5: Sinal de Mc Burney



Fonte: Google.com, 2020

- **Sinal de Rosving:** Palpação profunda e contínua do quadrante inferior esquerdo que produz dor intensa no quadrante inferior direito, sinal de apendicite aguda;

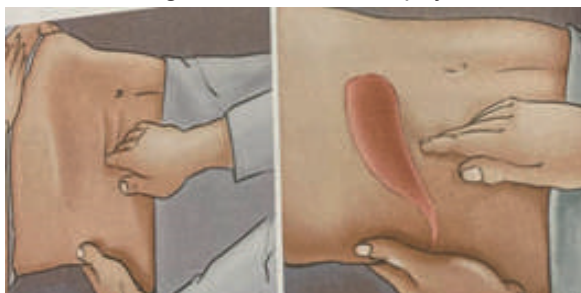
Figura 6: Sinal de Rosving



Fonte: Imagem extraída de Slideshare, 2020

- **Sinal de Murphy:** compressão do quadrante superior direito, a resposta da dor intensa é indicativa de colecistite aguda;

Figura 7: Sinal de Murphy



Fonte: Passos, 2018

- **Sinal de Jobert:** percussão da linha axilar média sobre a área hepática produz sons timpânicos ao invés de maciços, indicativo de ar livre na cavidade abdome por perfuração de vísceras ocas.
- **Palpação do fígado**
 - Percute, a partir de um ponto de timpanismo no abdome, próximo a cicatriz umbilical, até perceber a mudança de som timpânico para maciço, o que determina a borda inferior do fígado;
 - A borda superior é identificada pelo mesmo procedimento, percutindo-se a linha média clavicular em sentido contrário, desde a área de ressonância pulmonar até encontrar a macicez hepática;
 - Os dois pontos são marcados e a distância é medida em centímetros. Fígado normal varia entre 6 cm e 12 cm.
- **Técnica Bimanual:**
 - Examinador posicionado à direita do paciente;
 - Com a mão esquerda sob o tórax posterior direito do paciente, na altura da 11ª e 12ª costelas;
 - A mão direita é colocada sobre o abdome, com os dedos estendidos apontando para a cabeça e com digitais tocando a linha hemiclavicular, logo abaixo do rebordo costal direito;
 - A mão direita exerce compressão para dentro e para frente, a mão esquerda pressiona o tórax posterior para cima, de modo a deslocar o fígado para baixo.

Figura 8: Palpação do Fígado Bimanual



Fonte: Imagem extraída do site Quizlet, 2020.

- **Técnica da Mão em Garra:**
 - Posiciona à direita, próximo ao tórax superior do paciente;
 - Palpa o abdome na linha do rebordo costal direito com os dedos das duas mãos curvados;
 - Solicita-lhe que inspire profundamente, ao mesmo tempo em que pressiona a parede do abdome para dentro e para cima.

Figura 9: Palpação do Fígado Mão em Garra



Fonte: Barros, 2017

- **Palpação do Baço**

Técnica Bimanual:

- Posicionar à direita do paciente;
- O examinador passa o braço esquerdo sobre o seu tronco, colocando a mão sob o tórax posterior do paciente;
- As digitais da mão direita, estendidas, pressionam o abdome abaixo do rebordo costal esquerdo, para dentro e para cima em direção ao baço, enquanto o paciente realiza uma inspiração profunda.
- Se o contorno do baço for sentido, esse achado indica que está aumentado.

- **Ascite**

Teste da onda líquida ou Piparote:

- A terceira pessoa ou o próprio paciente;
- Coloque a borda lateral externa das mãos sobre a linha média do abdome, exercendo pressão moderada, porém, firme;
- O examinador aplica golpes rápidos com as digitais de uma mão sobre um dos flancos ou laterais;
- Com a outra mão espalmada sobre o flanco ou lateral oposta, palpa o impulso da onda líquida transmitida.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Realizar higienização das mãos antes e após o exame físico (Ver POP de higienização das mãos);
- O paciente deve estar na posição dorsal para o exame físico;
- As técnicas de inspeção, ausculta, percussão e palpação devem ser empregadas seguindo a sequência;
- Ao realizar-se o exame, é necessário saber os marcos anatômicos da região do abdome;
- Registrar a realização do exame físico com informações relevantes sobre o estado de saúde e cuidados no paciente.

8. REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

Manual de enfermagem para concursos e residências: Saúde Pública. Rômulo Silva Passos (coord.). – João Pessoa, PB: Editora Brasileiro & Passos, 2018.

PORTO, Celmo Celeno. Exame Clínico: bases para a prática médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Granabara Koogan, 2008.

POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

TIMBY BARBARA K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Quizlet. Palpação do Fígado. 2020. Disponível em <https://quizlet.com/br/404553098/sinais-e-manobras-do-sistema-digestorio-flash-cards/>. Acesso em: 10 Jul 2020.

Slideshare Palpação do Fígado Bimanual. 2020. disponível em: <https://pt.slideshare.net/pauloalambert/abdomen-agudo-41029507>. Acesso em: 10 Jul 2020.

SMELTZER, S.C. BARE B.G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 012	VERSÃO Nº 2	pag. 73 a 76	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II				
Título: Limpeza da Unidade do Paciente				
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ana Paula Marques Andrade de Souza Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Valdiléia Ferreira Torres da Silva			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

Limpeza da Unidade: É a limpeza de todo o mobiliário que compõe a unidade do paciente, o que inclui a cama com colchão, mesa de cabeceira, mesa de refeição, cadeira, escadinha, suporte de soro, campainha e painel com pontos de oxigênio, ar comprimido e vácuo (SGAMBATTI; POSSO, 2004). Consiste na remoção de sujidades localizadas em superfícies, através de meios mecânicos, físicos ou químicos (MOURA et al, 2017).

Desinfecção: É o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa, exceto esporos, existentes em superfícies inertes, mediante a aplicação de agentes químicos (saneantes) ou físicos (SILIPRANDI, 2013; BRASIL, 2012).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de limpeza da unidade do paciente;

- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcione ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Realizar a higiene da unidade do paciente para reduzir a presença de microrganismos nos mobiliários e diminuir o risco de infecção hospitalar;
- Padronizar a execução do procedimento de higienização da unidade do paciente.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Balde
- Papel toalha
- Jarra com água
- Bacia
- Luvas de procedimento
- Compressas cirúrgicas
- Recipiente para lixo
- Detergente líquido
- Álcool a 70%
- Hamper ou saco plástico (para recolher as roupas)

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos de acordo com o POP Higienização das mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Preparar o material para o procedimento, colocando em uma bandeja;^a
- Levar a bandeja para enfermaria;
- Colocar a bandeja com material na cadeira;
- Retirar o balde da bandeja e colocar no chão sobre o papel toalha;
- Calçar luvas;
- Retirar fronha do travesseiro, toalha de rosto e toalha de banho (se houver), colocando no centro da cama sobre o lençol, soltar o lençol da cama;^b
- Retirar o excesso de sujidade (matéria orgânica) do colchão com o próprio lençol e se necessário utilizar uma compressa ou papel toalha;
- Colocar toda roupa de cama no hamper ou saco plástico;
- Colocar água e detergente na bacia para realizar a limpeza;
- Ensaboar, enxaguar, secar e realizar a desinfecção com álcool a 70%, iniciando a limpeza pela mesa-de-refeição seguido da mesa-de-cabeceira e suporte de soro;^{c,d}
- Ensaboar, enxaguar, secar e realizar a desinfecção com álcool a 70% do travesseiro e colocar em cima da mesa-de-cabeceira com a parte limpa para baixo (de modo a ficar em contato limpo com limpo), limpar a outra parte;
- Ensaboar, enxaguar, secar e realizar a desinfecção com álcool a 70% do leito iniciando pela cabeceira da cama, depois toda parte superior do colchão no sentido

OBSERVAÇÕES

- A Limpeza do ambiente se subdivide em: **Limpeza Terminal** e **Limpeza Concorrente**, para realização de ambas se utilizam os mesmos materiais; a **limpeza concorrente**, é realizada diariamente com finalidade de manter o ambiente isento de sujidade e reduzir o risco de contaminação, a enfermagem realiza na mesa de refeição, mesa de cabeceira, suporte de soro, cama, cadeira. A **limpeza terminal** mais completa, abrange todo o ambiente, todos os materiais, equipamentos, superfícies internas e externas;
- A limpeza dos itens da unidade deve ser realizada no sentido distal-proximal;
- Pode-se utilizar o uso de desinfetantes com poder de ação superior ao álcool a 70%, que façam ação de limpeza e

<p>cabeceira/espaldar e a lateral do colchão;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dobrar o colchão ao meio no sentido cabeceira /espaldar; ○ Ensaboar, enxaguar, secar e realizar a desinfecção com álcool a 70% iniciando pelo estrado da cama (metade superior) no sentido cabeceira/espaldar e a primeira metade inferior do colchão (o qual está dobrado); virar o colchão (dobrado) para a cabeceira e continuar seguindo a sequência de limpeza e colocar em cima da mesa-de-cabeceira com a parte limpa para baixo (de modo a ficar em contato limpo com limpo), limpar a outra parte; ○ Ensaboar, enxaguar, secar e realizar a desinfecção com álcool a 70% do leito iniciando pela cabeceira da cama, depois toda parte superior do colchão no sentido cabeceira/espaldar e a lateral do colchão; ○ Dobrar o colchão ao meio no sentido cabeceira /espaldar; ○ Ensaboar, enxaguar, secar e realizar a desinfecção com álcool a 70% iniciando pelo estrado da cama (metade superior) no sentido cabeceira/espaldar e a primeira metade inferior do colchão (o qual está dobrado); virar o colchão (dobrado) para a cabeceira e continuar seguindo a sequência de limpeza e desinfecção na segunda metade do colchão e parte inferior do estrado, voltar o colchão (desdobrar) para posição normal; ○ Ensaboar, enxaguar, secar e realizar a desinfecção com álcool a 70% do espaldar; ○ Ensaboar, enxaguar, secar e realizar a desinfecção com álcool a 70% nas laterais do leito e caso tenha grade nas laterais essas também devem ser realizada a limpeza e desinfecção; ○ Colocar a bandeja com o material de limpeza (que encontra-se na cadeira) sobre a escadinha; ○ Ensaboar, enxaguar, secar e realizar a desinfecção com álcool a 70% da cadeira; ○ Ensaboar, enxaguar, secar e realizar a desinfecção com álcool a 70% dos pés de todos os móveis; ○ Recolher todo material de limpeza para o expurgo; ○ Limpar a escadinha (opcional);^e ○ Recolher todo material e colocar nos locais correspondentes; ○ Manter a unidade em ordem; ○ Retirar as luvas; ○ Lavar as mãos de acordo com o POP Higienização das mãos; ○ Registrar o procedimento no livro de anotações de enfermagem. 	<p>desinfecção concomitantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. O preparo do material será realizado no posto de enfermagem; b. Pegar o lençol pelas pontas, levando-o ao centro da cama formando um pacote. c. Utilizar uma compressa para ensaboar e enxaguar; uma compressa para secar e outra para desinfecção com álcool a 70% (caso seja utilizada solução com ação de limpeza e desinfecção poderá não ser necessário as outras etapas). d. A aplicação do álcool a 70% pode ser realizada após a limpeza de cada item da unidade, ou optar por essa aplicação ao final de toda a limpeza. e. A limpeza poderá ser realizada com a equipe da higienização hospitalar.
---	---

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento conforme POP de higienização simples das mãos;

- Separar o material necessário para o procedimento conforme descrito;
- Realizar o procedimento conforme a técnica.

7. RECOMENDAÇÕES

Realizar a limpeza terminal, após alta hospitalar ou transferência do paciente, óbitos, internações de longa duração, nessa situação será programada a cada 15 dias em áreas críticas e no máximo a cada 30 dias em áreas semicríticas e não críticas. (BRASIL, 2012). Realizar a limpeza concorrente diariamente após a arrumação da cama, promovendo a higienização de parte do mobiliário da unidade do paciente (SILVA et al., 2008).

8. REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2012.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Tratado prático de enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010.

MOURA, L. C. D.; CARVALHO, L. N.; SILVA, R.S.; GOUVEIA, B. L. A. Higiene e desinfecção hospitalar aliadas na segurança do paciente. **Texto e Contexto**, v(17), n(1), 2017. p. 4-17

PASSOS, V. C. dos S.; VOLPATO, A. C. B. (org). **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 3ª ed. São Paulo: Martinari, 2009.

SILIPRANDI, E. M. O. Higiene do Ambiente, Superfícies Assistenciais e Equipamentos. **Journal Infect Control**, n.2, v. 4, cap. 3, p. 153-175, 2013. Disponível em: <<http://googleacademico.com.br/html>> Acesso em 03/mar/2016.

SGAMBATTI, M. S. Limpeza da Unidade. In: POSSO, M. B. S. **Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

SILVA, C. R. L. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. (Coord.). 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 013	VERSÃO Nº 2	pag. 77 a 80	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II				
Título: Arrumação do Leito Hospitalar				
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ana Paula Marques Andrade de Souza Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Valdiléia Ferreira Torres da Silva			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

Arrumação do leito é a forma padronizada de distribuir e ordenar a roupa hospitalar, visando proporcionar conforto e segurança ao paciente, sendo essencial para a manutenção e na recuperação da saúde (SILVA et al, 2008; POTTER; PERRY, 2017).

2. OBJETIVO

- Ministrando aspectos teóricos e demonstrando procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de Arrumação do Leito;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Realizar a arrumação do leito hospitalar para promover o conforto e segurança do paciente hospitalizado.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Lençol protetor do colchão
- Impermeável
- Lençol móvel ou travessa
- Lençol protetor do paciente
- Cobertor
- Colcha
- Fronha
- Toalha de banho
- Toalha de rosto
- Roupa do paciente (bata aberta ou pijama)
- Hamper ou saco de lixo
- Luva de procedimento

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos de acordo com o POP Higienização das mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Dobrar os lençóis de acordo com a técnica colocando em uma bandeja na seguinte ordem: lençol protetor do colchão, impermeável, lençol móvel, lençol protetor do paciente, colcha, cobertor, fronha, roupa do paciente, toalha de banho^a, toalha de rosto;
- Levar a bandeja para enfermaria;
- Dispor o material na mesa de cabeceira;
- Posicionar uma cadeira próximo ao espaldar da cama;
- Baixar as grades da cama, caso tenha;
- Posicionar toda a roupa de cama no espaldar da cadeira na seguinte ordem: toalha de rosto, toalha de banho, roupa do paciente, fronha, cobertor, colcha, lençol protetor do paciente, lençol móvel, impermeável, lençol protetor do colchão;
- Iniciar a arrumação do leito^b na seguinte sequência: lençol protetor do colchão, seguido do impermeável, lençol móvel (prendê-los^c em baixo de todo colchão), protetor do paciente, cobertor e colcha (prendê-los^c sob o colchão apenas na parte inferior);
- Mover-se para o lado oposto da cama e puxar um a um os lençóis;
- Dobrar os três últimos lençóis aproximadamente uns 20 cm, em direção ao espaldar da cama;
- Vestir a fronha no Travesseiro;
- Posicionar o travesseiro na cabeceira da cama;
- Colocar a toalha de rosto e de banho na cabeceira da cama ou no centro do colchão;
- Retornar ao posto de enfermagem com a bandeja;
- Anotar o procedimento realizado.^d

OBSERVAÇÕES

• Tipos de Cama:

Cama Fechada: será ocupada por um novo paciente;

Cama Aberta com paciente: preparada com o paciente restrito ao leito;

Cama Aberta sem paciente: ocupada com paciente deambulante;

Cama para Operado: preparada para receber paciente após cirurgia.

a. O preparo do material será realizado no posto de enfermagem.

b. Dispor os lençóis no sentido vertical no meio do colchão.

c. Lençol protetor do colchão: prendê-lo fazendo uma prega nas quatro extremidades do colchão; impermeável e lençol móvel, prendê-los sobre o colchão; protetor do paciente, colcha e cobertor prendê-lo fazendo uma prega nas duas extremidades inferiores do colchão.

Figura 1: Cama fechada



Fonte: Imagem extraída do site Enfermagem novidade, 2020

Figura 2: Cama aberta



Fonte: imagem extraída do site Enfermagem com amor, 2020

d. O local de anotação do procedimento irá variar dependendo do tipo de cama, a exemplo da cama fechada onde se aguarda um novo paciente, neste caso, a anotação deverá ser realizada no livro de ocorrências de enfermagem, nos demais tipos em que há um paciente ocupando o leito, a anotação deverá ser realizada no prontuário do paciente.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme o descrito;
- Realizar o procedimento conforme a técnica.

7. RECOMENDAÇÕES

- Finalizar a arrumação do leito, de acordo com o tipo de cama a ser arrumada:
- **Cama Fechada** – Dobrar todos os lençóis que estão posicionados na cabeceira da cama aproximadamente uns 20 cm, em direção à parte inferior da cama e posicionar o travesseiro em pé, encostado ao espaldar da cama, com a abertura voltada para o lado oposto da porta.
- **Cama Aberta com paciente** – Posicionar o paciente em decúbito lateral (utilizar técnica posicionamento); Posicionar o paciente em decúbito lateral para o lado onde o leito encontra-se forrado; remover os lençóis sujos e dispor no hamper; abrir (puxar) o lençol protetor do colchão, impermeável e lençol móvel e prendê-los em baixo de todo colchão; posicionar o paciente em decúbito dorsal; posicionar sobre o paciente o lençol protetor do paciente, colcha e cobertor (S/N) e abri-los em direção ao lado onde você se encontra no leito, e prendê-los na parte inferior do colchão; mover-se para o lado oposto da cama e repetir toda a sequência de abrir os lençóis.
- **Cama Aberta sem paciente** – Dobrar todos os lençóis que estão posicionados na cabeceira da cama aproximadamente uns 20cm, em direção a parte inferior do leito. Dobrá-los fazendo um meio envelope, em direção ao lado oposto que você está posicionado; vestir a fronha no travesseiro; posicionar o travesseiro sobre o colchão.
- **Cama para Operado** – Dobrar o lençol protetor do paciente, a colcha e o cobertor aproximadamente uns 20 cm, da cabeceira em direção ao centro da cama, repetindo a sequência em sentido contrário na parte inferior; dobrar o lençol protetor do paciente, a colcha e o cobertor em leque ou rolo, no sentido horizontal, em direção oposta à porta da enfermaria ou quarto; vestir a fronha no travesseiro; posicionar o travesseiro na mesa de cabeceira ou cadeira.

8. REFERÊNCIAS

POTTER, P. A, PERRY, A. G. **Fundamentos da enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

MUSSI, F.C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2005; n. 18, v. 1. p.72-81. Disponível em: <<http://www.actapaulistadeenfermagem.com.br.html>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

PASSOS, V. C. dos S.; VOLPATO, A. C. B. (org). **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2009.

SILIPRANDI, E.M.O. HIGIENE DO AMBIENTE, SUPERFÍCIES ASSISTENCIAIS E EQUIPAMENTOS. **Journal Infect Control**. n. 2, v. 4, cap. 3, p.:153-175, 2013. Disponível em: <<http://googleacademic.com.br.html>> Acesso em 03 mar. 2016.

SILVA, C. R. L. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. (Coord.). 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

Enfermagem com amor, cama aberta. Disponível no site: <https://enfermagemcomamor.com.br/index.php/2018/05/25/arrumacao-do-leito-hospitalar-e-tipos-de-leitos/>. Acesso em : 12 Jun 2020.

Enfermagem novidade, cama fechada. Disponível no site: , cama fechada. Disponível no site: <https://www.enfermagemnovidade.com.br/2018/05/arrumacao-de-leito-hospitalar.html>. Acesso em : 12 Jun 2020.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 014	VERSÃO Nº 2	pag. 81 a 85	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II				
Título: Higiene do Couro Cabeludo, Face e Pescoço				
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem.			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ana Paula Marques Andrade de Souza Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Valdiléia Ferreira Torres da Silva			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

É a higienização do couro cabeludo e dos cabelos do paciente que se encontra dependente ou acamado (VOLPATO; PASSOS, 2009).

2. OBJETIVO

- Ministrando aspectos teóricos e demonstrando procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de higiene do couro cabeludo, face e pescoço;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Proporcionar higiene da pele e observação do cliente;
- Remover odores;
- Estimular a circulação;

- Evitar infecções;
- Observar as condições da pele, mucosa, cabelos;
- Prevenir o aparecimento de parasitos e infecções;
- Remover descamações do couro cabeludo;
- Melhorar a aparência e a autoestima;
- Prevenir lesões de pele.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **Higiene do Couro Cabeludo**
 - Luva de procedimento;
 - Bacia ou rolo do cobertor;
 - Impermeável (saco plástico);
 - Duas toalhas de banho e uma de rosto;
 - 2 Compressas;
 - Gaze;
 - Shampoo;
 - Condicionador;
 - Pente;
 - Fita adesiva;
 - 2 bolas de algodão umedecida com óleo;
 - Recipientes para lixo;
 - Jarra com água morna;
 - Balde;
 - Escadinha;
 - Papel toalha.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

1º Método - utilizando a bacia:

1. Lavar as mãos;^a
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Organizar o material;
4. Preparar o ambiente fechar as janelas (biombo), colocar balde no chão sobre o papel toalha;
5. Calçar as luvas de procedimento;
 - Lateralizar o paciente;
 - Forrar o travesseiro com o impermeável e sobre ele colocar a toalha de banho;
 - Colocar uma toalha de banho sobre seus ombros;
 - Colocar a toalha de rosto sobre os olhos;
 - Posicionar o travesseiro sob os ombros do paciente;
 - Colocar a bacia sob a cabeça;
6. Colocar as bolas de algodão no conduto auditivo do paciente umedecida com óleo;
7. Usar água morna;
8. Molhar o cabelo, colocar o xampu, massageando os cabelos, começando pelo contorno do couro cabeludo e prosseguir em direção à parte posterior do pescoço,

OBSERVAÇÕES

- Realizar os procedimentos enumerados em todos os tipos de banho;
- Durante todo procedimento, segurar a cabeça do paciente com mão.
 - a. Lavar as mãos conforme POP antes e após o procedimento.

levantar ligeiramente com uma das mãos a cabeça do paciente, para lavar a parte posterior, lavar as laterais do couro cabeludo;^b

9. Enxaguar os cabelos, assegurando-se que a água cai dentro da bacia e repetir o enxágue até que os cabelos fiquem sem sabão;
10. Aplicar o condicionador, deixar agir por 3 minutos e enxaguar;

- Retirar bacia;^c
- Colocar o travesseiro sob a cabeça do paciente;

11. Secar os cabelos e o couro cabeludo do paciente e penteá-los;

12. Enxugar o rosto do paciente com a toalha usada para proteger os olhos, secar qualquer umidade ao longo do pescoço ou ombro; Usar uma segunda toalha se a primeira estiver muito molhada;

13. Retirar a toalha de rosto;

14. Retirar as bolas de algodão do conduto auditivo. Com a toalha de banho, secar a orelha externa, limpar orelha interna com cotonete e externa, com gaze umedecida em água;^d

15. Enrolar a cabeça do paciente com a toalha de banho que está sobre o travesseiro;

16. Limpar região ocular utilizando uma gaze, iniciando da região medial para região lateral do olho;^e

17. Limpar parte superior do nariz com a gaze umedecida com água e limpar as narinas com cotonetes;

18. Ensaboar, enxaguar e secar (região frontal, bochechas, mento e pescoço) em movimentos circulares;^f

19. Retirar toalha, impermeável e pentear os cabelos, recolher material e deixar paciente confortável;

- Registrar o procedimento e quaisquer achados pertinentes relacionados às condições do couro cabeludo.

2º Método - Lavagem com o funil

• Confecção do funil:

- Utilizar cobertor e impermeável (saco plástico);
- Dobrar o cobertor ao centro no sentido diagonal;
- Enrolar e entrelaçar suas extremidades de modo a formar um círculo;
- Dobrar o impermeável no sentido diagonal, de modo que uma de suas extremidades fique afunilada;
- Passar a extremidade mais fina do funil (bico) pelo

- b. Pedir ao paciente para segurar a toalha de rosto sobre os olhos durante o procedimento. Massagear o couro cabeludo, fazendo pressão com as pontas dos dedos.

- c. Desprezar água no balde.

- d. A limpeza interna com o uso de cotonete deve ser superficial.

- e. Utiliza uma gaze para cada olho, umedecida com água.

- f. Deve ser utilizado uma compressa para ensaboar (pouco sabão), uma para enxaguar e toalha de banho para secar.

centro do cobertor enrolado, deixando a extremidade oposta virada para cima;

- Envolver o cobertor com extremidade maior do funil improvisada com impermeável.
- **Procedimento:**
 - Seguir o procedimento enumerado do **1º método**; (1 a 5);
 - Lateralizar o paciente;
 - Colocar impermeável, toalha de banho e funil sobre o colchão;⁹
 - Colocar uma toalha de banho sobre seus ombros;
 - Colocar a toalha de rosto sobre os olhos;
 - Colocar o paciente na posição diagonal;
 - Colocar o funil sob a cabeça do paciente;
 - Posicionar a escadinha próxima à cabeceira da cama, forrá-la com papel toalha e colocar o balde em cima dela; Colocar o bico do funil dentro do balde, para escoamento da água;
 - Realizar o procedimento de lavagem dos cabelos, seguindo a técnica citada no **1º método** (6 a 10);

Figura 1: Lavando o cabelo do paciente.



Fonte: POTTER; PERRY, 2017.

- Retirar o funil e retornar o paciente para posição normal no leito;
- Realizar o procedimento seguindo técnica citada no **1º método** (11 ao 19);
- Registrar o procedimento e quaisquer achados pertinentes relacionados às condições do couro cabeludo.

- g. Colocar funil na extremidade do colchão.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme o descrito;
- Realizar o procedimento conforme a técnica;
- Registrar a realização do procedimento no prontuário do paciente.

7. RECOMENDAÇÕES

- Lavar as mãos conforme POP, antes e após o procedimento;
- Como algumas religiões e culturas proíbem o corte ou o barbeamento de qualquer pelo corporal, certificar-se para obter o consentimento desses pacientes;
- Antes de lavar o cabelo do paciente, certifique-se que não haja contraindicações ao procedimento, tais como lesões na cabeça ou no pescoço, lesões da medula espinhal ou artrite;
- Inspeccionar as condições dos cabelos e do couro cabeludo. Observar a distribuição dos cabelos, a oleosidade e a textura. Inspeccionar o couro cabeludo com relação a escoriações, lacerações, lesões, inflamação e infestação;
- Observar a temperatura da água (morna).

8. REFERÊNCIAS

FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A. **Tratado: cuidados de enfermagem médico-cirúrgico.** v. 1. São Paulo: Roca, 2012.

KOCH, R. M. et al. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 23 ed. Curitiba: SECULO XXI, 2005.

PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN M. K. **Fundamentos de enfermagem.** 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

TIMBY BARBARA K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem.** 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VOLPATO, A. C. B.; PASSOS, V. C. S. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 3 ed. São Paulo: Martinari, 2009.

		FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01	
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1		Data da criação	06/04/2016
		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 015	VERSÃO Nº 2	pag. 86 a 91	Data da próxima revisão
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II			
Título: Higiene do Indivíduo – Oral			
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica;		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ana Paula Marques Andrade de Souza Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Valdicléia Ferreira Torres da Silva		
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

A adequada higienização da cavidade oral diária compreende a escovação dos dentes, o uso de fio dental e o enxague com colutórios. A higiene oral mantém fatores importantes como conforto e a integridade da mucosa e auxilia no controle de doenças bucais associadas à placa bacteriana (PERRY; POTTER; ELKIN, 2017).

2. OBJETIVO

- Reduzir odores;
- Observar as condições dos dentes, língua;
- Favorecer o asseio da cavidade bucal;
- Prevenir o acúmulo de secreções, formação de crostas;
- Contribuir para a manutenção da integridade dos elementos da boca (VOLPATO; PASSOS, 2009).

3. FINALIDADE

- Diminuir a quantidade de microrganismo na boca e nos dentes ou dentadura;
- Prevenir a presença de cárie e de doença na cavidade oral;
- Remover o acúmulo de resíduos alimentares nos dentes ou na dentadura;
- Melhorar o apetite e o paladar;
- Melhorar a aparência e a autoestima.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **Acamado com autonomia para higiene oral**
 - Escova de dente;
 - Creme dental ou solução dentifrícia;
 - Copo com água;
 - Tubo plástico (canudo);
 - Cuba rim ou similar;
 - Toalha de rosto;
 - Lubrificante para lábios (manteiga de cacau ou vaselina) S/N;
 - Um par de luvas de procedimento S/N;
 - Saco plástico para resíduos;
 - Fio dental.
- **Acamado sem autonomia para higiene oral**
 - Escova de dente ou espátula e gaze;
 - Creme dental ou solução dentifrícia;
 - Copo com água;
 - Tubo plástico (canudo);
 - Cuba rim ou similar;
 - Toalha de rosto;
 - Lubrificante para lábios (manteiga de cacau ou vaselina) S/N;
 - Um par de luvas de procedimento S/N;
 - Saco plástico para resíduos.
- **Inconsciente**
 - Duas espátulas;
 - Gazes;
 - Solução dentifrícia;
 - Toalha de rosto;
 - Lubrificante para lábios (manteiga de cacau ou vaselina) S/N;
 - Um par de luvas de procedimento S/N;
 - Saco plástico para resíduos.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- **Acamado com autonomia para higiene oral**
 - Iniciar o procedimento, seguindo o POP de couro cabeludo, cabeça e pescoço, nos itens (1, 2, 3, 4, 5);^a
 - Erguer a cabeceira da cama, colocando na posição de semi-Fowler ou solicitar ao paciente que se sente, caso não haja contraindicação;
 - Forrar o tórax do paciente com a toalha de rosto;
 - Colocar o material junto ao paciente;

OBSERVAÇÕES

- a. Lavar as mãos, conforme POP, antes e após o procedimento.
- Observar as condições da cavidade oral.

Figura 1: Observando e orientando o paciente a escovar os dentes.



Fonte: POTTER; PERRY, 2017.

- Solicitar ao paciente que escove a face anterior/posterior dos dentes, no sentido gengiva dentes, incluindo a língua, Oferecer-lhe água para bocejo;
 - Orientar o paciente para escorrer a água na cuba rim por um dos cantos da boca, enxaguando bem a cavidade oral;
 - Solicitar que o paciente enxugue a boca com a toalha de rosto;
 - Orientar o paciente a lubrificar os lábios S/N;
 - Orientar o paciente para enxaguar, secar e guardar a escova de dente;
 - Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
 - Lavar as mãos;
 - Fazer anotações no prontuário do paciente, anotando horário e condições da cavidade oral.
- **Acamado sem autonomia para higiene oral**
- Iniciar o procedimento, seguindo o POP de couro cabeludo, cabeça e pescoço, nos itens (1, 2, 3, 4, 5);^a
 - Erguer a cabeceira da cama, colocando na posição de semi-Fowler, ou solicitar ao paciente que se sente, caso não haja contraindicação;
 - Forrar o tórax do paciente com a toalha de rosto;
 - Colocar a cuba rim próximo ao rosto do paciente;
 - Umedecer a escova na água e colocar o creme dental (na falta da escova, umedecer a gaze envolta na espátula com solução dentifrícia);
 - Escovar a face anterior/posterior dos dentes, no sentido gengiva dentes, incluindo a língua, véu palato e face interna das bochechas, evitando ferir a mucosa oral ou provocar náuseas;
 - Oferecer água para bocejo e enxágue da boca com auxílio do canudo S/N;
 - Orientar o paciente para escorrer a água na cuba rim por

um dos cantos da boca, enxaguando bem a cavidade oral;

- Retirar a cuba e enxugar a boca com a toalha de rosto;
 - Lubrificar os lábios;
 - Enxaguar, secar e guardar a escova de dente;
 - Enxaguar, secar e guardar a escova de dente;
 - Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
 - Lavar as mãos;
 - Lazer anotações no prontuário do paciente, anotando horário e condições da cavidade oral.
- **Inconsciente**
- Iniciar o procedimento, seguindo o POP de Couro cabeludo, cabeça e pescoço, nos itens; (1, 2, 3, 4, 5)^a
 - Posicionar o paciente em posição lateral, com o leito abaixado e a cabeça voltada em direção ao colchão.

Figura 2: Paciente em posição lateral



Fonte: Google imagens, 2020

- Colocar a toalha abaixo do queixo. Manter disponível a cuba rim para êmese;
- Envolver a gaze na espátula e umedecê-la com solução dentifrícia;
- Abrir a boca do paciente com o auxílio da outra espátula e friccionar a espátula envolta na gaze nos dentes, gengivas, língua e bochechas do paciente em movimentos circulares de maneira delicada;
- Repetir a limpeza, trocando as gazes quantas vezes necessário, desprezando-as no saco de lixo;
- Secar os lábios e lubrificá-los;
- Retirar a toalha do tórax do paciente;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Lavar as mãos;
- Fazer anotações na prescrição do paciente, anotando horário e condições da cavidade oral (presença de sangramento gengival, mucosa ressecada, ulcerações ou crostas na língua).

- **Cuidados com a Prótese Dentária (paciente consciente)**
 - Orientar ou fazer a higiene oral;
 - Proceder a limpeza da prótese, escovando-a conforme a higiene oral;
 - Recolocar a prótese;
 - Recolocar a prótese;
 - Anotar no prontuário as alterações da cavidade oral e comunicar ao médico assistente.

- **Cuidados com a Prótese Dentária (paciente inconsciente)**
 - Retirar a prótese com auxílio da gaze e com cuidado para não machucar as gengivas;
 - Proceder a limpeza das gengivas, língua e lábios;
 - Escovar e lavar a prótese dentária, colocando-a em recipiente com água;

Figura 3: Escovação da prótese dentária



Fonte: POTTER; PERRY, 2017

- Armazene em um copo fechado identificado, colocado na cabeceira do paciente;
- Recolocar a prótese tão logo o paciente apresente condições.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento, conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento, conforme o descrito;
- Realizar o procedimento, conforme a técnica;
- Registrar a realização do procedimento no prontuário do paciente.

7. RECOMENDAÇÕES

- Lavar as mãos, conforme POP antes e após o procedimento;
- A higiene oral mantém o conforto e a integridade da mucosa da cavidade oral e auxilia o controle

de doenças bucais associadas à placa bacteriana;

- Uma higiene oral inadequada pode resultar na formação de placas bacterianas, inflamação, dor e infecção;
- A saúde oral ruim tem efeito sobre a saúde em geral, aceitabilidade social, autoestima e qualidade de vida global;
- Lavar as mãos, conforme POP antes e após o procedimento;
- A higiene oral mantém o conforto e a integridade da mucosa da cavidade oral e auxilia o controle de doenças bucais associadas à placa bacteriana;
- Uma higiene oral inadequada pode resultar na formação de placas bacterianas, inflamação, dor e infecção;
- A saúde oral ruim tem efeito sobre a saúde em geral, aceitabilidade social, autoestima e qualidade de vida global;
- Para pacientes inconscientes, primeiramente, avaliar o reflexo do vômito do paciente e determinar o tipo de aparelho de aspiração necessário para prevenir aspiração brônquica;
- Pacientes inconscientes têm risco de infecções orais, devido à ausência de movimento e de produção de saliva, o que leva a grandes quantidades de bactérias gram-negativas na cavidade oral;
- Pacientes em estado críticos com tubos endotraqueais e que sejam em ventilação mecânica estão em risco de pneumonia associada a ventilação (PAV), caso a saliva seja aspirada;
- A higiene propriamente dita requer a manutenção da mucosa úmida e a remoção de secreções.

8. REFERÊNCIAS

FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A. **Tratado: cuidados de enfermagem médico-cirúrgico**. v. 1. São Paulo: Roca, 2012.

KOCH, R. M. et al. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: SECULO XXI, 2005.

PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN M. K. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

TIMBY BARBARA K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VOLPATO, A. C. B.; PASSOS, V. C. S. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 3 ed. São Paulo: Martinari, 2009.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>	
		<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>	
		Data da criação	06/04/2016
		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 016	VERSÃO Nº 2	pag. 92 a 94	Data da próxima revisão
<p>POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II</p>			
<p>Título: Higiene do Indivíduo – Banho Completo no Leito</p>			
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ana Paula Marques Andrade de Souza Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Valdicléia Ferreira Torres da Silva		
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

O banho no leito é a higiene corporal realizada na cama, para os pacientes que precisam de repouso absoluto (POTER; PERRY, 2016).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de banho completo no leito;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Proporcionar higiene da pele e observação do cliente;
- Remover odores;
- Contribuir para o conforto por meio de relaxamento muscular, aliviando a fadiga e o cansaço;

- Estimular a circulação;
- Evitar infecções;
- Observar as condições da pele, mucosa, cabelos e unhas do cliente;
- Melhorar a aparência e a autoestima;
- Prevenir lesões de pele (VOLPATO; PASSOS, 2009).

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **Higiene do Corpo**

- Biombo
- 1 Toalha de banho
- 1 Par de luvas de procedimento (ou de acordo com a necessidade do paciente)
- Sabonete (se pertencer ao paciente). Sabonete líquido (se for de uso coletivo)
- Compressas
- Cuba-rim e/ou similar
- Escovinha para unhas (tesoura S/N)
- Bacia/jarra com água aquecida
- Balde para desprezar a água utilizada
- Papel toalha
- Hidratante ou talco
- Saco de lixo
- Roupa de cama
- Roupa do paciente

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Seguir o procedimento enumerado do POP higiene do couro cabeludo, face e pescoço (1,2,3,4,5);^a
- Abrir o saco de lixo;
- Realizar o procedimento descrito no POP higiene do couro cabeludo, face e pescoço;
- Realizar o procedimento descrito no POP higiene oral;
- Colocar a toalha de banho sobre o tórax do paciente na posição transversal;
- Colocar os membros superiores sobre a toalha;
- Dobrar o lençol sobre as pernas do paciente;
- Ensaboar, enxaguar e secar o antebraço, braço, região escapular e axila, da parte distal a proximal;
- Lavar a mão emergindo-a;^b
- Levantar a toalha fazendo uma “capela” para ensaboar, enxaguar e secar o região torácica anterior até a região umbilical (separar o tórax e abdome) (realizar o exame das mamas), sempre da parte distal para a proximal;
- Dispor a toalha sobre o tórax do paciente para lavar o abdome, ensaboar, enxaguar e secar, sempre do distal para o proximal;^c
- Subir o lençol dos membros inferiores até a região urogenital;
- Dispor a toalha sob os membros inferiores na posição longitudinal, ensaboar, enxaguar e secar a parte anterior

OBSERVAÇÕES

- Ensaboar em movimentos circulares.
- Manter o diálogo durante todo o procedimento.
- a. Lavar as mãos conforme POP antes e após o procedimento.
- b. Na bacia se o paciente puder colaborar. Na cuba-rim lavando uma mão após a outra se o paciente não colaborar. Cortar unhas S/N.
- c. Nesse momento coloca-se a bata do paciente.

do membro de baixo para cima, perna e coxa, em movimentos circulares do distal para o proximal. Elevar o membro (se não houver restrição) e repetir o processo na parte posterior;

- Lavar os pés, enxaguar e secar, usando a bacia;
- Lateralizar o paciente;
- Dispor a toalha longitudinalmente sobre a cama;
- Ensaboar a região torácica posterior até a região glútea, enxaguar e secar;
- Massagear a pele com hidratante S/N;
- Fechar a roupa do paciente, colocá-lo na posição dorsal;
- Realizar o procedimento descrito no POP cuidados com o períneo;
- Deixe o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Recolher o material;
- Lavar as mãos;
- Fazer as anotações no prontuário do paciente.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme a descrito;
- Realizar o procedimento conforme a técnica;
- Registrar a realização do procedimento no prontuário do paciente.

7. REFERÊNCIAS

POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

VOLPATO, A. C. B.; PASSOS, V. C. S. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 3 ed. São Paulo: Martinari, 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A. **Tratado: cuidados de enfermagem médico-cirúrgico**. Vol. 1. São Paulo: Roca, 2012. 2v.

LOPES, J. L. et al. Construção e validação de um manual informativo sobre o banho no leito. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 6, p. 554-60, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/08.pdf>

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 017	VERSÃO Nº 2	pag. 95 a 100	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II				
Título: Higiene do Indivíduo – Higiene Íntima				
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica;			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ana Paula Marques Andrade de Souza Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Valdiléia Ferreira Torres da Silva			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

Os cuidados com o períneo envolvem uma limpeza minuciosa da genitália externa do paciente e da pele circunjacente (PERRY; POTTER; ELKIN, 2013). Para Koch; et al (2005), é indicada, diariamente, pela manhã, na ocasião do banho, após micção ou defecação e com maior frequência em caso de corrimento abundante.

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de cuidados com o períneo;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Prevenir infecções;

- Preparo do cliente para cateterismo vesical ou exames;
- Auxiliar no tratamento de infecções;
- Proporcionar conforto e bem-estar.

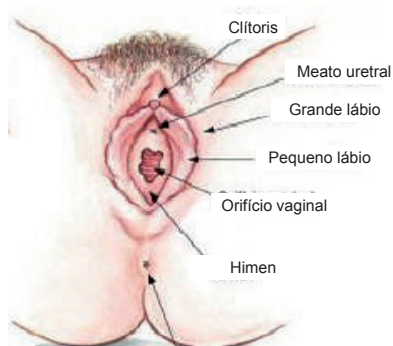
4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **Higiene Íntima Feminina**
 - Luva de procedimento;
 - Biombo;
 - Comadre forrada;
 - Jarra com água morna;
 - Kit de higiene íntima;
 - Sabonete líquido se de uso coletivo;
 - Duas compressas;
 - Impermeável;
 - Saco de lixo;
 - Absorvente S/N;
 - Gaze;
 - Estojo para tricotomia S/N.
- **Higiene Íntima Masculina**
 - Luva de procedimento;
 - Biombo;
 - Jarra com água morna;
 - Comadre forrada;
 - Kit de higiene íntima;
 - Sabonete líquido se de uso coletivo;
 - Duas compressas;
 - Impermeável;
 - Saco de lixo;
 - Gaze;
 - Estojo para tricotomia S/N.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- **Higiene Íntima Feminina**

Figura 1: Anatomia Genitália externa feminina



Fonte: www.sobiologia.com.br

- Iniciar o procedimento, seguindo o POP de couro cabeludo, cabeça e pescoço, nos itens (1, 2, 3, 4, 5),^a
- Lateralizar o paciente;

OBSERVAÇÕES

- Trocar a gaze quantas vezes forem necessárias no decorrer do procedimento;
- Caso o paciente apresente cateterismo vesical, evitar colocar pressão sobre o cateter vesical e limpar ao redor dele cuidadosamente;
- Inspeccionar a superfície externa da genitália e a pele, circundante, próxima a área que foi limpa.
 - a. Lavar as mãos, conforme POP, antes e após o procedimento.

- Colocar o impermeável abaixo do quadril;
- Colocar a comadre forrada com papel toalha sob as nádegas;

Figura 2: Posicionando o paciente para colocação do impermeável e aparadeira



Fonte: <https://br.images.search.yahoo.com>

- Posicionar a paciente em posição dorsal, dobre os joelhos da paciente e separe suas pernas, protegendo sempre sua privacidade;

Figura 3: Colocando o paciente em posição confortável



Fonte: <https://br.images.search.yahoo.com>

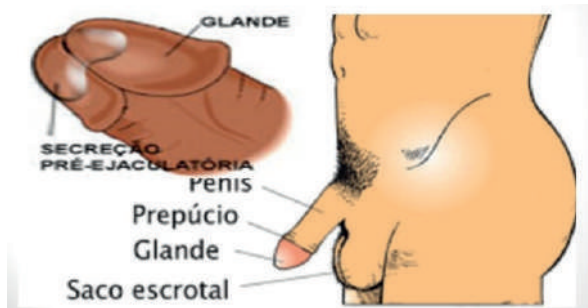
- Abrir o Kit de higiene íntima entre as pernas da paciente, sem contaminar o material;
- Colocar sabão líquido na cuba redonda;
- Cobrir o paciente com lençol sempre protegendo a privacidade;
- Colocar uma compressa em cada região anterior da coxa;
- Derramar água morna sobre a genitália da paciente;
- Utilizar uma gaze presa a pinça para a higiene da região do monte púbico (distal, proximal);
- Em seguida, direciona-se para a lateral utilizando uma gaze presa a pinça com a mão dominante, começa lábio maior externo à direita, com o outro lado da gaze o lábio maior externo à esquerda, despreza a gaze, utilizando outra segue em um movimento único para o lábio maior interno e lábio menor externo à direita, com o verso da

gaze para o lábio maior interno e lábio menor externo à esquerda;

- Usar a sua mão não dominante e gentilmente separar com a gaze os lábios menores internos. Com a sua mão dominante, faz a higiene de cima para baixo do lábio menor interno à direita e lábio menor interno à esquerda;
- Com sua mão dominante, utilizando a gaze presa à pinça, em um único sentido de cima para baixo, com delicadeza limpar o clitóris, óstio externo da uretra, óstio da vagina e períneo, podendo também limpar o clitóris, óstio externo da uretra e óstio da vagina em um giro de 360°, e o períneo em um movimento transversal, observando sempre as condições de cada região;
- Lavar o ânus por último, com um giro de 360°. Utilizar movimentos delicados e trocar sempre a gaze;^b
- Enxaguar bem as áreas e secá-las com as compressas de maneira circular e delicada;
- Deixar o paciente confortável;
- Organizar a unidade;
- Recolher e levar o material para o expurgo;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

• Higiene Íntima Masculina

Figura 4: Anatomia Genitália externa masculina



Fonte: www.slidshare.net

- Avaliar estado do paciente, explicar e orientar o procedimento ao mesmo;
- Lavar as mãos;
- Organizar material necessário ao procedimento;
- Lavar as mãos;
- Preparar o ambiente para o procedimento garantindo a privacidade do paciente;
- Colocar o impermeável abaixo do quadril;
- Calçar as luvas;
- Em seguida, colocar a comadre forrada sob as nádegas;
- Posicionar o paciente em posição supina, protegendo sempre sua privacidade;
- Dispor e organizar o material, sempre na técnica;

- b. Ao limpar a região anal observar a existência de hemorroidas, se existir, não fazer o giro de 360°, limpar de cima para baixo.

Figura 5: Posição supina



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020.

- Cobrir o paciente com lençol sempre protegendo a privacidade;
- Colocar uma compressa na lateral de cada face interna da coxa;
- Derramar água morna sobre o órgão genital do paciente;
- Gentilmente, com uma gaze suspende o pênis, inicia a higiene pelo óstio uretral, faz um giro de 360° com gaze presa a pinça, em seguida, afasta o prepúcio e limpa a glânde com a gaze fazendo o giro de 360°, segue para o corpo do pênis na mesma técnica de limpeza sempre distal e proximal. Depois que limpar o prepúcio deve ser recolocado em sua posição natural;

Figura 6: Higiene do pênis



FONTE: Google imagens, 2020.

- Em seguida, coloca uma gaze separando o corpo do pênis dos escrotos;
- Segue para a região púbica, distal e proximal, seguindo para as laterais juntando para os escrotos de cima para baixo;
- Com a gaze que encontra-se abaixo do pênis, levante o corpo do pênis e limpe os escrotos na parte superior, de cima para baixo ainda com a gaze levante o escroto e limpe a parte inferior do mesmo de cima para baixo;

- Segue para limpar o períneo, a limpeza deve ser de forma transversal ou de cima para baixo;
- Enxaguar bem as áreas e secá-las com as compressas de maneira circular e delicada;
- Para se realizar a higiene anal no homem, deve posicionar em decúbito lateral esquerdo com a perna direita flexionada (em posição de sims), a limpeza deve ser feita com giro de 360°c;
- Em seguida, com o auxílio da pinça com gaze, limpar a região do sulco glúteo, enxaguando logo após com gaze embebida em água;
- Deixar o paciente confortável;
- Organizar a unidade;
- Recolher e levar o material para o expurgo;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme a descrito;
- Realizar o procedimento conforme a técnica;
- Registrar a realização do procedimento no prontuário do paciente.

7. RECOMENDAÇÕES

- Um paciente recebe, de forma rotineira, os cuidados perineais durante um banho completo. Entretanto, pacientes que apresentam incontinência fecal ou urinária ou um cateter de Foley permanente, ou que estejam se recuperando de uma cirurgia retal ou genital ou de um parto necessitam de uma higiene perineal mais frequente;
- Os cuidados perineais podem ser embaraçosos tanto para o paciente como para o enfermeiro. Agir sempre de uma maneira profissional e sensível e proporcionar privacidade em todos os momentos.

8. REFERÊNCIAS

- FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A. **Tratado: cuidados de enfermagem médico-cirúrgico**. v. 1. São Paulo: Roca, 2012. 2v.
- KOCH et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Século XXI, 2005.
- PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN M. K. **Procedimentos e intervenções de enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- TIMBY BARBARA K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- VOLPATO, A. C. B.; PASSOS, V. C. S. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 3 ed. São Paulo: Martinari, 2009.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 018	VERSÃO Nº 2	pag. 101 a 107	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II				
Título: Sondagem Gastrointestinal				
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ana Paula Marques Andrade de Souza Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Valdiléia Ferreira Torres da Silva			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

A sondagem nasogástrica é a introdução de uma sonda via nasal até o estômago, servindo para alimentação; drenagem gástrica e lavagem gástrica. A sondagem nasoentérica fornece o alimento diretamente no interior do jejuno (PERRY; POTTER; ELKIN, 2013).

O sistema digestório humano é formado por um tubo musculoso que apresenta as seguintes regiões: boca, faringe, esôfago, estômago, intestino delgado, intestino grosso e ânus, sendo a ele associados órgãos e glândulas que participam do processo de digestão (pâncreas e fígado).

É dividido em trato gastrointestinal inferior e glândulas acessórias. Em várias patologias, ou intervenções terapêuticas, este sistema pode ser comprometido, prejudicando o processo de alimentação do paciente, que poderá receber nutrição através do uso de uma sonda (SILVA; SILVA, 2014).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem

- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Habilitar o enfermeiro a realizar procedimento de introdução de sonda nasogástrica/sonda nasoentérica;
- Habilitar acadêmicos de enfermagem a desenvolver a capacidade de realização de introdução de sonda nasogástrica/sonda nasoentérica.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Bandeja contendo:

- Luvas de procedimento;
- Sonda com calibre adequado de acordo com o tamanho do paciente;
- Lubrificante hidrossolúvel (xylocaína);
- Seringa de 20 cc (para crianças usar 10 cc ou menos);
- Estetoscópio;
- Água destilada;
- Copo com água;
- Gazes;
- Esparadrapo (micropore);
- Saco de lixo;
- Cuba rim;
- Papel toalha;
- Biombo.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

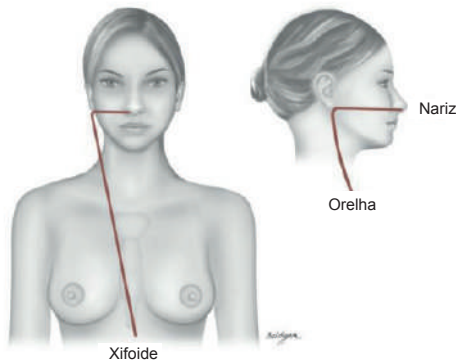
- Ler a prescrição do paciente;
- Lavar as mãos conforme POP de Higienização Simples das Mãos;
- Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível explicando o procedimento;
- Lavar novamente as mãos e preparar o material;
- Separar uma bandeja para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional;
- Separar o material para o procedimento, colocando em uma bandeja;^a
- Reunir o material e colocar próximo ao paciente na mesa de cabeceira;^a
- Paramentar-se adequadamente;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Perguntar ao paciente se já foi submetido a uma cirurgia nasal, se teve traumatismo nasal, se apresenta desvio de septo ou distúrbio hemorrágico;
- Explicar ao paciente sobre o procedimento e informar que a sua colaboração (realizando a deglutição) será importante e o ajudarão na passagem da sonda;
- Elevar a cabeceira da cama a 45°, de forma que o pacientefique na posição de Fowler;

OBSERVAÇÕES

- Todo procedimento inicia-se com explicações e solicitação de consentimento ao paciente ou acompanhante, orientando-os quanto ao objetivo da ação;
- a. O preparo do material será realizado no posto de enfermagem.

- Calçar luvas de procedimento;
- Fazer a limpeza da pele (região facial e região nasal) do paciente com o uso de gaze umedecida em água destilada, com a finalidade de melhor fixação da sonda;
- Pedir ao paciente que assoe o nariz (caso esteja apto) para limpar as narinas. Caso esteja impossibilitado, o enfermeiro deverá realizar a limpeza das narinas com gaze umedecida em água destilada;
- Remover dentaduras (caso haja) e guardá-la em lugar de conhecimento e acesso do paciente ou acompanhante;^b
- Inspeccionar as narinas e questionar se há alguma narina mais obstruída, caso haja, a sonda será introduzida na narina mais obstruída, deixando a outra livre para uma melhor respiração;
- Colocar toalha de rosto sob o tórax do paciente e posicionar cuba rim em local acessível;
- Retirar luva de procedimento (se necessário), substituindo-a por outra. Realizar a mensuração da sonda (iniciando pelo lóbulo da orelha até o ápice do nariz, em seguida do ápice do nariz até o processo xifoide) (FIGURA 1). Acrescentar mais 5 cm a essa medição (cerca de quatro dedos) e marcar esse ponto da sonda com esparadrapo;^c

Figura 1: Realizar a mensuração da sonda (iniciando pelo lóbulo da orelha até o ápice do nariz, em seguida do ápice do nariz até o processo xifoide)



Fonte: Carmagnani et al., 2017

- Após a mensuração, fazer um espiral com a sonda e envolvê-la na mão dominante;
- Lubrificar a porção inicial da sonda no gel hidrossolúvel, evitando que ocorra oclusão dos orifícios da sonda com o lubrificante;
- Inclinar delicadamente a cabeça do paciente para trás e iniciar a introdução da sonda pela narina até a parte nasal faríngea, direcionando-a para baixo e para trás;^d
- Pedir ao paciente que abra a boca. Ao observar a passagem da sonda por trás da úvula, solicitar ao paciente que

- b. As dentaduras podem soltar-se e interferir a introdução da sonda.
- c. A mensuração ajudará a garantir que a extremidade da sonda irá alcançar o estômago.
- d. A posição parcialmente flexionada da cabeça oclui a via respiratória e reduz a probabilidade da sonda penetrar na traqueia e migrar para os pulmões.

inclina a cabeça ligeiramente para frente em direção ao tórax; oferecer água ao paciente e pedir que ele degluta, enquanto o profissional avança com a sonda;

Girar a sonda com delicadeza em 180^o, impedindo que a sonda penetre a boca do paciente;

- Continuar avançando com a sonda enquanto o paciente deglute até que a marca da sonda alcance a narina do paciente;
- Observar sinais de angústia respiratória (como tosse ou cianose), caso haja, remover imediatamente a sonda;
- Conectar a seringa a sonda e realizar o primeiro teste de posicionamento adequado da sonda (o teste consiste em injetar cerca de 10 ml de ar na sonda, ao mesmo tempo em que o som da chegada do ar ao estômago é auscultado, através do posicionamento do diafragma do estetoscópio, na região do hipocôndrio esquerdo);
- Após a realização do teste de injeção do ar, aspira a sonda até que seja visualizado conteúdo gástrico presente na sonda (FIGURA 2);

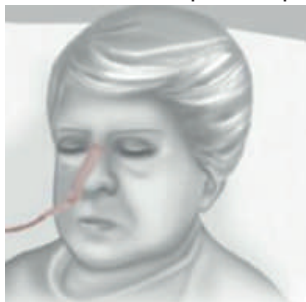
Figura 2: Após a realização do teste de injeção do ar, aspira a sonda até que seja visualizado conteúdo gástrico presente na sonda



Fonte: Carmagnani et al., 2017

- Desconectar a seringa da sonda, descartando-a no saco de lixo;
- Retirar as luvas de procedimento de acordo com a técnica e descartá-la no saco de lixo;
- Fixar a sonda com esparadrapo hipoalergênico (FIGURA 3).

Figura 3: Fixar a sonda com esparadrapo hipoalergênico



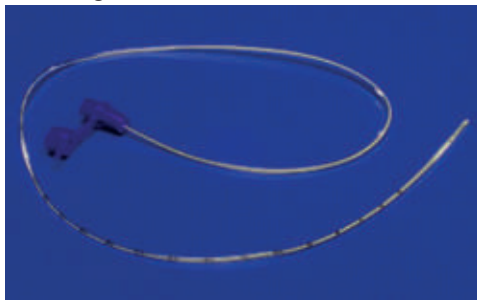
Fonte: Carmagnani et al., 2017

- Despedir-se do paciente, agradecendo-o pela colaboração e informando-o que, aos poucos, o desconforto irá desaparecer. Informá-lo para acionar a equipe de enfermagem caso haja necessidade;
- Organizar a unidade;
- Recolher o material e levar para o expurgo;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de Higienização das mãos;
- Anotar no prontuário o procedimento realizado.

SONDA NASOENTÉRICA

- Para a introdução da sonda nasoentérica (FIGURA 4), deve-se seguir todos os passos da sonda nasogástrica. Atentar para, no momento da mensuração, iniciar pelo lóbulo da orelha até o ápice do nariz, em seguida do ápice do nariz até o processo xifoide);

Figura 4: Sonda nasoentérica



Fonte: POTTER, 2017

- Acrescentar mais 30 cm a essa medição e marcar esse ponto da sonda com esparadrapo;
- Retirar o fio guia segurando firmemente a sonda próximo ao nariz para que não saia após o teste realizado, que neste tipo de sonda, deve ser realizado um raio x, para confirmação do local correto.

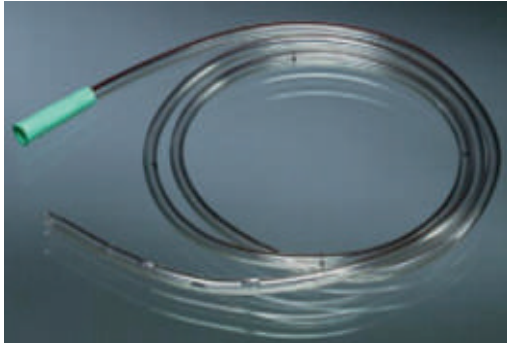
DRENAGEM GÁSTRICA

- Para realização da drenagem gástrica, deve-se seguir todos os passos da sonda nasogástrica. Observar e registrar volume e aspecto do líquido drenado e ao final, adaptar a sonda em um coletor e fixá-lo na grade lateral da cama, para que o conteúdo gástrico seja drenado por gravidade;
- Colocar o recipiente para drenagem abaixo do nível do paciente para facilitar a saída de líquidos.

LAVAGEM GÁSTRICA

Após a introdução da sonda de Levine (FIGURA 5), seguindo todos os passos da sondagem gástrica, realizar a lavagem gástrica com a introdução de soro fisiológico seguido da drenagem do conteúdo em um coletor graduado, conforme as orientações para drenagem gástrica.

Figura 5: Sonda Levine



Fonte: POTTER, 2017

- A lavagem gástrica deve ser feita até 2 horas após a ingestão da substância ou conforme protocolo da instituição e precisa ser feita no hospital por um enfermeiro ou outro profissional de saúde capacitado para evitar complicações como a aspiração de líquidos para o pulmão.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- No Brasil, a RDC 63, de 06 de julho de 2000, da ANVISA, aponta que “é de responsabilidade do enfermeiro estabelecer o acesso enteral, por via oro/nasogástrica ou transpilórica, para administração da nutrição enteral” (ANVISA, 2000);
- Caso não seja possível passar a sonda nasogástrica (nasal), a via oral (orogástrica) poderá ser utilizada;
- Lavar a sonda após a administração de dieta e medicamentos com 20 a 50 ml de água em adulto e de 10 a 20 ml na criança, ou conforme prescrição médica;
- Trocar a sonda quando para alimentação quando necessária ou conforme protocolo da instituição;
- Trocar a sonda para drenagens quando necessário, ou conforme protocolo da instituição;
- Elevar a cabeceira (45 a 90 graus) para veiculação de dieta gástrica ou lavagem da sonda;
- Nos pacientes, com tubo traqueal ou traqueostomia (cânula descartável), verificar se o cuff está insuflado e aspirar secreções antes de administrar a dieta;
- Caso o paciente apresente vômito, distensão abdominal ou em situação de reanimação cardiopulmonar, abrir a sonda nasogástrica; se necessário aspirar com a seringa;
- Para retirar a sonda orientar o paciente a inspirar e prender a respiração, fechar a sonda e puxá-la continuamente até a retirada da mesma.

7. REFERÊNCIAS

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada**. RCD N° 63, de 6 de julho de 2000. Disponível em: <<http://www.anvisa.com.br.html>> Acesso em: 14 abr. 2016.


CARMAGNANI, M. I. S. et al., **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SMELTZER, S.C. BARE B.G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN M. K. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SILVA, L.P.T.; SILVA, M.T. **Manual de procedimento para estágio em enfermagem**. São Paulo: Martinare, 2014.

PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2013.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>	
		<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>	
		Data da criação	06/04/2016
		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 019	VERSÃO Nº 1	pag. 108 a 110	Data da próxima revisão 14/03/2021
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II			
Título: Descartar Materiais Perfurocortantes			
Elaborado por:	Thaísa Leite Rolim Wanderley		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação dos Cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Odontologia e Radiologia; Docentes das Disciplinas de Fundamentos de Semiologia de Enfermagem/ Biossegurança.		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Élida Batista Vieira Sousa Cavalcanti Karla Monik Alves da Silva Thaísa Leite Rolim Wanderley		
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem; Laboratório Multidisciplinar – Bioquímica e Farmácia.		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

O descarte de materiais perfurocortantes é o ato de desprezar, de forma adequada e segura, aqueles materiais capazes de perfurar e de cortar, após a sua utilização (ANVISA, 2004).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar a montagem da caixa de descarte para perfurocortantes;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Todos os serviços de saúde geram resíduos de diversas naturezas. Dentre eles, os perfurocortantes os quais devem ser devidamente descartados evitando contaminação do profissional.
- Conscientizar o aluno sobre a importância do descarte correto de resíduos, sobretudo os perfurocortantes;
- Identificar materiais com características perfurocortantes como bisturis, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, vidrarias, lancetas e outros assemelhados, contaminados, ou não, por agentes químicos ou biológicos. Assim como demonstrar ao aluno a segregação (separação), identificação e pré-tratamento de todos os resíduos gerados.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Material perfurocortante;
- Caixa de descarte;
- Saco branco;
- Etiqueta.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

5.1 Descrição do procedimento:

- Após utilizar o material perfurocortante, desfazer-se dele na caixa de descarte que deve estar localizada o mais próximo possível do local de uso;
- Não quebrar, entortar ou reencapar agulhas, ou qualquer material perfurocortante, após o uso;
- Não retirar manualmente a agulha da seringa,^a
- Ao atingir a marca tracejada no recipiente, este deverá ser fechado e manipulado pelas alças.^b

5.2 Acondicionamento da caixa perfurocortante após preenchimento:

- A caixa perfurocortante deverá ser acondicionada em sacos brancos, contendo o símbolo universal de risco biológico, de tamanho compatível, não podendo ser esvaziados ou reaproveitados;
- Utilizar lacre próprio para o fechamento, sendo terminantemente proibido esvaziar ou reaproveitar os sacos;
- Identificar os sacos com etiquetas que especifiquem o tipo de resíduo. Preencher as etiquetas com as seguintes informações: nome do responsável pela unidade no campo “Gerador”, número da unidade ou nome do Departamento (campo “Unidade”) e data do descarte do saco (campo “Data”);
- Descartar em recipiente rígido (lixeiras, containers) com o símbolo de material infectante;
- Armazenar a caixa de descarte ao abrigo de resíduos até momento da coleta realizada pela empresa especializada.

OBSERVAÇÕES

- a. Caso seja necessária a retirada da agulha só é permitida utilizando-se instrumento auxiliar.
- b. Todos os materiais perfurocortantes, limpos ou contaminados por resíduo infectante deverão ser acondicionados em recipientes com tampa, rígidos e resistentes à punctura, ruptura e vazamento. Esta etapa deverá ser realizada pelo pessoal gerador dos resíduos, no local de geração. É expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Observar rigorosamente estratégias de acomodação e incineração dos materiais perfurocortantes;
- Realizar o procedimento conforme a técnica.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Trabalho e Empregoportaria. N.º 485, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005 Aprova a Norma Regulamentadora n.º 32 Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. 2005. Disponível em: < <http://sbbq.iq.usp.br/arquivos/seguranca/portaria485.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

NBR 12808/1993 – “Resíduos de serviços de saúde”.

NBR 12809/1993 – “Manuseio de resíduos de serviços de saúde”.

NBR 12810/1993 – “Coleta de resíduos de serviços de saúde”.

RDC nº358 de 29 de Abril de 2005 – “Disposição final dos resíduos dos serviços de saúde”
“Cartilha de Orientação de Descarte de Resíduos no Sistema FMUSP-HC”.

RDC 306/2004 – “Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde” – ANVISA.

RDC nº358 de 29 de Abril de 2005 – “Disposição final dos resíduos dos serviços de saúde” “Cartilha de Orientação de Descarte de Resíduos no Sistema FMUSP-HC”.

RDC 306/2004 – “Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde” – ANVISA.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 020	VERSÃO Nº 2	pag. 111 a 116	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II				
Título: Medicação Parenteral - Via Intradérmica (ID)				
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ana Paula Marques Andrade de Souza Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Valdiléia Ferreira Torres da Silva			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

Consiste na administração de medicamentos na derme. A derme é a camada da pele situada entre a epiderme e o tecido subcutâneo. A administração de medicamentos, por essa via, possibilita uma absorção mais lenta deles, por isso normalmente são utilizados com propósitos diagnósticos, testes alérgicos e administração de vacina. (POTTER; PERRY, 2013).

2. OBJETIVO

- Conhecer aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e estratégico para o procedimento de medicação por via ID;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança em sua execução;
- Padronizar aulas práticas de Bases Semiológicas de Enfermagem sobre a Administração de medicamentos por via ID.

3. FINALIDADE

- Auxiliar no esclarecimento de diagnóstico;
- Verificar sensibilidade a alérgenos e reações de hipersensibilidade;
- Assegurar ao discente administrar medicamentos por via ID de forma correta;
- Realizar o procedimento em testes como o PPD (Derivado Proteico Purificado) e de sensibilidade (introdução de alérgenos), bem como em imunizações (BCG);
- Certificar-se da utilização dos nove “certos” na administração da medicação ID.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica – medicação prescrita;
- Bandeja identificada, individual para cada paciente;
- Fita de identificação (paciente, medicação, dose, via e horário);
- Seringa de 1ml com agulha 13x4,5 ou 13x3,8;

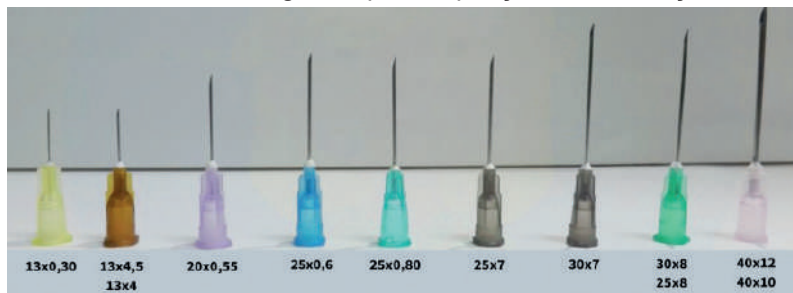
FIGURA 1: Seringa de 1 ml com agulha 13x4,5



Fonte: <https://enfermagemflorence.com.br/seringas-e-agulhas/>

- Agulha para aspiração da medicação 25 x 7 ou 25 x 8;

FIGURA 2: Agulhas para aspiração da medicação



Fonte: <https://blog.maconequi.com.br/tipo-de-agulha/>

- Um par de luvas de procedimento;
- Bola de algodão;
- Saco de lixo;
- Caneta.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

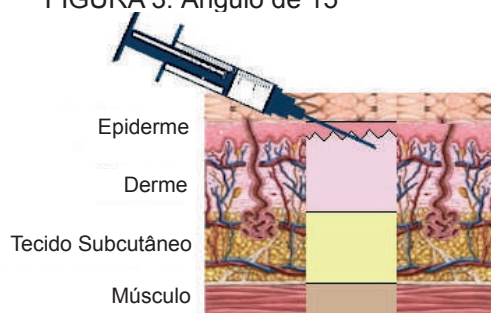
- Ler a prescrição médica;^a
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;

OBSERVAÇÕES

- a. O prontuário deve conter: o nome do paciente, nº do leito, nome do medicamento, dose, via de administração,

- Preparar o material para o procedimento, colocando em uma bandeja;
- Selecionar corretamente o medicamento;^b Preparar a medicação;
- Fazer a desinfecção da ampola/frasco-ampola com algodão umedecido com álcool 70%.^c
- Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la a agulha para aspiração do medicamento, observando a técnica asséptica, protegendo-a em sua embalagem original;
- Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão ou gaze, pressionando-a com o dedo indicador e polegar da mão dominante;
- No caso de frasco-ampola, retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão e fazer a desinfecção;
- Retirar o protetor da agulha e mantê-lo dentro de sua embalagem original sobre o balcão de preparo do medicamento, ou dentro da bandeja;
- Aspirar o medicamento segurando a ampola ou frasco-ampola com os dedos indicador e médio da mão não dominante, segurar a seringa com os dedos polegar e anular da mão não dominante e com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante, tracionar a extremidade do êmbolo sem contaminar sua extensão, aspirando o medicamento;
- Reencapar passivamente a agulha, colocando a sua ponta na entrada da tampa até cobri-la completamente;
- Colocar a seringa na posição vertical e retirar o ar;
- Trocar a agulha utilizada para aspiração pela agulha que será ministrado o medicamento (13 mm x 4,5 mm);
- Fixar o rótulo de identificação do medicamento na seringa;^d
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Calçar as luvas;
- Realizar a limpeza no local da aplicação^e com algodão seco ou com água e sabão (s/n);
- Com a mão não dominante, estique a pele no local da aplicação entre os seus dedos polegar e indicador;

FIGURA 3: Ângulo de 15°



Fonte: <https://sa.sol-m.com/noticias/agulhas-e-seringas-indicadas-para-aplicacao-intradermica/>

horário da administração.

- b. Conferir o nome do medicamento, dose, forma farmacêutica, via e prazo de validade.
- c. Nos casos de frasco-ampola, retirar a proteção metálica e, após, fazer a desinfecção.
- d. Identificação do rótulo: nome do cliente, número do leito, nome do medicamento, dose, via, horário.
- e. Compartimento anterior do braço, área escapular, região torácica anterior, inserção do deltoide direito.

- Segure a seringa entre os dedos polegar e indicador de sua mão dominante;
- Posicione a agulha em um ângulo de 15° com o bisel da agulha voltado para cima;
- Insira a agulha cerca de 0,3 cm (aproximadamente o tamanho do bisel) abaixo da epiderme e injete a solução lentamente observando a formação de uma pápula,^f

FIGURA 4: Visualização da técnica



Fonte: <http://enfermagem-a-arte-de-cuidar.blogspot.com/2016/04/medicacao-via-intradermica.html>

- Retire a agulha no mesmo ângulo em que ela foi inserida, em um movimento único, rápido e firme. Não friccione nem massageie o local;

FIGURA 5: Formação da pápula



Fonte: https://www.enfermagempiaui.com.br/post/julho2014/administracao_por_via_intradermica.php

- Se testes alérgicos: Com uma caneta hidrográfica, desenhe um círculo em torno do local, colocando a hora do procedimento fora do mesmo. Instrua o paciente a não lavar o círculo até que o teste esteja completo;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Deixar a unidade organizada;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;^g
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Fazer as anotações no prontuário do paciente.

f. Não é necessário aspirar, após a introdução da agulha, devido às condições anatômicas da derme, relacionada a vasos e nervos.

g. Não reencapar a agulha, após a administração no paciente, desprezando os perfurocortantes no descartex.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme o descrito;
- Não administrar medicamentos preparados por outra pessoa;
Certifica-se dos nove certos que: medicamento certo, validade certa, forma farmacêutica certa, via certa, dose certa, hora certa, paciente certo, monitoramento certo, registro;
- Checar a medicação somente após administração do medicamento;
- Caso não seja administrado o medicamento, rodelar o horário e justificar no relatório de enfermagem;
- Nunca ultrapassar a dose prescrita.

7. RECOMENDAÇÕES

- O volume máximo indicado para administração no tecido intradérmico é de 0,5 ml;
- Caso não haja a formação da pápula, o antígeno terá sido injetado muito profundamente, retire a agulha e administre outra dose-teste a pelo menos 5 cm de distância do primeiro local;
- Ao avaliar a área de aplicação, observe a existência de outras punções, caso haja, aplique o teste a uma distância de 5 cm dessa punção;
- Não massagear o local de aplicação do medicamento. Isto pode causar irritação no tecido subjacente, podendo comprometer o efeito dos testes alérgicos.

8. REFERÊNCIAS

ENFERMAGEM PIAUÍ. **Administração de medicação intradérmica**. 2014. Disponível em: https://www.enfermagempiaui.com.br/post/julho_2014/administracao_por_via_intradermica.php Acesso em: 08 jun 2020.

ENFERMAGEM ARTE DO CUIDAR. **Medicação via intradérmica**. 2016. Disponível em: <http://enfermagem-a-arte-de-cuidar.blogspot.com/2016/04/medicacao-via-intradermica.html> Acesso em: 12 jun 2020.

ENFERMAGEM FLORENCE. **Seringa e Agulhas: graduações e calibris**. 2018. Disponível em: <https://enfermagemflorence.com.br/seringas-e-agulhas/> Acesso em: 11 jun 2020.

MACONEQUI. **Para que serve cada tipo de agulha e seringa? 2020**. Disponível em: <https://blog.maconequi.com.br/tipo-de-agulha/> Acesso em: 11 jun 2020.

POTTER, P.; PERRY, A. G.; ELKIN, M. K. **Procedimentos intervenções de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

SOL-MILLENNIUM. **Agulhas e seringas indicadas para aplicação intradérmica**. Disponível em: <https://sa.sol-m.com/noticias/agulhas-e-seringas-indicadas-para-aplicacao-intradermica/> Acesso em: 12 jun 2020.

TIMBY BARBARA K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PRADO, M.L., GELBCKE, F. L. **Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem**. Florianópolis, 2013.

PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. **Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem**. Florianópolis, 2013.

SANTOS, V. C.; et al. **Técnicas Básicas de enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2009.

ROQUE, K.;E, MELO, E.;C.;P., Avaliação dos eventos adversos a medicamento. **Esc Anna Nery**, v.16, n. 1, p. 121- 127, jan./mar. 2012.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 021	VERSÃO Nº 2	pag. 117 a 120	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II				
Título: Medicação Parenteral - Via Subcutânea (SC)				
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Eliane Cristina da Silva Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel da Silva			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ana Paula Marques Andrade de Souza Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Valdiléia Ferreira Torres da Silva			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem.			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

Consiste na administração de medicamentos, logo abaixo da superfície da pele, diretamente no tecido subcutâneo. É indicada principalmente para drogas que não necessitem ser absorvidas rapidamente, quando se deseja eficácia da dosagem e também uma absorção contínua e segura do medicamento. (POTTER; PERRY, 2017).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e estratégico para o procedimento de medicação SC;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução;
- Padronizar aulas práticas de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem sobre a Administração de medicamentos SC.

3. FINALIDADE

- Utilizar para administração de insulinas, vacinas, anticoagulantes;
- Lentificar o tempo de absorção sistêmico do medicamento administrado.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica – medicação prescrita;
- Bandeja identificada, individual para cada paciente;
- Fita de identificação (5 certos);
- Seringa de 1 ml ou 3 ml com agulha 13 x 4,5 ou 13 x 3,8;
- Agulha para aspiração da medicação 40 x 12 ou 25 x 7 ou 25 x 8;
- Um par de luvas de procedimento;
- Bola de algodão umedecida com álcool a 70%;
- Saco de lixo.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Ler a prescrição médica;^a
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Preparar o material para o procedimento, colocando em uma bandeja;
- Selecionar corretamente o medicamento;^b
- Preparar a medicação;
- Fazer a desinfecção da ampola/frasco-ampola com algodão umedecido com álcool 70%;^c
- Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la a agulha para aspiração do medicamento, observando a técnica asséptica, protegendo-a em sua embalagem original;
- Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão, pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante;
- Retirar o protetor da agulha e mantê-lo dentro de sua embalagem original sobre o balcão de preparo do medicamento ou dentro da bandeja;
- Aspirar o medicamento segurando a ampola ou frasco-ampola com os dedos indicador e médio da mão não dominante, segurar a seringa com os dedos polegar e anular da mão não dominante e com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante, tracionar a extremidade do êmbolo sem contaminar sua extensão, aspirando o medicamento;
- Fixar o rótulo de identificação do medicamento na seringa;^d
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos; Calçar as luvas;
- Fazer a antisepsia da região^e, utilizando uma bola de algodão umedecida com álcool a 70%.^f
- Segurar com uma das mãos a seringa como se fosse um

OBSERVAÇÕES

- a. O prontuário deve conter: o nome do paciente, nº do leito, nome do medicamento, dose, via de administração, horário da administração.
- b. Conferir o nome do medicamento, dose, forma farmacêutica, via e prazo de validade.
- c. Nos casos de frasco-ampola, retirar a proteção metálica e após, fazer a desinfecção.
- d. Identificação do rótulo: nome do cliente, número do leito, nome do medicamento, dose, via, horário.
- e. Locais de administração na via subcutânea: região braquial posterior (ponto de referência – músculo tríceps braquial), região escapular (pacientes obesos), região abdominal, região femoral anterior região glútea.
- f. A finalidade da antisepsia é remover a flora bacteriana da pele que, durante o procedimento, poderia ser introduzida no subcutâneo, causando infecção.

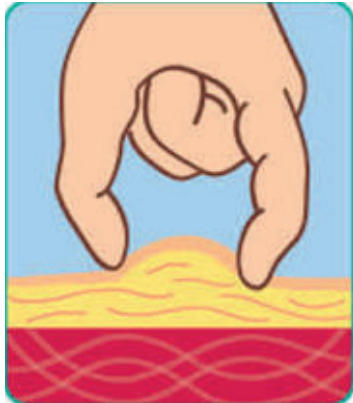
Figura 1: Técnica de aspiração do medicamento



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020

- o dardo, com a palma da mão para baixo;
- o Posicionar a outra mão nos limites anatômicos, pinçando a região com os dedos indicador e polegar;

Figura 2: Indicador e polegar para pinçar a região



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020

- o Introduzir a agulha a um ângulo de 90° (agulha 13 x 4,5 ou 13 x 3,8) ou 45° (agulha 25 x 7 ou pessoas caquéticas);

Figura 3: Ângulos de aplicação por via subcutânea



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020

- o Soltar a prega e puxar o êmbolo (aspirar)^g, caso não haja retorno de sangue injetar lentamente a medicação;^h
- o Ao término da administração da medicação, retirar a agulha em movimento rápido e único enquanto aplica a mecha de algodão seco sobre o local da injeção;
- o Não reencapar a agulha.

g. No caso de anticoagulantes, não realizar a aspiração, após a aplicação, pois poderá causar hematoma. Não aspirar na administração de insulina.

h. Caso tenha atingido um vaso sanguíneo, despreze a medicação, prepare outra e administre em outro local.

- Deixar o paciente em posição confortável;
- Deixar a unidade organizada;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;¹
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Fazer as anotações no prontuário do paciente.

- i. Não reencapar a agulha após a administração no paciente, desprezando os perfuro cortantes no descartex.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento, conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme o descrito;
- Não administrar medicamentos preparados por outra pessoa;
- Certifica-se dos nove “certos”: medicamento certo, validade certa, forma farmacêutica certa, via certa, dose certa, hora certa, paciente certo, monitoramento certo, registro certo;
- Checar a medicação somente após administração do medicamento;
- Caso não seja administrado o medicamento, rodelar o horário e justificar no relatório de enfermagem;
- Nunca ultrapassar a dose prescrita.

7. RECOMENDAÇÕES

- O volume máximo indicado para administração no tecido subcutâneo é de 1,0ml;
- Caso a agulha seja de um tamanho maior, ex.: 25 x 7 ou 30 x 7, introduzir em um ângulo de 45°;
- A posição do bisel da agulha na via subcutânea é indiferente;
- Se o paciente for utilizar a via subcutânea por mais de uma vez, o local de aplicação deverá ser rodiziado.

8. REFERÊNCIAS

- SMELTZER, S.C. BARE B.G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- POTTER, P. A, PERRY, A. G. **Fundamentos da enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
- TIMBY, B. K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- NETTINA, S. B. **Prática de Enfermagem**. 7. ed. Rio: Guanabara Koogan, 2007
- SANTOS, V. C. et al. **Técnicas Básicas de enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2009.
- ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Avaliação dos eventos adversos a medicamento. **Esc Anna Nery**, v.16, n.1, p. 121- 127, jan./mar. 2012.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 022	VERSÃO Nº 2	pag. 121 a 127	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II				
Título: Medicação Parenteral - Via Intramuscular (IM)				
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ana Paula Marques Andrade de Souza Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Valdiléia Ferreira Torres da Silva			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

A via intramuscular propicia a absorção de medicamentos mais rápida que a via subcutânea por causa da maior vascularização dos músculos, entretanto, estão associadas a muitos riscos. Neste sentido, sempre que administrar um medicamento pela via IM, confira antes de tudo, se a mesma se justifica (POTTER; PERRY, 2017).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e estratégico para o a administração de medicação por via IM;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução;
- Padronizar aulas práticas de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem sobre a Administração de medicamentos por via IM.

3. FINALIDADE

- Realizar e administrar medicamento intramuscular, quando houver irritantes ao trato digestivo ou ao tecido subcutâneo.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica – medicação prescrita;
- Bandeja identificada, individual para cada paciente;
- Fita de identificação (5 certos);
- Seringa de 3 ml ou 5 ml, de acordo com o medicamento prescrito aspirado;

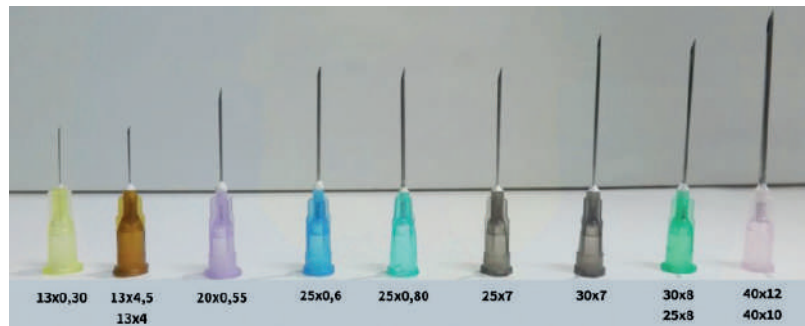
Figura 1: Seringa de 3 ml



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020.

- Agulha para aspiração da medicação 40x12 ou 25 x 7 ou 25 x 8;

Figura 2: Agulhas de acordo com comprimento e espessura



Fonte: www.google.com

- Um par de luvas de procedimento;
- Bola de algodão seca e outra embebida em álcool 70%;
- Saco de lixo.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Ler a prescrição médica;^a
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- **No posto de enfermagem**
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;

OBSERVAÇÕES

- a. A que deve conter: o nome do paciente, nº do leito, nome do medicamento, dose, via de administração, horário da administração.

<p>bandeja desinfectada;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Selecionar corretamente o medicamento;^b ○ Preparar a medicação; ○ Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la a agulha para aspiração do medicamento, observando a técnica asséptica, protegendo-a em sua embalagem original; ○ Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão ou gaze, pressionando-a com o dedo indicador e polegar da mão dominante; ○ No caso de frasco-ampola, retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão e fazer a desinfecção; ○ Retirar o protetor da agulha e mantê-lo dentro de sua embalagem original sobre o balcão de preparo do medicamento ou dentro da bandeja; ○ Aspirar o medicamento segurando a ampola ou frasco-ampola com os dedos indicador e médio da mão não dominante, segurar a seringa com os dedos polegar e anular da mão não dominante e com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante, tracionar a extremidade do êmbolo sem contaminar sua extensão, aspirando o medicamento; ○ Reencapar passivamente a agulha, colocando a ponta da agulha na entrada da tampa até cobri-la completamente; ○ Colocar a seringa na posição vertical e retirar o ar; ○ Trocar a agulha utilizada para aspiração pela agulha que será ministrado o medicamento (25 x 0,7 ou 25 x 0,8); ○ Fixar o rótulo de identificação do medicamento na seringa;^d ○ Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos. <p>• No quarto do paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Calçar as luvas; ○ Auxiliar o paciente a posicionar-se confortavelmente expondo a região deltoide: sentado; dorso-glútea: decúbito ventral; ventro-glútea: decúbito lateral; vasto lateral da coxa: sentado; ○ Fazer a antissepsia com a mecha de algodão embebida com álcool a 70% no local onde será administrada a medicação IM;^f ○ Remover a capa da agulha puxando-a paralelamente à agulha; ○ Segurar com uma das mãos a seringa como se fosse um dardo, com a palma da mão para baixo; ○ Posicionar a outra mão nos limites anatômicos, pinçando o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar; ○ onjetar a agulha a um ângulo de 90° com o bisel lateralizado; 	<ul style="list-style-type: none"> b. Conferir o nome do medicamento, dose, forma farmacêutica, via e prazo de validade. c. Nos casos de frasco-ampola, retirar a proteção metálica e, após, fazer a desinfecção. d. Identificação do rótulo: nome do cliente, número do leito, nome do medicamento, dose, via, horário; e. Locais de administração. e. A finalidade da antissepsia é remover a flora bacteriana da pele que, durante o procedimento, poderia ser introduzida no tecido subcutâneo, causando infecção. f. Caso tenha atingido um vaso sanguíneo, despreze a medicação, prepare outra e administre em outro local.
---	--

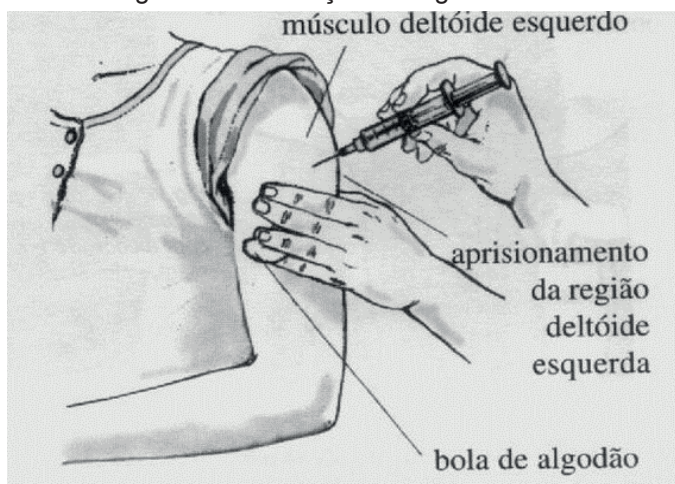
- Soltar a prega e puxar o êmbolo (aspirar), caso não haja retorno de sangue injetar lentamente a medicação;^g
- Ao término da administração da medicação, retirar a agulha em movimento rápido e único, enquanto aplica a mecha de algodão seco sobre o local da injeção;
- Não reencapar a agulha;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;^h
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Deixar a unidade organizada e voltar para o posto de enfermagem;
- Checar a prescrição médica;
- Fazer as anotações no prontuário do paciente.

• **Locais de Administração**

Deltoide

- Localizar o músculo deltoide, que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicação no centro do triângulo imaginário;
- O paciente deve relaxar o braço ao lado do corpo e flexionar o cotovelo;
- Nunca será o sítio de primeira escolha para injeção IM, devido ao alto risco de lesão neural. Faz-se exceção para a administração de vacinas e para pacientes com paraplegia;
- Contraindicado para pacientes com mastectomia ou fistula arteriovenosa no membro escolhido e para criança abaixo de 2 anos de idade.

Figura 1: Localização da região deltóide



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020

- g. Não reencapar a agulha, após a administração no paciente, desprezando os perfuro cortantes no descartex.
- h. Algumas literaturas não recomendam: administração intramuscular no dorso-glúteo, se a agulha atingir o nervo isquiático, o paciente pode apresentar paralisia parcial ou permanente do membro; quadrante superior interno ou súpero-medial devido à presença de vasos sanguíneos; quadrante inferior externo ou ínfero-lateral devido a presença do trocanter maior do osso fêmur.

- **Ventro-glútea (VG):**

- Use a mão direita para o quadril esquerdo e a mão esquerda para o quadril direito;
- Aponte o polegar no sentido da região urogenital do paciente e o dedo indicador no sentido da espinha ílaca ântero-superior e estenda o dedo médio para trás, ao longo da crista ílaca, no sentido da nádega;
- O dedo indicador, o dedo médio e a crista ílaca compõem um triângulo em forma de V. O local da injeção localiza-se no centro desse triângulo;
- Paciente pode deitar em decúbito lateral ou dorsal, a flexão do joelho e do quadril ajuda o indivíduo a relaxar esse músculo;
- Região de primeira escolha por ser considerada a mais segura para administração de injeção IM.

Figura 2: Localização da região ventro-glútea

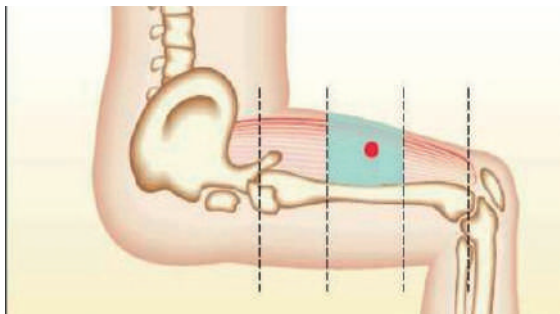


Fonte: www.slideshare.com

- **Músculo Vasto Lateral da coxa**

- Compartimento lateral da coxa, um palmo acima do joelho, a um palmo abaixo do trocante maior do fêmur, utilize o terço médio do músculo para injeção;
- Paciente pode ficar deitado em decúbito dorsal ou sentado.

Figura 3: Localização da região vasto lateral da coxa



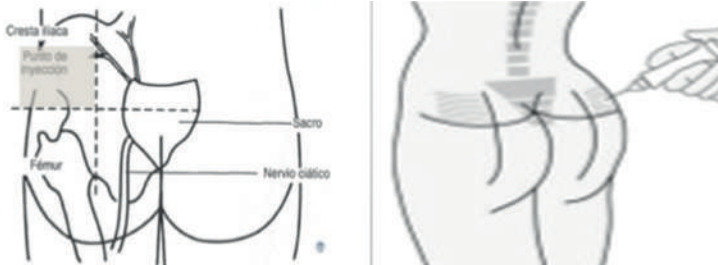
Fonte: www.estudandoenfermagem.wordpress.com

- **Dorso-glúteo**

- Localizar o músculo glúteo máximo e traçar uma cruz imaginária, a partir da crista ílaca até o trocater do fêmur;

- Administrar a injeção no quadrante superior externo;
- Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento.

Figura 4: Localização da região dorso-glútea

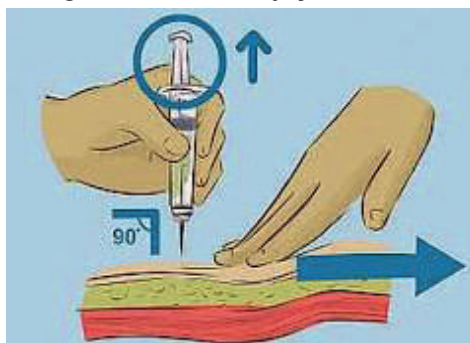


Fonte: www.slideshare.com

• Técnica em Z

- Selecione o local da injeção, preferencialmente em um músculo largo e profundo;
- Fazer a antisepsia do local com bola de algodão umedecida com álcool a 70%;
- Puxar a pele e o tecido subcutâneo para um lado (uns 2 cm) e manter assim até o final da aplicação;
- Com a outra mão, inserir a agulha;
- Aspirar a seringa com a ajuda dos dedos polegar e indicador e empurrar o êmbolo com o dedo polegar, retirar a agulha e, só então, liberar a mão, deixando o tecido subcutâneo e a pele voltarem ao normal;ⁱ
- Não reencapar a agulha;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Deixar a unidade organizada;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;^j
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Fazer as anotações no prontuário do paciente;

Figura 5: Técnica injeção em Z



FONTE: Google imagens, 2020

- i. Após a aplicação, observe que, ao soltar o tecido, o ponto de introdução da agulha mudará de posição, selando o local onde o medicamento ficará um Z.
- j. Descartar material perfurocorrente no DESCARPACK.
- Algumas literaturas não recomendam: administração intramuscular no dorso-glúteo, se a agulha atingir o nervo isquiático, o paciente pode apresentar paralisia parcial ou permanente do membro; quadrante superior interno ou súpero-medial devido à presença de vasos sanguíneos; quadrante inferior externo ou ínfero-lateral devido a presença do trocanter maior do osso fêmur.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Responsabilidades dos executantes;
- Realizar higienização das mãos antes e após a administração da medicação (Ver POP de higienização das mãos);
- Não administrar medicamentos preparados por outra pessoa.

7. RECOMENDAÇÕES

- O volume máximo indicado para administração no tecido intramuscular dependerá da idade do paciente e do músculo escolhido. Em adultos pode variar de até 1 ml no músculo deltoide até 4 ml no vasto lateral da coxa;
- A posição do bisel da agulha na via intramuscular é lateralizado;
- A técnica em Z é indicada para injeções profundas de medicamentos irritantes ex.: Noripurum (medicamento a base de ferro), anticoncepcionais (oleosos);
- Não devemos utilizar a região dorso-glútea em crianças menores de 2 anos de idade, pois o nervo ciático não está bem definido;
- Nunca ultrapassar a dose prescrita; Verificar se a dose prescrita está de acordo com o volume máximo comportado pelo músculo de escolha.
- Não massagear o local de aplicação do medicamento. Isto pode causar irritação no tecido subjacente, podendo levar ao surgimento de nódulos e abscessos. Certifica-se dos nove “certos”: medicamento certo, validade certa, forma farmacêutica certa, via certa, dose certa, hora certa, via certa, dose certa, hora certa, paciente certo, monitoramento certo, registro certo;
- Checar somente após administração do medicamento;
- Caso não seja administrado o medicamento, rodelar o horário, justificar no relatório de enfermagem.

8. REFERÊNCIAS

- POTTER, P. A, PERRY, A. G. **Fundamentos da enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
- TIMBY BARBARA K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. **Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem. Florianópolis**, 2013.
- SANTOS, V. C.; et al; **Técnicas Básicas de enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2009.
- ROQUE, K.;E, Melo, E.;C.;P., Avaliação dos eventos adversos a medicamento. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 121- 127, jan./mar. 2012.
- DALMOLIN, I. S. et al. Injeções intramusculares ventro-glútea e a utilização pelos profissionais de enfermagem . **Rev Enferm UFSM**, v.3, n. 2, p. 259-265, Mai./Ago. 2013.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 023	VERSÃO Nº 2	pag. 128 a 134	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II				
Título: Medicação parenteral - Via Endovenosa (EV)				
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ana Paula Marques Andrade de Souza Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Valdiléia Ferreira Torres da Silva			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

É a introdução de medicamentos, diretamente na veia, é indicada quando há necessidade de introdução de grandes volumes de líquidos com a finalidade de obter um efeito imediato do remédio. São administrados por essa via substâncias como sais orgânicos solúveis, eletrólitos (TIMBY, 2007).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e estratégico para o procedimento de administração de medicação EV;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução;
- Padronizar aulas práticas de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem sobre a Administração de Medicamentos EV.

3. FINALIDADE

- Administrar medicação lentamente através da punção EV;
- Administrar grandes volumes de medicamentos através de uma linha de infusão EV.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja identificada, individual para cada paciente;
- Fita de identificação;
- Prescrição médica;
- Cateter intravenoso Jelco, scalp;
- Equipo de soro;
- Agulha para aspiração da medicação 25 x 7, 25 x 8 ou 40 x 12;
- Garrote;
- Medicamento prescrito;
- Um par de luvas de procedimento;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%;
- Fita adesiva (esparadrapo, tegaderm, micropore) para fixação;
- Saco de lixo.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Medicação Endovenosa (EV)
- Ler a prescrição médica;^a
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Preparar o material para o procedimento, colocando em uma bandeja;
- Selecionar corretamente o medicamento;^b
- Preparar a medicação;
- Utilizar a agulha adequada para preparar a medicação.
- Fazer a desinfecção da ampola/frasco-ampola com algodão umedecido com álcool 70%.^c

Figura 1: Desinfecção da ampola



Fonte: POTTER; PERRY, 2017

OBSERVAÇÕES

- a. O que deve conter: o nome do paciente, nº do leito, nome do medicamento, dose, via de administração, horário da administração.
- b. Conferir o nome do medicamento, dose, forma farmacêutica, via e prazo de validade.
- c. Nos casos de frasco-ampola, retirar a proteção metálica e, após, fazer a desinfecção.

- Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la a agulha para aspiração do medicamento, observando a técnica asséptica, protegendo-a em sua embalagem original;
- Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão, pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante;
- Retirar o protetor da agulha e mantê-lo dentro de sua embalagem original sobre o balcão de preparo do medicamento ou dentro da bandeja;
Aspirar o medicamento segurando a ampola ou frasco-ampola com os dedos indicador e médio da mão não dominante, segurar a seringa com os dedos polegar e anular da mão não dominante e com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante, tracionar a extremidade do êmbolo sem contaminar sua extensão, aspirando o medicamento;
- Reencapar passivamente a agulha, colocando a ponta da agulha na entrada da tampa até cobri-la completamente;
- Colocar a seringa na posição vertical e retirar o ar;
- Conecte a seringa ao scalp, retire o ar preenchendo o sistema com a solução;
- Fixar o rótulo de identificação do medicamento na seringa;^d
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Calçar as luvas;
- Selecionar a veia de grande calibre para punção e garrotear o braço do paciente;
- Realizar antisepsia do local escolhido, com algodão embebido em álcool a 70% passando no local no sentido distal-proximal;

Figura 2: Antissepsia do local



Fonte: Imagem extraída do site AS.SOL, 2020

- Fixar a veia que será puncionada com o polegar da mão não-dominante;
- Posicionar o scalp com o bisel da agulha voltado para cima e proceder a punção venosa;

- d. Identificação do rótulo: nome do cliente, número do leito, nome do medicamento, dose, via, horário;

Figura 3: Puncionando a veia



Fonte: Imagem extraída do site Maconequi, 2020

- Após perceber o retorno sanguíneo no dispositivo, scalp, soltar o garrote;
- Administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas;
- Retirar o scalp e pressionar o algodão seco no local da punção;
- Não reencapar a agulha;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Deixar a unidade organizada;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;^e
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Fazer as anotações no prontuário do paciente.

• **Venoclise**

- Ler a prescrição médica;^a
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Preparar o material para o procedimento, colocando em uma bandeja;
- Abrir solução prescrita (soro), fazendo assepsia do gargalo com algodão embebido em álcool 70%;
- Abrir o equipo;
- Conectar o equipo à solução;
- Tirar o ar do equipo, preenchendo o sistema com a solução;
- Conectar o extensor ao equipo e retirar o ar;
- Identificar a solução com rótulo de soro preparado com nome do paciente, leito, enfermaria, solução, fase, medicamento (se houver) e assinatura;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Posicionar solução no suporte de soro;

- e. Não reencapar a agulha, após a administração no paciente, desprezando os perfurocortantes no descartex.

- Calçar as luvas;
- Visualizar e palpar a veia de grande calibre para punção;
- Garrotear o braço do paciente;
- Realizar antisepsia do local escolhido, com algodão embebido em álcool a 70%, passando no local no sentido distal-proximal;
- Fixar a veia que será puncionada com o polegar da mão não-dominante;
- Posicionar o jelco com o bisel da agulha voltado para cima e proceder à punção venosa;

Figura 4: Jelco



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020.

- Após perceber a presença de sangue no canhão da agulha guia, introduza o jelco retirando agulha guia cuidadosamente, fazendo pressão com o dedo indicador da mão não dominante no jelco posicionado no interior do vaso, para evitar saída de sangue;

Figura 5: Jelco



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020.

- Conecte o extensor ao canhão do jelco;
- Solte o garrote;
- Fixe o dispositivo com o esparadrapo, tegaderm³ ou micropore;^f

Figura 6: Tegaderm



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020.

f. Tegaderm e esparadrapo.

Figura 7: Acesso fixado com tegaderme



Fonte: Imagem extraída do site Medicina salud pública, 2020.

Figura 8: Controle o gotejamento da venóclise



Fonte: Imagem extraída do site AS.SOL, 2020.

- Deixar o paciente em posição confortável;
- Deixar a unidade organizada;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Fazer as anotações no prontuário do paciente.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Responsabilidades dos executantes;
- Realizar higienização das mãos antes e após a administração da medicação (Ver POP de higienização das mãos);
- Não administrar medicamentos preparados por outra pessoa.

7. RECOMENDAÇÕES

• Cálculo do medicamento:

$$\text{Macrogotas: } NG = \frac{v}{3 \times T}$$

$$\text{Microgotas: } NmG = \frac{v}{T}$$

Legenda: NG: número de gotas, NmG: número de microgotas, V: volume em ml, 3: constante

- Não puncionar em membros com cateterismo, insuficiência venosa e mastectomia;
- Um novo cateter periférico deve ser utilizado a cada tentativa de punção no mesmo paciente;
- Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total;
- Paciente com acesso venoso, verificar permeabilidade do acesso e administrar lentamente a medicação;
- Nunca ultrapassar a dose prescrita;
- Certifica-se dos nove “certos”: medicamento certo, validade certa, forma farmacêutica certa, via

- certa, dose certa, hora certa, paciente certo, monitoramento certo, registro certo;
- Checar somente após administração do medicamento;
 - Caso não seja administrado o medicamento, justificar no relatório de enfermagem;
 - Rotineiramente o cateter periférico não deve ser trocado em um período inferior a 96 h.

8. REFERÊNCIAS

AS.SOL, **Antissepsia do local punccionado**. Disponível em <https://sa.sol-m.com/noticias/4-dicas-para-voce-enfermeira-visualizar-veia-dos-pacientes/>. Acesso em: 10 Jul 2020.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária** – Brasília: Anvisa, 2017.

JALEKO, VENOCLISE. Disponível em <https://blog.jaleko.com.br/roteiros-praticos-acesso-venoso-periferico/>. Acesso em: 11 Jul 2020.

POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

TIMBY BARBARA K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MACONEQUI, Punção venosa com escalpe. Disponível em: <https://blog.maconequi.com.br/scalps-tamanhos-cores-indicacoes/> . Acesso em: 12 Jul 2020.

Medicina salud pública, acesso com fixação. Disponível em: <https://medicinaysaludpublica.com/el-cateter-venoso-es-menos-doloroso-que-la-extraccion-de-sangre-arterial/>. Acesso em: 12 Jul 2020.

NETTINA, S. B. **Prática de Enfermagem**. 7 ed. Rio: Guanabara Koogan, 2007

ROQUE, K.;E, MELO, E.C.P. Avaliação dos eventos adversos a medicamento. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 121- 127, jan/mar 2012.

SANTOS, V. C.; et al. **Técnicas Básicas de enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2009.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
		<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</p>		
<p>SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 024	VERSÃO Nº 2	pag. 135 a 138	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II				
Título: Verificação da Glicemia Capilar				
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ana Paula Marques Andrade de Souza Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Valdiléia Ferreira Torres da Silva			
Setor:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

A glicemia capilar é um exame sanguíneo que oferece resultado imediato acerca da concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital. É recomendada como parte fundamental no tratamento do diabetes. A automonitorização glicêmica permite tal controle a partir de uma gota de sangue capilar, facilitando a vigilância da glicemia e o controle da doença de forma independente (TIECHER; NASCIMENTO, 2014).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de glicemia capilar;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcione ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Controlar a glicemia de portadores de diabetes, usuários de insulina e de nutrição parenteral ou outras terapêuticas que interfiram no metabolismo da glicose no organismo; Avaliar possíveis causas de lipotimia, desmaios e convulsões (estados de hipo e hiperglicemia podem provocar tais situações).

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Luva de procedimento (1 par);
- Glicosímetro;
- Glicofita para glicosímetro;
- Lanceta;
- Álcool a 70%;
- Algodão;
- Caderneta para anotação.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Realizar a higienização das mãos;
- Certificar-se se a fita reagente está na validade;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Realizar a higienização das mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Ligar o aparelho e posicionar a fita e o glicosímetro de modo a facilitar a deposição da gota de sangue no local adequado;
- Segurar a lanceta sem tampa e fazer uma leve pressão na falange distal do dedo escolhido, de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
- Deixar a mão um pouco para baixo ou massagear suavemente o dedo para aumentar o aporte sanguíneo;
- Dar preferência aos dedos mínimos e anelares no momento da punção, selecionando sempre a área da região lateral da falange distal, para que o paciente tenha uma menor percepção da dor;
- É importante também realizar o rodízio dos dedos, diminuindo o risco de infecção e de fibrose;
- Com a outra mão, limpar a área com algodão umedecido em álcool 70% e esperar secar naturalmente;^a
- Lancetar o dedo, preferencialmente na lateral da polpa digital do dedo, onde a dor é minimizada e obter uma gota suficiente para preencher o campo reagente;

Figura 1: Local indicado para fazer a punção da gota de sangue



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020

OBSERVAÇÕES

- a. Essa atitude impede a punção do dedo ainda umedecido com álcool, o que poderia ocasionar em erro de leitura pela fita ou valores incorretos de glicemia.

Figura 2: Preenchimento da fita reagente com a gota de sangue



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020

- Pressionar o local da punção com algodão seco, enquanto aguarda o tempo necessário para o resultado do exame;
- Informar o resultado obtido ao paciente;
- Guardar o glicosímetro, desprezar a fita reagente e a lanceta no deskarpac;
- Retirar as luvas;
- Fazer a desinfecção do glicosímetro com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Registrar o valor obtido.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Realizar o procedimento conforme descrito;
- O paciente deve estar na posição correta para a realização da glicemia capilar;
- Nunca se esquecer de calibrar o aparelho a cada trocar de lote de fitas reagentes.

7. RECOMENDAÇÕES

- Resultados abaixo de 60 mg/dl são considerados hipoglicemia; e acima de 140 mg/dl, após 2 horas das refeições, são considerados hiperglicemias. Tais resultados, em geral, estarão acompanhados por sintomatologia característica e, caso isso não esteja ocorrendo, deve-se suspeitar de erro na leitura do teste. Repetir o procedimento, a fim de garantir a veracidade do resultado obtido;
- Clientes que fazem glicemia capilar quando internados, em geral, possuem esquema de insulino terapia que deve ser implantado, caso haja alterações significativas nos resultados obtidos.
- **Os resultados considerados normais:**
 - Glicemias em jejum entre 70 a 130 mg/dl
 - Glicemias pré-prandiais até 140 mg/dl
 - Glicemias pós-prandiais até 180 mg/dl
 - Reconhecer sinais e sintomas de hipoglicemia que diferenciam de indivíduo para indivíduo (em geral apresenta sudorese intensa, pele fria e pegajosa).
 - Taxas abaixo de 60 mg/dl são perigosas, podem levar ao coma ou até a morte quando prolongada, mais rapidamente que em estados de hiperglicemia;
 - Clientes com baixa perfusão capilar podem necessitar de estratégias de cuidados para melhorar a perfusão e melhorar a amostra necessária, como: aquecer a mão do cliente, posicioná-la abaixo região mamária, que corresponde a área cardíaca, pedir para esfregar as mãos também auxilia no aumento do fluxo do local;

- Observar a validade das fitas reagentes e conservação;
- Observar que a maioria dos aparelhos tem um sistema de calibragem a cada troca de lote de fita; Aproveitar o momento da verificação da glicemia para treinar o indivíduo a automonitorização (quando da indicação);
- Erro na leitura por insuficiente quantidade de sangue, mais de uma punção até se conseguir a amostra necessária, são situações comuns, em geral ocasionadas pelo medo que o profissional tem de machucar o cliente. Lembrar-se de que repetidas punções superficiais doem mais que uma única punção realizada adequadamente e, em decorrência da dor, fazem com que o cliente fique resistente ao cuidado e pouco cooperativo, além de ser estressante, podendo alterar o resultado;
- Fazer rodízio dos locais a serem puncionados;
- Não reencapar lancetas, para evitar acidentes;
- Nas emergências em diabetes, é fundamental a realização da glicemia venosa e, posteriormente, intercalar com a glicemia capilar, monitorando o resultado com o tratamento;
- Em pacientes com precaução de contato, o glicosímetro deverá estar protegido;
- Novas tecnologias estão sendo utilizadas para realizar a leitura da glicose, sendo realizada a leitura da glicose do interstício, que tem uma velocidade maior ou menor que a do capilar. Portanto, tais leituras são utilizadas para mostrar uma “tendência” de elevação ou queda da glicemia.

8. REFERÊNCIAS

CERQUEIRA, G. S.; FREITAS, A.P.F.; MENESES, L. B. A. **Glicemia capilar e seu controle**. In: MENESES, L.B.A.; et al. Um novo olhar sobre a administração de medicamentos. João Pessoa: Editora da UFPB, 2011.

OLIVEIRA, J. E. P. de; VENCIO, S. (org.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

SILVA, L.P.T.; SILVA, M.T. **Manual de procedimento para estágio em enfermagem**. São Paulo: Martinare, 2014.

TIECHER CV, NASCIMENTO MAB. Controle glicêmico de diabéticos tipo I com contagem de carboidratos: uma revisão da literatura. **Com. Ciências Saúde**. v.25, n.2, 2014. p.149-156. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/Controle_glicemico_de_diabeticos_tipo.pdf>

UNIVERSIDADE Federal do Rio de Janeiro. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (divisão de enfermagem), 2012. Verificação de Glicemia Capilar. Disponível em: <<file:///C:/Users/George/Downloads/pop%20n9-%20%20verificacao%20de%20glicemia%20capilar.pdf>>

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>	
		<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>	
		Data da criação	06/04/2016
		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 025	VERSÃO Nº 2	pag. 139 a 146	Data da próxima revisão 14/03/2021
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II			
Título: Insulinoterapia			
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ana Paula Marques Andrade de Souza Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Valdiléia Ferreira Torres da Silva		
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

A estratégia da insulinização se baseia em mimetizar ao máximo a secreção fisiológica do hormônio insulina e, para tanto, podem ser empregados vários esquemas com diferentes combinações entre os tipos de insulinas. Devido à natureza progressiva da doença, é provável que a maioria dos pacientes com DM2 necessite de insulina durante o tratamento, e não somente os DM1 (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

Tipos de Insulinas

Existem hoje vários tipos de insulina disponíveis para o tratamento de diabetes e elas se diferenciam pelo tempo em que ficam ativas no corpo, pelo tempo que levam para começar a agir e de acordo com a situação do dia em que elas são mais eficientes. A insulina humana (NPH e Regular) utilizada no tratamento de diabetes, atualmente, é desenvolvida em laboratório, a partir da tecnologia de DNA recombinante. A insulina chamada de 'regular' é idêntica à humana na sua estrutura. Já a NPH é associada a duas substâncias (protamina e o zinco) que promovem um efeito mais prolongado.

As insulinas mais modernas, chamadas de análogas (ou análogos de insulina), são produzidas

a partir da humana e modificadas de modo a terem ação mais curta curta (Lispro (Humalog®), Aspart (NovoRapid®) ou Glulisina (Apidra®)) ou ação mais prolongada (Glargina (Lantus®), Detemir (Levemir®) e Degludeca (Tresiba®). As insulinas também podem ser apresentadas na forma de pré-misturas. Há vários tipos de pré-misturas: insulina NPH + insulina Regular, na proporção de 70/30, análogos de ação prolongada + análogos de ação rápida (Humalog® Mix 25 e 50, Novomix®30).

As insulinas podem vir em frascos e canetas. Os frascos são de 10 ml (para uso com seringas de insulina) e o refis, são de 3 ml (usados em canetas de aplicação de insulina), assim como, podem vir em canetas de aplicação descartáveis. Outra forma de administração de insulina é a bomba de insulina (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

2. OBJETIVO

- Ministar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de insulino terapia;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Habilitar o acadêmico de enfermagem ao reconhecimento, preparo e administração dos diversos esquemas de insulino terapia;
- Habilitar acadêmicos de enfermagem a desenvolver a capacidade de avaliar pacientes portadores de diabetes e seus esquemas de tratamento com insulinas.

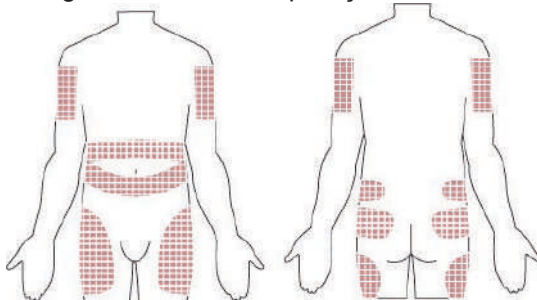
4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica – medicação prescrita;
- Bandeja identificada, individual para cada paciente;
- Fita de identificação (5 certos);
- Seringa de 1 ml ou 3 ml com agulha 13 x 4,5 ou 13 x 3,8 ou canetas de insulina;
- Agulha para aspiração da medicação 40 x 12 ou 25 x 7 ou 25 x 8;
- Um par de luvas de procedimento;
- Bola de algodão umedecida com álcool a 70%;
- Saco de lixo.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Antes de iniciar a administração da insulina, deve-se inspecionar os locais recomendados para aplicação, observando a integridade da pele e possíveis áreas de lipodistrofia, ocasionadas pela aplicação da insulina sempre no mesmo local;

Figura 1: Locais de aplicação de insulina



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020

OBSERVAÇÕES

- O acadêmico de enfermagem deverá reconhecer quais as características da insulina que irá administrar. Insulina NPH (intermediária) tem aspecto leitoso, o que a diferencia das demais insulinas de ação rápida, curta e prolongada, que são transparentes.
- A prega só é recomendada para agulhas com comprimento a partir de 6mm. Agulhas de canetas com comprimento de 4mm e 5 mm.

- As melhores regiões para aplicação de insulina são: região braquial posterior (ponto de referência – músculo tríceps braquial) a região abdominal (distanciando-se cerca de cinco centímetros da cicatriz umbilical), região femoral anterior e lateral (pontos de referência – reto femoral e vasto lateral) e quadrante superior externo da região glútea;

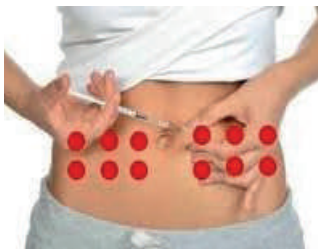
Figura 2: Áreas de lipodistrofia



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020

- É necessário realizar o rodízio das áreas de aplicação de insulina, pois, do contrário, pode-se causar lipodistrofia, o que acarretará em prejuízo na absorção da insulina e consequente hiperglicemia. Recomenda-se utilizar a região escolhida para aplicação por um período de sete dias, distanciando cerca de dois dedos entre o local da última aplicação.

Figura 3: Distanciamento entre os locais de aplicação

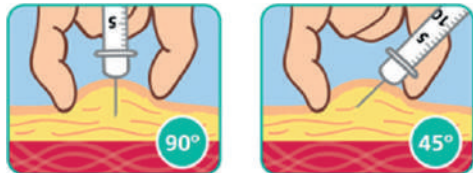


FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020.

- As insulinas são classificadas por taxa de atividade, ou seja, rápida, curta, intermediária e de ação prolongada, tendo cada tipo um tempo inicial de ação, um pico e um período de duração diferentes;
- Alguns tipos de insulinas vêm em solução pré-misturadas (ex: insulina 70/30, que correspondem respectivamente a 70% de insulina NPH e 30% de insulina Regular);
- A insulina deve ser conservada em temperaturas entre

- 2° a 8° C, porém, após abertas, poderão ficar em temperatura ambiente que não exceda 30° C, em locais ventilados e longe da exposição ao sol e fontes de calor, por um período de, no máximo, 30 dias;
- As insulinas são administradas pela via subcutânea, o que torna a absorção do medicamento mais lenta;
- Os ângulos de aplicação de insulina são de 90°, podendo ser de 45° em indivíduos magros;

Figura 4: Ângulos de aplicação de insulina



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020

- Antes de realizar a aplicação de insulina, deve-se realizar a monitorização glicêmica do paciente, uma vez que pode ser necessário realizar o ajuste da dose para correção de possíveis hiperglicemias;
- As seringas para administração de insulina podem ser graduadas em 100 UI, 50 UI e 30 UI, sendo na graduação da escala das seringas de 100 UI de duas em duas unidades de insulina, e nas de 50 UI e 30 UI graduação de uma em uma unidade de insulina;

Figura 5: Graduação das seringas de insulina

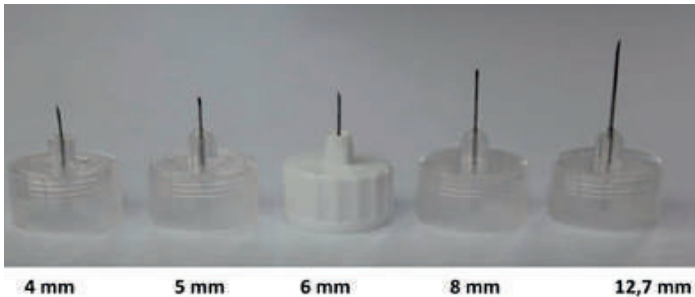


FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020

- No caso da administração de mais de um tipo de insulina na mesma aplicação, não poderão ser utilizadas seringas com agulhas desacopladas, pois no “espaço morto” poderá restar cerca de 2 a 10 UI, o que ocasionará erro de dose;
- Após o preparo da dose prescrita, qualquer bolha de ar deve ser removida antes da aplicação, pois o espaço ocupado pela bolha poderá acarretar erro de dose;
- Diversos estudos comprovaram que a espessura da

pele é semelhante entre todas as pessoas adultas, independentemente da idade, sexo, raça, tipo físico ou IMC (Índice de Massa Corpórea). A espessura da pele, em média, tem de 1,9 mm a 2,4 mm nos locais de injeção. Portanto, todas as pessoas podem utilizar as agulhas curtas com 4mm, 5mm e 6mm de comprimento, já que a pele raramente ultrapassa 3 mm de espessura. Para seringas, o menor tamanho de de agulha é de 6 mm, já para canetas existem agulhas de 4 mm, 5 mm, 6 mm, 8 mm e 12,7 mm;

Figura 6: Tamanhos de agulhas para canetas de insulina



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020.

- **Preparo e aplicação de insulina**

Preparo de apenas um tipo de insulina para aplicação

- Lave e seque bem as mãos, seguindo a técnica de lavagem simples das mãos;
- Separe a seringa, o álcool 70% e a insulina ou caneta de insulina;
- Role o frasco de insulina de aspecto leitoso (NPH), levemente entre as mãos, por, no mínimo 20 vezes, para garantir ação correta da insulina;

Figura 7: Homogeneização de insulina NPH ou pré- mistura



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020.

- Limpe a tampa de borracha do frasco com o álcool 70%. Espere secar para introduzir a agulha;
- Mantenha a agulha com o protetor. Puxe o êmbolo lentamente para aspirar o ar, até a quantidade de insulina prescrita;

- Mantenha o frasco de insulina apoiado em uma mesa ou balcão;
- Retire o protetor da agulha, introduza a agulha no frasco em um ângulo de 90° (reto) e injete o ar, pressionando o êmbolo e não retire a agulha;
- Vire o frasco, aspire a quantidade de insulina prescrita;
- Verifique se há bolhas de ar na seringa. Se houver, elimine-as batendo levemente com o dedo na parte onde elas se encontram, pois onde há bolha não há insulina;
- Inverta o frasco de insulina e retire a agulha;
- Se a aplicação não for imediata, recoloque o protetor da agulha para prevenir contaminação.

Preparo com dois tipos de insulinas

- A seringa com agulha fixa é a única opção para realizar este procedimento com precisão.
- Lave e seque bem as mãos, seguindo a técnica de lavagem simples das mãos;
- Separe a seringa, o álcool 70% e as insulinas;
- Role o frasco de insulina de aspecto leitoso (NPH), levemente entre as mãos, por no mínimo 20 vezes, para garantir ação correta da insulina;
- Limpe as tampas de borracha dos dois frascos com o álcool 70% e espere secar;
- Manter a agulha com o protetor. Puxe o êmbolo para aspirar ar lentamente, até a quantidade de insulina NPH prescrita;
- Retire o protetor da agulha, introduza a agulha no frasco em um ângulo de 90° (reto) e injete o ar, pressionando o êmbolo;
- Utilize a mesma seringa e puxe o êmbolo até a marca da escala que indica a quantidade de insulina Rápida (R) ou Ultra Rápida (UR) prescrita;
- Introduza a agulha no frasco em um ângulo de 90° (reto), injete o ar e não retire a agulha;
- Vire o frasco e puxe o êmbolo lentamente e aspire quantidade de insulina R ou UR prescrita;
- Retorne o frasco para a posição inicial e retire a agulha lentamente;
- Introduza a agulha em um ângulo de 90° (reto), segurando no corpo da seringa no frasco da insulina NPH. Vire o frasco de insulina NPH de cabeça para baixo.
- Aspire lentamente a insulina NPH prescrita. O total preparado deve corresponder à soma das doses das insulinas NPH e R ou UR prescritas;
- Retorne o frasco para a posição inicial e retire a agulha lentamente;
- Se a aplicação não for imediata, recoloque o protetor da agulha para prevenir contaminação;

- Em caso de erro, em qualquer momento do preparo, despreze tudo e recomece desde o início.

Aplicação da insulina com seringa

- Lave e seque bem as mãos, seguindo a técnica de lavagem simples das mãos;
- Calce a luva de procedimento;
- Passe o álcool 70% com um movimento único no local escolhido para a aplicação. Espere secar;
- Segure no corpo da seringa como se fosse um lápis, faça a prega subcutânea; Mantenha uma pequena distância do ponto de aplicação e introduza a agulha com um movimento rápido;
- Injete a insulina pressionando o êmbolo continuamente, aguarde no mínimo 5 segundos com a agulha no subcutâneo, para garantir que toda a insulina preparada seja aplicada;
- Retire a agulha com movimento único e solte a prega subcutânea;
- Caso ocorra sangramento, faça uma leve pressão no local por alguns segundos.
- Não massageie.

Aplicação da insulina com canetas apropriadas

- Lave e seque as mãos seguindo a técnica de lavagem simples das mãos;
- Separe a caneta com a insulina, a agulha para caneta e o álcool 70%;
- Deixe homogênea a insulina, de aspecto leitoso, movimentando levemente a caneta, por, no mínimo, 20 vezes, para garantir ação correta da insulina;^a
- Limpe com álcool 70% o local em que será acoplada a agulha e espere secar;
- Remova o lacre da agulha para acoplá-la na caneta;
- Rosqueie a agulha na caneta, em um ângulo reto;
- Selecione a dose prescrita na extremidade oposta da agulha, girando o dosador no sentido horário até a dosagem prescrita;^b
- Retire os protetores externo e interno da agulha;
- Passe o álcool 70% com um movimento único no local escolhido para a aplicação e espere secar;
- Faça a prega subcutânea, se indicado;
- Introduza a agulha, injete a insulina e aguarde, no mínimo, 10 segundos com a agulha no subcutâneo para que toda insulina registrada seja injetada;
- Após a aplicação, colocar algodão seco no local, sem massagear;
- Remova imediatamente a agulha da caneta, utilizando protetor externo da agulha.

a. Não haverá necessidade de homogeneização caso a insulina seja transparente.

b. Caso ultrapasse a dose prescrita, volte o dosador em sentido oposto, regulando até a dose recomendada.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Realizar a técnica conforme descrito;
- O paciente deve estar na posição correta para administração da insulina;
- Seguir todos os passos da técnica, evitando erros.

8. REFERÊNCIAS

EGÍDIO, et al. **DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017.

BD. Manual Prático: **Preparo e aplicação de insulina sem mistério**. São Paulo, 2013. <http://cms.bd.com/resource.aspx?IDX=28999>

DIÓGENES, M. A. R. et al. Insulinoterapia: conhecimento e práticas dos diabéticos. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 20, p. 746-51, dez. 2012.

WEINERT, L.S. et al. Tratamento do diabetes melito tipo 2. **Rev HCPA**. v.30, n.4, 2010.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 026	VERSÃO Nº 2	pag. 147 a 155	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II				
Título: Curativos				
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ana Paula Marques Andrade de Souza Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Valdiléia Ferreira Torres da Silva			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

O curativo é um procedimento de cuidado de uma ferida ou lesão da pele, através da sua limpeza rigorosa e de posterior cobertura com material terapêutico e de proteção, o qual é aplicado diretamente sobre a ferida, sem traumatizá-la (GEOVANINI, 2014).

2. OBJETIVO

- Ministrando aspectos teóricos e demonstrando procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de curativo;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Contribuir para a cicatrização das feridas;
- Absorver exsudatos;

- Diminuir os fatores desfavoráveis que retardam a cicatrização;
- Reduzir a incidência de infecções cruzadas;
- Promover proteção e conforto;
- Remover corpos estranhos e quaisquer objetos e partículas que liberem toxinas que possam contaminar a ferida;
- Proteger a ferida contra contaminação e infecções;
- Preencher espaços mortos e evitar a formação de hematomas;
- Fazer desbridamento e remover tecidos desvitalizados. Parecer do COREN-SP CAT N°013/2009;
- Manter a umidade da superfície da ferida;
- Diminuir a intensidade da dor;
- Dar conforto psicológico.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **Material Básico Para Realização do Curativo:**
 - Pacote de curativo estéril (com 02ou03 pinças);
 - Luvas estéreis;
 - Luvas de procedimento;
 - Pacotes de gazes esterilizadas;
 - Solução de limpeza (SF a 0,9%);
 - Esparadrapo;
 - Saco de lixo.
- **Itens Extras Para Realização Do Curativo:**
 - Dispositivos para irrigação: Seringa 20 ml, agulha 40x12;
 - Impermeável;
 - Compressas;
 - Ataduras/Faixas ou bandagens;
 - Bacias;
 - Cuba rim;
 - Cúpula redonda;
 - Medicação tópica (se prescrito);
 - Coberturas específicas.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;^a
- Explicar o procedimento ao paciente;^b
- Obter informações sobre o tratamento e a localização da ferida;^c
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Reunir o material necessário;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Levar o material até o paciente, colocar a bandeja na mesa de cabeceira;
- Descobrir o paciente o mínimo possível;^d
- Forre a cama com o impermeável;^e
- Posicionar o saco de lixo na lateral do leito, deixando-o distante do pacote de curativo;
- Abrir o campo estéril envolto na cuba rim, com técnica

OBSERVAÇÕES

- Examinar os registros sobre as últimas avaliações da ferida, usando-as para comparação da nova avaliação. Rever ainda o registro para determinar a etiologia da ferida;
- a. Reduzir a transmissão de microrganismos.
- b. Diminuir a ansiedade.
- c. Ajuda a planejar o tipo apropriado e a quantidade de

Figura 1: Curativo com Irrigação (3 Pinças)



Fonte: Notas para enfermagem, 2010

- asséptica e colocá-lo sob o local do curativo;
- Posicionar o paciente confortavelmente para permitir o fluxo gravitacional da solução de limpeza sobre a ferida e dentro do utensílio (ex. cuba rim) destinado a sua coleta;^f
- Com técnica asséptica abrir o pacote de curativo;
- Abrir as embalagens de gaze, seringa (20 ml), agulha (40x12), colocando-as no espaço livre do campo. Não tocar o campo estéril;
- Com técnica asséptica, retirar o campo estéril que está envolto na cúpula redonda, colocá-la no espaço livre do campo;
- Abrir solução tópica^g, desprezar o primeiro jato e deixá-la aberta na extremidade da bandeja; abrir o soro e deixá-lo aberto;
- Calçar uma luva estéril na mão dominante;
- Com a mão enluvada organizar o campo estéril;
- Com a mão sem luva pegar o soro e colocar na cúpula redonda sem tocar no campo estéril;
- Com a mão enluvada separar gazes que estão no campo. Com a mão sem luva, pegar a solução tópica e dispor o conteúdo sobre as gazes;
- Calçar a outra luva estéril;
- Dispor as pinças com cabos voltados para as bordas do campo e as pontas voltadas para o centro do campo;
- Com a pinça Kocher e dissecação, fazer uma toronta (chumaço) de gaze prendendo-a com a Kocher. Embebê-la com SF a 0,9%;
- Desprender a(s) fita(s) adesiva(s) com esta toronta^h e com o auxílio da pinça dissecação;
- Desprezar a toronta e o curativo sujoⁱ no saco de lixo e a pinça dissecação na cuba rim;
- Aspire com a seringa 20 ml de SF a 0,9% e instile-a dentro da ferida, sem tocá-la diretamente;
- Manter a ponta da agulha ou cateter 2 cm acima da extremidade superior da ferida e sobre a área da limpeza;^j
- Usando uma pressão contínua, irrigar a ferida. Repita os passos anteriores, até que a drenagem da solução para a cuba rim esteja clara;^k

materiais necessários.

- d. Minimiza a exposição desnecessária.
- e. Reduzir o potencial de saturação da roupa de cama.
- f. Dependendo do local da lesão, não é possível posicionar a cuba rim abaixo da ferida. Nesses casos, utilizar compressas próximas à ferida para absorver a solução de limpeza.
- g. Caso esteja prescrita.
- h. Trocar as gazes quantas vezes for necessário.
- i. Avaliar no curativo sujo; características do exsudato: qualidade (cor, consistente), a presença de odor e quantidade. Avaliar na ferida: tipo de tecido, incluindo tecido de granulação, esfacelos, e tecido necrótico; características do exsudato: quantidade, cor, consistência e odor; inspecionar a pele ao redor da ferida: cor, textura, temperatura e descrição da integridade.
- j. Previne a contaminação da seringa. A colocação cuidadosa da seringa garante a pressão do fluxo da solução.
- k. A solução clara indica que você removeu todos os resíduos.

- Pegar a pinça Kellye, com o auxílio da pinça Kocher (não encostar uma pinça na outra), fazer nova toronta de gaze, embebê-la com soro fisiológico e fazer a limpeza na outra), fazer nova toronta de gaze, embebê-la com soro fisiológico e fazer a limpeza na área próxima à ferida (menos contaminada “bordas”) e, posteriormente, na ferida (mais contaminada);
 - Em seguida secar toda área com torontas secas, seguindo as orientações e princípios do item anterior;^l
 - Com as pinças pegar as gazes que estão sob o campo com a solução tópica e colocá-las sobre a ferida;
 - Cobri-las com gazes secas;
 - Dispensar as pinças na cuba rim;
 - Fixar o novo curativo com esparadrapo, evitando tracionar a pele;
 - Datar e assinar no esparadrapo;
 - Retirar cuba rim e impermeável;
 - Fechar sacos de lixo, recolher todo o material, desprezar no lixo hospitalar;
 - Cobrir o paciente;
 - Encaminhar materiais para a CME conforme rotina;
 - Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
 - Registrar o procedimento no prontuário do paciente.
- **Curativo Simples (2 Pinças)**
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;^a
 - Explicar o procedimento ao paciente;^b
 - Obtenha informações sobre o tratamento e a localização da ferida;^c
 - Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
 - Reunir o material necessário;
 - Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
 - Levar o material até o paciente, colocar a bandeja na mesa de cabeceira;
 - Descobrir o paciente o mínimo possível; d
 - Abra o saco de lixo;^f
 - Com técnica asséptica, abrir o pacote de curativo;
 - Abrir as embalagens de gaze colocando-as no espaço livre do campo. Não tocar o campo estéril,
 - Calçar luvas de procedimento;
 - Abrir outra embalagem de gaze, fazer uma toronta (chumaço) e embebê-la com SF a 0,9%;
 - Desprender a(s) fita(s) adesiva(s) com esta toronta;^h
 - Retirar o curativo sujo com as mãos enluvadas;
 - Desprezar o curativo sujo juntamente com as luvas no saco de lixo;

- I. Ao secar a ferida, retirar apenas o excesso de SF; deixar a ferida úmida.

- Calçar luvas estéreis;
- Proceder a técnica com as duas pinças;
- Pegar a pinça Kelly e, com o auxílio da pinça dissecação (não encostar uma pinça na outra).
- Fazer nova toronta^h de gaze, embebê-la com soro fisiológico e fazer a limpeza da área sempre do menos contaminado para o mais contaminado, utilizar quantas torontas forem necessárias e evitar movimentos desnecessários;
- Em feridas operatórias, deve-se iniciar a antisepsia na ferida (menos contaminada), e posteriormente área próxima a ferida (mais contaminada “bordas”);
- Em seguida, secar toda área com torontas secas, seguindo as orientações e princípios do item anterior;
- Deixar a ferida operatória aberta;
- Cobrir o paciente;
- Fechar sacos de lixo, recolher todo o material, desprezar no lixo hospitalar;
- Encaminhar materiais para a CME conforme rotina;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

Figura 2: Técnica de Curativo para Ferida Operatória



Fonte: Notas para enfermagem, 2010

- Realizar o procedimento conforme técnica de curativo simples;
- Iniciar o curativo pela ferida mais limpa quando o cliente apresentar múltiplas lesões;
- Monitorar o débito do dreno nas primeiras 24 horas da cirurgia, nos casos em que o paciente fizer uso dos mesmos;
- Avaliar a ferida operatória atentando para os sinais de infecção de sítio cirúrgico, principalmente a presença de febre;^m
- Manter curativo seco e oclusivo por até 24/48 horas;ⁿ
- Observar presença de dor, hematoma, hipotensão, taquicardia e febre.

m. Observar presença de complicações associadas a cicatrização de feridas, como: sangramentos, deiscência, evisceração, infecções e formação de fístulas.

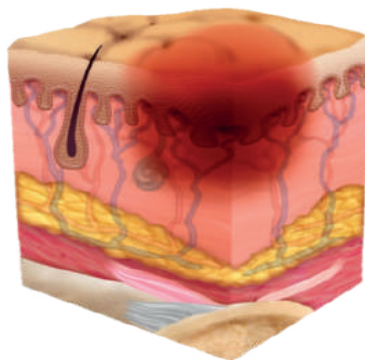
n. Não há nenhuma recomendação específica quanto a manter o curativo oclusivo por mais de 48 horas quando do fechamento primário, nem do tempo de se banhar ou molhar a ferida sem a cobertura do curativo, podendo ser utilizado curativo simples com gaze seca.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

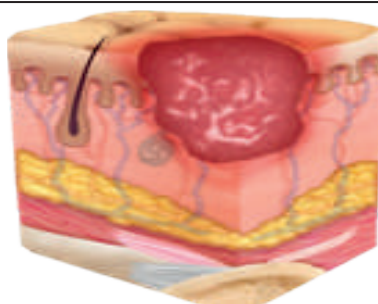
- Avaliar a ferida corretamente;
- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme descrito;
- Realizar o procedimento conforme a técnica.

7. RECOMENDAÇÕES

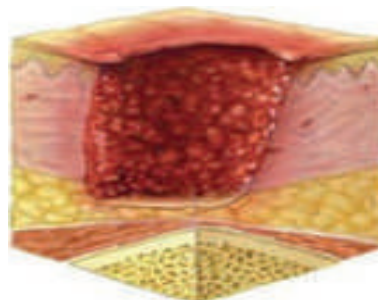
- O Parecer do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, CAT N°013/2009, dispõe sobre a realização de desbridamento pelo enfermeiro e estabelece “Considerando-se os conhecimentos científicos e técnicos adquiridos durante respectivo processo de formação profissional, o enfermeiro poderá assumir o procedimento de desbridamento de lesões, exclusivamente dentro da equipe de enfermagem, seja ele mecânico, enzimático, autolítico e instrumental conservador, cuja situação de necessidade de intervenção cirúrgica esteja descaracterizada. É importante lembrar que, em caso de desbridamento com a utilização de instrumentais cortantes, poderá ser feita a remoção de tecidos desvitalizados ao nível do subcutâneo, conforme protocolo da instituição. O Enfermeiro precisa estar plenamente consciente quanto aos atos praticados ou a serem assumidos, respeitando seus limites de competência e responsabilidade. Para tanto, é necessária a busca pelo aprimoramento e desenvolvimento de competências, por meio da realização de cursos de capacitação”.
 - O grau de comprometimento tecidual de uma ferida pode ser avaliado por meio do estadiamento da lesão. É um sistema que classifica as feridas a partir de uma avaliação, o que permite documentar e registrar a sua evolução de acordo com parâmetros preestabelecidos.
 - De acordo com a National Pressure Ulcer Advisory Panel, a Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.
- ◇ **Estadiamento das lesões de acordo com o comprometimento tecidual, com base na classificação do National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016:**
- » **Estágio I** – Pele íntegra com área de eritema que não embranquece; pode estar endurecida, dolorida e quente ao toque, quando comparada às áreas não comprometidas;



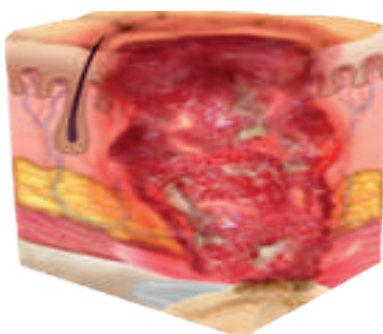
- » **Estágio II** – Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. Ulceração superficial ou cratera rasa com leito vermelho-rosado, sem esfacelo. Pode apresentar-se como abrasão ou bolha preenchida com exsudato seroso, intacta ou rompida;



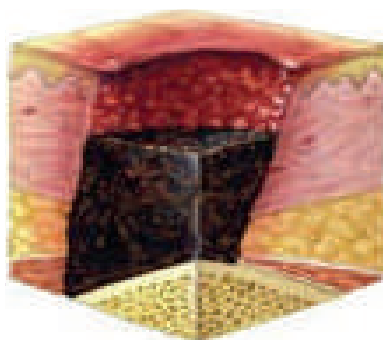
- » **Estágio III** – Perda total da espessura da pele envolvendo danos ou necrose do tecido subcutâneo, que podem se estender até a fáscia muscular subjacente, porém, sem ultrapassá-la.



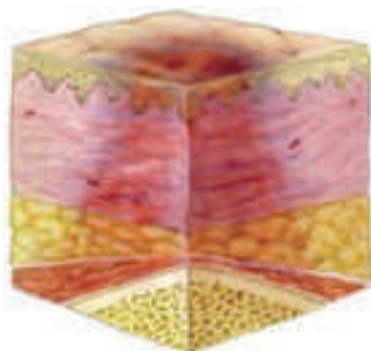
- » **Estágio IV** – Perda da espessura e tissular total da pele com destruição extensa da derme e da epiderme, necrose de tecidos e danos aos músculos, ossos ou estruturas de suporte, como cápsulas, tendões, articulações etc. As lesões podem ocorrer em cavernas, tunelizações ou caminhos sinuosos. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.



- » **Lesão por Pressão Não Classificável:** perda da pele em sua espessura e tissular total não visível. Perda da pele em sua espessura total e tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.



- » **Lesão por Pressão Tissular Profunda:** descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular.



◇ **Definições adicionais:**

- » **Lesão por Pressão ocasionada por dispositivo médico:** A lesão por pressão ocasionada por dispositivos médicos é resultado do uso de materiais criados e utilizados para diagnósticos e terapia. Geralmente essas lesões acompanham a forma do dispositivo que foi utilizado (NPUAP, 2016).
- » **Lesão por Pressão em Membranas Mucosas:** A lesão por pressão em membranas mucosas é desencadeada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local da lesão. Por condições anatómicas do tecido, não é possível classificá-la (NPUAP, 2016).

8. REFERÊNCIAS

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. São Paulo: Rideel, 2014.

Notas para enfermagem. 2010. Disponível em: <http://notasparaenfermagem.blogspot.com/2010/11/curativos.html> Acesso em: 12 jun 2020.

NPUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2016.


PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN M. K. **Procedimentos e intervenções de enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

ROMANZINI, A. E.; et al. Orientações de enfermagem aos pacientes sobre o autocuidado e os sinais em de infecção de sítio cirúrgico para a pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. *remE – Rev. Min. Enferm.*, v.14, n. 2, p. 239-243, abr./jun., 2010.

TIMBY BARBARA K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

XAVIER, A.T.; SILVA, P.C.V. Vigilância pós-alta em cirurgia geral: assistência de enfermagem sistematizada como ferramenta no controle de infecções. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 3, p. 606-15, mar., 2014.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer CAT nº 013/2009, de 21 de dezembro de 2009. Dispõe sobre a realização de desbridamento pelo Enfermeiro. São Paulo (SP), 21 dez. 2009. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2009_13.pdf.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 027	VERSÃO Nº 2	pag. 156 a 163	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II				
Título: Cateterismo Vesical				
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Eliane Cristina da Silva Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Smalyanna Sgren da Costa Andrade			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Eliane Cristina da Silva Smalyanna Sgren da Costa Andrade			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

Consiste na introdução de um cateter estéril com ou sem cuff na uretra, ou por via suprapúbica, até a bexiga, com o objetivo de drenar a urina, instilar medicação ou outros líquidos, tanto para fins diagnósticos como terapêuticos (CARMAGNANI, et al, 2012; KAWAMOTO; FORTES, 2011). Para Perry, Potter e Elkin (2013), é um procedimento invasivo que exige solicitação médica e técnica asséptica. O COFEN (2013) entende que o procedimento pode trazer riscos ao paciente no que condiz a infecções de trato urinário e/ou traumas uretral ou vesical.

Tipos de cateterismo:

- o **Cateterismo vesical intermitente ou de alívio:** drenagem da urina ocorre por meio de sistema

- aberto e o cateter é removido após a drenagem;
- o **Cateterismo vesical de demora:** drenagem da urina é realizada por meio de sistema fechado, cateter permanece por alguns dias (ERCOLE et al., 2013).

2. OBJETIVO

- o Ministar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de cateterismo vesical;
- o Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- o Promover drenagem da diurese nos pacientes com retenção urinária;
- o Manter vias urinárias pérvias em pacientes com risco ou com obstrução de vias urinária;
- o Possibilitar a eliminação da diurese em pacientes incontinentes, com lesões neurológicas, inconscientes, em pré ou pós-operatório de algumas cirurgias;
- o Monitorizar débito e características urinária;
- o Realizar irrigação vesical (com medicações ou outras soluções);
- o Coletar urina estéril para exames diagnósticos.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- o Biombo;
- o Material para higiene íntima de acordo com o POP de higiene íntima;
- **Bandeja contendo os seguintes materiais:**
 - o Kit de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, pinça Cheron, campo fenestrado e gazes);
 - o Luvas estéreis;
 - o Gaze estéril;
 - o Antisséptico (PVPI tópico ou clorexidina);
 - o Lubrificante hidrossolúvel estéril;
 - o Saco de lixo;
 - o Lanterna ou outro foco de luz adicional (opcional).
- **Cateterismo vesical de demora:**
 - o Sonda de Foley com duplo ou triplo lúmen com cuff;
 - o Bolsa de drenagem estéril (sistema coletor fechado);
 - o Uma seringa de 20 ml para insuflar o balão;
 - o Uma seringa de 10 ml para inserção do lubrificante hidrossolúvel (cateterismo vesical masculino);
 - o Água destilada para encher o cuff (de acordo com referência da sonda);
 - o Adesivo hipoalergênico.
- **Cateterismo vesical de alívio:**
 - o Sonda uretral de lúmen único sem cuff;
 - o Uma seringa de 10 ml para inserção do lubrificante hidrossolúvel (cateterismo vesical masculino)
 - o Recipiente graduado para coletar urina drenada.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição do procedimento;
- Realizar higienização simples das mãos;^a
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Reunir material;
- Promover a privacidade do cliente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto;^b
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente:^c
- Realizar higiene íntima do paciente;^d
- Cobrir o paciente com uma toalha ou lençol após realizar higiene íntima;
- Recolher o material utilizado na higiene íntima;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Realizar higienização das mãos;
- Abrir a embalagem externa do Kit de cateterismo com técnica asséptica e colocá-la sobre o leito, entre as pernas do cliente, já posicionado para o procedimento;^e
- Abrir o material estéril com técnica asséptica colocando-o sobre o campo:

Cateterismo vesical de alívio: cateter com lúmen único, gaze estéril; seringa para inserção do lubrificante (se masculino)

Cateterismo vesical de demora:^f cateter do tipo Foley com duplo ou triplo lúmen, seringa, gaze estéril, sistema coletor fechado (certifique-se que o clamp do coletor esteja fechado quando calçar a luva estéril);

Figura 1: cateter duplo lúmen



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020.

Figura 2: cateter triplo lúmen



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020.

OBSERVAÇÕES

- a. Lavar as mãos, conforme POP de higiene das mãos, antes e após o procedimento.
- b. Não expor o paciente.
- c. Solicite a um técnico de enfermagem auxílio para posicionar o paciente, se necessário; Sexo masculino: em decúbito dorsal com as pernas estendidas e afastadas.
- d. Higiene perineal (conforme o POP de higiene íntima) minimiza o risco de contaminação.
- e. Os Kits apresentam diversidade.
- f. Cateteres urinários podem conter: Duplo Lúmen: é formado por um lúmen para drenagem urinária e outro para insuflar o cuff que mantém o cateter posicionado.

- Abrir e desprezar o primeiro jato do lubrificante e da solução antisséptica e colocá-los na bandeja de material. Fazer a assepsia da ampola de água destilada, abrir e deixá-la na bandeja.
- **Técnica com apenas uma pessoa executante:**
 - Abrir o pacote de luva estéril e calçar a luva da mão dominante;
 - Com a mão dominante organize o material que foi aberto no campo estéril;
 - Coloque a solução antisséptica na cuba redonda (segure a cuba com a mão enluvada) e a água destilada na cuba rim (no caso de cateterismo de demora);^g
 - No **cateterismo vesical feminino** pegar a gaze estéril do campo com a mão dominante (enluvada) e com a mão não dominante pegar a bisnaga do lubrificante hidrossolúvel (a qual se encontra na bandeja) e colocar na gaze quantidade suficiente para lubrificar a sonda, com cuidado para não encostar a ponta da bisnaga na gaze;
 - No **cateterismo vesical masculino**, pegar a seringa de 10 cc com a mão dominante (enluvada), desconectar o êmbolo e segurar o corpo da seringa protegendo o bico, com a mão não dominante (a qual está sem luva) pegar a bisnaga do lubrificante hidrossolúvel (a qual se encontra na bandeja) e colocar 2 cc dentro da seringa, colocar a seringa em cima de uma gaze;
 - Pedir licença ao paciente e expor a região genitália do paciente, retirando o lençol ou toalha com a mão não dominante;
 - Calçar a luva estéril da mão não dominante;
 - Pegar a seringa no campo com o lubrificante, conectar o embolo e reservar (caso seja cateterismo vesical masculino);
 - No **cateterismo vesical de demora**: testar o cuff da sonda com 20 cc de ar; aspirar a água destilada da cuba rim com a seringa de 20 cc e reservar no campo; certificar se o coletor está fechado.
 - Abrir o campo fenestrado, com cuidado para não tocar em superfícies não estéreis, e colocar por cima da região da genitália;^h
- **Técnica com duas pessoas executantes:**ⁱ
 - Calçar as luvas estéreis;
 - Solicitar que o técnico de enfermagem abra o material necessário para execução da técnica, conforme o enfermeiro for solicitando.
 - No **cateterismo feminino**, pegar a gaze estéril e solicitar que o técnico de enfermagem pegue a bisnaga do

- **Triplo lúmen:** usado para irrigação contínua ou infusões de medicamentos na bexiga, um lúmen para drenar urina, o segundo para insuflar o cuff, e o terceiro para infundir líquido/medicação para a bexiga.
- g. Colocar uma pequena quantidade da solução antisséptica ou o suficiente para umedecer as gazes; segure a almotolia com a mão não dominante ou que não esteja enluvada.
- h. **Sexo Feminino:** colocar o campo cobrindo a região pubiana e o períneo e expondo os lábios vaginais; **Sexo Masculino:** colocar o campo com a abertura centralizada, expondo o pênis. Atentar para os tipos de campo fenestrado.
- i. A Resolução Cofen nº 450/2013, refere que, no âmbito da equipe de Enfermagem, a inserção de cateter vesical é privativa do Enfermeiro, cabendo ao técnico de enfermagem a função de auxiliar o enfermeiro durante o procedimento e realizar as ações prescritas pelo enfermeiro.

lubrificante e derrame a solução sobre a gaze estéril com cuidado para não encostar nesta a ponta da bisnaga, em quantidade suficiente para lubrificar a sonda;

- No **cateterismo masculino**, pegar a seringa de 10 cc, desconectar o embolo e segurar o corpo da seringa protegendo o bico. Solicitar ao técnico de enfermagem que pegue a bisnaga do lubrificante e derrame 2 cc da solução dentro da seringa com cuidado para não encostar nesta a ponta da bisnaga, conectar o êmbolo no corpo da seringa, reservar dentro do campo;
- Pegar a cuba rim e solicitar ao técnico de enfermagem que coloque a água destilada;
- Aspirar água destilada da cuba rim com a seringa de 20 cc e reservar no campo (após testar o balão da sonda);
- Pegar a cuba redonda e solicitar ao técnico de enfermagem que coloque o antisséptico na cuba;
- Colocar o campo fenestrado, com cuidado para não tocar em superfícies não estéreis;^h

• **Procedimento comum as duas técnicas:**

- Faça várias torontas de gaze e deixe-as separadas na cúpula redonda com a solução antisséptica, utilize para cada região uma toronta;
- Realizar antisepsia do meato uretral do paciente;

Antissepsia feminina:

- Afastar os lábios vaginais com os dedos da mão não dominante (agora contaminada) para expor totalmente o meato urinário;^j
- Mantenha a posição da mão não dominante até a inserção da sonda;
- Utilize a pinça para segurar a toronta de gaze, faça a antisepsia da prega labial distal, prega labial proximal, e diretamente no centro do clitóris para o ânus;

Antissepsia masculina:

- Com a mão não dominante (agora contaminada), afaste o prepúcio e delicadamente segure o pênis pouco abaixo da glândula. Mantenha o pênis em ângulo reto em relação ao corpo; essa mão permanece nessa posição pelo restante do procedimento;
- Com a mão dominante utilize a pinça para segurar a toronta de gaze e realizar a antisepsia do meato em movimentos circulares, iniciando do meato para o corpo do pênis;
- Lubrificar o cateter com a pomada hidrossolúvel;^k
- Aproximar a cuba rim do pudendo quando utilizar o campo fenestrado fechado;^l
- Segure o cateter 7,5 a 10 cm da ponta enrolada na palma

j. O fechamento dos lábios vaginais durante a antisepsia significa que a área está novamente contaminada e requer nova realização do procedimento de antisepsia.

k. Lubrifique o cateter com a pomada hidrossolúvel de 2,5 a 5 cm para mulheres; para homens, instilar a pomada hidrossolúvel contida na seringa.

l. Cateterismo vesical de demora com campo fenestrado aberto: acoplar a sonda ao sistema coletor fechado.

da mão dominante;

- **Insira o cateter no meato urinário:**
 - **Cateterismo vesical de alívio:** deixar a bexiga esvaziar completamente desprezando em uma aparadeira ou recipiente estéril; após esvaziamento remover a sonda;
 - **Cateterismo vesical de demora:** Insuflar o balão com a quantidade de água destilada designada pelo fabricante; pinçar a sonda e conectar a bolsa coletora; após conectar despinçar a sonda;^l
 - Fixar o cateter com o fixador da sonda ou outro dispositivo de fixação;^{m,n}
 - Posicione a bolsa de drenagem abaixo do nível da bexiga, fixando-a no estrado do leito e identifique-a;^o
 - Mensurar o débito e observar as características da diurese;
 - Retirar as luvas estéreis;
 - Deixar a paciente confortável; Recolher o material do quarto, mantendo a unidade organizada;
 - Encaminhar o material permanente e o resíduo para o expurgo;
 - Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel-toalha e passar álcool a 70%;
 - Lavar as mãos;^a
 - Anotar o procedimento realizado registrando o volume, o aspecto e a coloração da urina, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do cliente.

- m. Deixe uma folga suficiente para permitir o movimento da perna. Fixar o cateter reduz o risco de lesão uretral ou remoção acidental.
- n. Feminino, prenda o cateter na parte interna da coxa; masculino, prende na parte superior da coxa ou inferior do abdome.
- o. Sempre posicione a bolsa abaixo do nível da bexiga, no estrado do leito, ou em uma cadeira para que a urina drene para baixo. Manter a bolsa abaixo do nível da bexiga quando o paciente deambular.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento, conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme descrito;
- Realizar o procedimento conforme a técnica;
- Utilizar técnica asséptica no procedimento para evitar infecções de trato urinário no cliente.

7. RECOMENDAÇÕES

- Na técnica de cateterismo vesical com dois executantes, após abrir o kit de cateterismo vesical, o enfermeiro não dispõe o material sobre o campo. Esse calça a luva estéril e solicita que o técnico de enfermagem abra o material utilizando a técnica asséptica de acordo com a necessidade;
- Cateterismo vesical intermitente/alívio é utilizado para drenar a bexiga por curtos períodos (5 a 10 minutos), deve ser removido imediatamente após o esvaziamento;
- A indicação para a troca do cateter deve ser individualizada e não estabelecida como rotina;
- As etapas para a inserção de um cateterismo vesical de demora e um cateter de alívio são as mesmas. A diferença consiste na insuflação de um balão para manter o cateter vesical de demora posicionado e a presença de um sistema de drenagem fechado;
- O sistema de drenagem no cateterismo vesical de demora deve ser obrigatoriamente “fechado” e só trocado com o cateter, quando for manipulada inadequadamente.
- Não há um intervalo ideal preconizado para a troca do cateter, mas recomenda-se a sua retirada o mais precocemente possível;

- Pode permanecer por curto prazo (2 semanas ou menos) ou prolongada (mais de um mês);
- Em paciente com cateterismo vesical de demora, deve-se fazer cuidadosa higienização do meato uretral com água e sabão neutro, uma vez/dia e quando necessário.
- Após o esvaziamento da bexiga, mensurar o volume da urina em um recipiente graduado;
- Na mulher: introduzir o cateter lubrificado de 5 a 7,5 cm pelo ostéio externo da uretra.
- No homem: deve avançar o cateter por 15 a 25 cm até a urina fluir, o comprimento da uretra masculina varia dentro de limites amplos; o comprimento médio é de 20 cm.
- Sonda de Foley a numeração varia de 10 a 14, mas no homem pode chegar até o n. 16.

8. REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução n. 0450/2013**. Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema Cofen, Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2013.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ERCOLE, F. E. et al. Revisão integrativa: evidências na prática do cateterismo urinário intermitente/demora. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 1, p. 10 telas, 2013.

KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN M. K. **Procedimentos e intervenções de enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

VOLPATO, A. C. B.; PASSOS, V. C. S. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2009.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 028	VERSÃO Nº 2	pag. 164 a 167	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II				
Título: Lavagem Intestinal				
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ana Paula Marques Andrade de Souza Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Valdiléia Ferreira Torres da Silva			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

A lavagem intestinal consiste na instilação de solução no reto e cólon sigmoide, podendo a solução ser medicamentosa ou não (NETTINA, 2011; PERRY, POTTER, ELKIN, 2017).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de lavagem intestinal;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Aliviar distensão e desconforto abdominal; promover o peristaltismo; eliminação das fezes do cólon e reto sigmoide; normalizar evacuação intestinal; preparo intestinal para exames diagnósticos ou cirurgias.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Aparadeira
- Biombo
- Suporte de soro
- Álcool a 70% e bolas de algodão (para desinfecção da bandeja)

- **Bandeja contendo:**
- Luva de procedimento
- Máscara
- Solução prescrita (glicerina em frasco ou fleet enema)
- Gazes
- Látex
- Irrigador (adaptador)
- Saco de lixo
- Fita adesiva
- Lubrificante hidrossolúvel
- Sonda retal
- Papel toalha
- Material de higiene íntima (conforme POP Higiene Intima)
- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro
- Lençol móvel e impermeável
- Pinça Kocher

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Ler a prescrição do paciente;
- Lavar as mãos conforme POP de Higienização Simples das Mãos;
- Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível explicando o procedimento e solicitando autorização para realização do mesmo;
- Lavar novamente as mãos e preparar o material;
- Separar uma bandeja para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional;
- Separar o material para o procedimento, colocando em uma bandeja;^a
- Reunir o material e colocar próximo ao paciente na mesa de cabeceira;
- Paramentar-se adequadamente;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Verificar a Pressão Arterial (PA) e Frequência Cardíaca (FC) de acordo com o POP SSVV;^b
- Calçar luvas;
- Posicionar o paciente em posição de Sims à esquerda;
- Colocar o lençol móvel e o impermeável abaixo do quadril;
- Adaptar o irrigador ao intermediário de látex (no caso de lavagem intestinal) e pendurá-lo no suporte de soro,

OBSERVAÇÕES

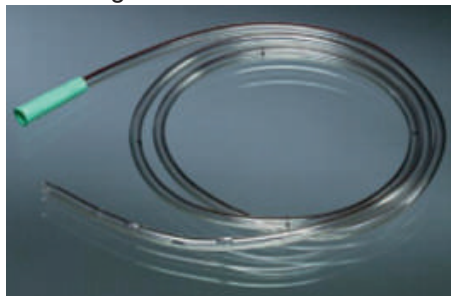
- O processo de lavagem intestinal também é denominado de enteroclistma; no entanto, quando a quantidade de solução infundida for até 150 ml, denomina-se clister, até 500ml enema.

- a. O preparo do material será realizado no posto de enfermagem.

- b. Paciente em Hipotensão e/ou Bradicardia, deve-se adiar o procedimento até normalizar esses sinais vitais;

- o conectando sua ponta na sonda retal.
- o Clampear o intermediário de látex e preencher o irrigador com a solução prescrita.
- o Retirar o ar do intermediário de látex e sonda; Lubrificar a sonda Levine (FIGURA 1) com pomada hidrossolúvel;

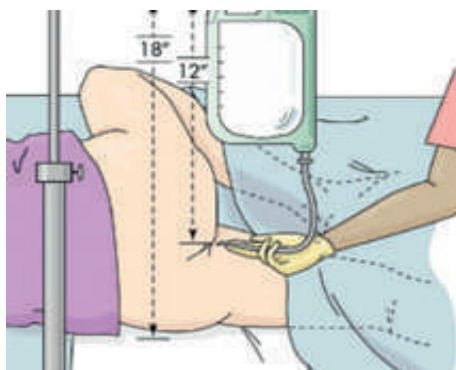
Figura 1: Sonda Levine.



Fonte: POTTER, 2017

- o Expor delicadamente a região glútea do paciente utilizando gazes, afastar a região glútea para expor a região anal;
- o Em adultos introduzir a sonda em média 7,5 cm a 10 cm da sonda, e em crianças 5 cm a 7,5 cm, (FIGURA 2);

Figura 2: Em adultos introduzir a sonda em média 7,5 cm a 10 cm da sonda, e em crianças 5 cm a 7,5 cm.



Fonte: POTTER, 2017

- o Introduzir a solução e solicitar ao paciente que respire profundamente. Em caso de resistência não forçar a introdução da sonda;^c
- o Retirar a sonda, após introdução da solução;
- o Solicitar ao paciente para reter a solução em média 15 minutos, se possível;
- o Posicionar o paciente na aparadeira (FIGURA 3); (s/n);^d
- o Após a evacuação, realizar o procedimento de higiene de acordo com o POP de higiene íntima;^e
- o Observar características das evacuações e desprezar as fezes no banheiro da enfermaria;^f
- o Deixar o paciente confortável;

c. A solução pode ser introduzida por:

- **Sifonagem:** comprimir o recipiente até introduzir todo o conteúdo;

- **Gravidade:** adaptar o frasco da solução ao látex e este a sonda, retirar o ar do lúmen do látex e da sonda, clipar com a pinça de Kocher o látex;

- **Gotejamento:** adaptar o equipo macro a solução e este a sonda, retirar o ar do equipo. Infundir a solução de acordo com o gotejamento prescrito.

d. O uso da aparadeira será necessário nos casos de pacientes acamados, ou que não suportem a espera da evacuação. Após o procedimento, levantar a cabeceira da cama em 45°.

e. Pacientes que deambulam, orientá-los a realizar a higiene íntima no banheiro.

f. Pacientes que suportem a espera do efeito da lavagem podem evacuar no banheiro, devendo o enfermeiro orientá-lo a não dar descarga para que se proceda a observação das características das fezes.

Figura 3: Aparadeira



Fonte: POTTER, 2017

- Verificar PA e FC;
- Organizar a unidade;
- Recolher o material e levar para o expurgo;
- Lavar as mãos de acordo com o POP Higienização das mãos;
- Anotar no prontuário o procedimento realizado.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Verifique a PA e a FC, antes e após o procedimento, uma vez que existe a possibilidade de estimulação do nervo vago que pode ocasionar a diminuição da pressão arterial e bradicardia no paciente;
- Atentar para possíveis alterações durante o procedimento como: presença de sangramento, dor, resistência na introdução da sonda.

7. RECOMENDAÇÕES

Ter conhecimento dos diversos tipos de enemas de acordo com sua indicação:

- **Enemas oleosos e de retenção:** para o tratamento de constipação ou impactação fecal;
- **Enemas carminativos:** para promover a expulsão do excesso de gases (flatos);
- **Enemas com medicação:** contém medicação, devendo ser retido por um determinado período de tempo como, por exemplo: medicações para parasitas intestinais; medicações para redução da população bacteriana intestinal; redução da inflamação intestinal; remoção de excesso de eletrólitos na insuficiência renal (TAYLOR, 2007).
- Deixar a solução correr vagarosamente, pois a introdução rápida da solução pode provocar o aumento do peristaltismo, dificultando a retenção da mesma.

8. REFERÊNCIAS

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2013.

PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN M. K. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, M. I. S. et al., **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP CAT nº 032/2010. Lavagem intestinal. São Paulo, 2010.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>	
		<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 1</p>	
		Data da criação	06/04/2016
		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 029	VERSÃO Nº 2	pag. 168 a 172	Data da próxima revisão 14/03/2021
POP ENFERMAGEM BASES SEMIOLÓGICAS DE ENFERMAGEM II			
Título: Cuidado com o Corpo Após a Morte			
Elaborado por:	Amanda Benício da Silva Ana Paula Marques Andrade de Souza Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica.		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Ana Paula Marques Andrade de Souza Amanda Benício da Silva Eva Porto Bezerra Ilana Vanina Bezerra de Souza Paulo Emanuel Silva Suellen Duarte de Oliveira Matos Valdiléia Ferreira Torres da Silva		
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

O cuidado com o corpo, após a morte, é o método que visa manter o corpo limpo e identificado, evitar a saída de odores e secreções, dispor o corpo em posição adequada antes da rigidez cadavérica, assim como visa entregar este corpo família com o melhor aspecto possível (LUZ, 2010; SGAMBATTI; POSSO, 2004).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de cuidado com o corpo após a morte;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Preparar e identificar o corpo;
- Manter o corpo limpo, evitando a exalação de maus odores e saída de líquidos durante o velamento do corpo; Padronizar a execução do procedimento de higienização do ambiente do paciente, dando estabilidade e apoio para que o discente possa desenvolver o procedimento com confiança.

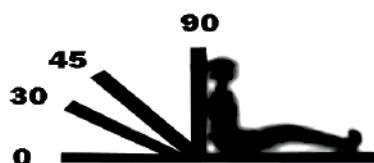
4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Envelope para os valores do paciente
- Envelope para os valores do paciente
- Recipiente para guardar objetos pessoais
- Kit para banho
- Três lençóis
- 2 etiquetas de identificação
- Pacote de curativo (S/N)
- Máscara
- Luvas de procedimento
- Pinça longa (Sheron)
- Bolas de algodão
- Três ataduras pequenas
- Fita adesiva
- Saco para lixo
- Três ataduras pequenas
- Fita adesiva
- Saco para lixo

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Iniciar o procedimento após a confirmação do óbito pelo médico;
- Elevar a cabeceira do leito o mais rapidamente possível, após a confirmação da morte para evitar a descoloração do rosto;

Figura 1: Elevação da cabeceira do leito em relação ao grau de amplitude



Fonte: <https://br.images.search.yahoo.com>

- Confirmar a existência de solicitação de doação de órgãos ou tecidos;
- Manter a sensibilidade referente as crenças pessoais, religiosas e culturais nesse processo;
- Perguntar a família acerca do desejo de participar da preparação do corpo;
- Lavar as mãos de acordo com o POP Higienização das

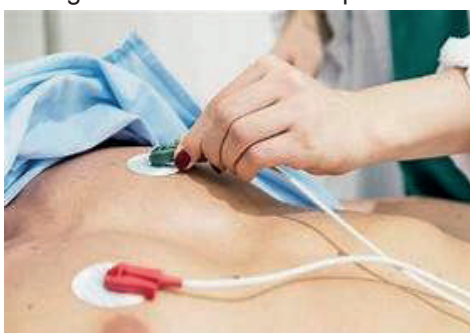
OBSERVAÇÕES

- Se o paciente tinha um companheiro de quarto, mude-o para outro local se possível, caso contrário coloque biombo;
- a. O preparo do material será realizado no posto de enfermagem;

mãos;

- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Preparar o material para o procedimento, colocando em uma bandeja,^a
- Levar a bandeja para enfermaria;
- Colocar a bandeja com material na mesa de cabeceira;
- Calçar as luvas;
- Colocar o corpo em posição supina, com os braços estendidos ao lado do corpo ou dobrados sobre o abdome, retirar o travesseiro;
- Remover todos os equipamentos e dispositivos, a exemplo de eletrodos cardíacos, cateteres intravenosos e urinários, curativos, drenos se houver;

Figura 2: Removendo dispositivos



Fonte: <https://br.images.search.yahoo.com>

- Abaixar as pálpebras do paciente se os olhos estiverem abertos;
- Repor ou manter as dentaduras na boca;
- Proceder a realização do banho de acordo com POP de banho no leito;
- Fazer o tamponamento de todos os orifícios utilizando algodão com o auxílio da pinça de Sheron;
- Colocar uma atadura envolvendo a cabeça e o queixo do paciente para evitar a abertura dos maxilares;
- Colocar uma atadura fechando as mãos, outra juntando os pés para evitar a abertura dos membros;

Figura 3: Posicionamento das ataduras



Fonte: www2.ebserh.gov.br

- Colocar uma etiqueta de identificação no peito do corpo;^b
- Lateralizar o corpo morto e sob o mesmo colocar dois lençóis;
- Com um lençol envolver o corpo, o outro lençol servirá para transferir o corpo para a maca;
- Colocar uma etiqueta^b de identificação sobre o lençol;

Figura 4: Corpo envolvido com o lenço e identificado



Fonte: <https://www.google.com/>

- Transferir o corpo para a maca com a ajuda do segundo lençol;
- Cobrir o corpo com o terceiro lençol e encaminhar o corpo para o necrotério;
- Observar a política da instituição antes de transportar o corpo;
- Determinar quais pertences pessoais permanecem no corpo, como aliança ou símbolo religioso e entregar aos membros da família outros itens pessoais, documentando a hora, data, descrição dos itens retirados e quem os recebeu;
- Organizar a unidade;
- Recolher o material e levar para o expurgo;
- Lavar as mãos de acordo com o POP Higienização das mãos;
- Anotar no livro de ocorrência procedimento realizado.

- b. Etiqueta contendo: nome do paciente, enfermaria, leito, procedência, data e hora do óbito, assinatura do profissional. Observar a política da instituição antes de transportar o corpo.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme o descrito;
- Realizar o procedimento conforme a técnica.

7. RECOMENDAÇÕES

- O corpo cuja morte não foi constatada no ambiente hospitalar necessita ser encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO). Neste caso, não se faz necessário o preparo deste corpo.

8. REFERÊNCIAS

PASSOS, V. C. dos S.; VOLPATO, A. C. B. (org). **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 3ª ed. São Paulo: Martinari, 2009.

POTTER, P. A, PERRY, A. G. **Fundamentos da enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.


SGAMBATTI, M. S. POSSO, M. B. S. **Preparo do corpo após a morte**. In: POSSO, M. B. S. *Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem*. São Paulo: Atheneu, 2004.

SILVA, C. R. L. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. (Coord.). 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

TIMBY, B. K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SEÇÃO 2

ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO ADULTO I – SAÚDE
DA MULHER
ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 2</p>		Data da criação	22/10/2018	
		Data da revisão	20/02/2020	
		Data da aprovação	23/01/2020	
POP 030	VERSÃO Nº 1	pag. 174 a 181	Data da próxima revisão	20/10/2021
POP ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO ADULTO I – SAÚDE DA MULHER				
Título: Consulta Ginecológica – Exame da Genitália e Coleta do Material para Exame Citopatológico				
Elaborado por:	Vagna Cristina Leite da Silva Pereira			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina Atenção Integral a Saúde do Adulto I – Saúde da Mulher.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar IV – Integrado de Enfermagem em Saúde da Mulher			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Vagna Cristina Leite da Silva Pereira Smalyanna Sgren da Costa Andrade			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar IV – Integrado de Enfermagem em Saúde da Mulher			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

A consulta ginecológica de enfermagem visa prestar um atendimento voltado para os aspectos biológicos das mulheres bem como inter-relacioná-los com os aspectos sociais e psicológicos buscando uma assistência integral a esse grupo populacional.

Uma das prioridades da consulta é o exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolaou), um teste realizado para detectar alterações nas células, também pode ser chamado de esfregaço cervicovaginal ou colpocitologia oncótica cervical, principal estratégia para detectar lesões precursoras do câncer de colo de útero (BRASIL, 2016).

2. OBJETIVO

- Capacitar o graduando em enfermagem para assistência à mulher de forma integral: visando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais diante de suas singularidades e especificidades em diferentes ciclos de vida;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades técnicas que assegurem o discente a realização da consulta ginecológica em suas etapas;
- Habilitar o discente para realização do exame externo da genitália e coleta da colpocitopatologia oncótica;
- Padronizar a aula prática do módulo de Atenção Integral a Saúde da Mulher sobre a consulta ginecológica de enfermagem;
- Preparar profissionais de enfermagem para identificar, tratar ou controlar patologias a exemplo

- das e IST e prevenção do câncer de colo uterino;
- Assegurar que o discente de enfermagem preste uma assistência de qualidade e humanizada a mulher.

3. FINALIDADE

- Proporcionar uma assistência integral a mulher, assegurando que as suas demandas sejam atendidas respeitando a autonomia do grupo frente ao processo saúde e doença;
- Abordar aspectos biopsicossociais que envolvem o processo saúde doença;
- Realizar a consulta oportunizando uma escuta qualificada para trabalhar questões relacionadas à sexualidade entre outras demandas do processo saúde doença com foco na promoção e prevenção da saúde;
- Orientar o preenchimento da ficha de requisição do exame citopatológico do Ministério da Saúde (MS);
- Assegurar o discente para realizar a Anamnese da mulher
- Capacitar o discente para realização do exame da genitália;
- Capacitar o discente para coleta do material citopatológico;
- Capacitar o discente para prescrição do tratamento pautado na abordagem sindrômica para outras doenças detectadas na oportunidade, a exemplo das IST segundo protocolo do MS;
- Capacitar o discente para solicitação de exames de rotinas e complementares de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidos pelo MS e gestão local.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **Organização do espaço físico:**
 - Mesa ginecológica;
 - Escada de dois degraus;
 - Mesa auxiliar;
 - Foco de luz com cabo flexível;
 - Biombo ou local reservado para troca de roupa;
 - Pia com sabão líquido e papel toalha;
 - Rolo de papel para a mesa (em caso de insuficiência de roupa de cama);
 - Cesto de Lixo.
- **Material de rotina:**
 - Espéculos de Collin em tamanhos variados (P,M,G) (descartável ou em aço inoxidável^a)
 - Lâminas de vidro com extremidade fosca;
 - Espátula de Ayre;
 - Escova endocervical;
 - Par de luvas de procedimento;
 - Pinça Cheron;
 - Solução fixadora, álcool a 96% ou spray de polietilenoglicol;
 - Gaze;
 - Recipiente para condicionamento das lâminas, adequado para o tipo de solução fixadora adotada pela unidade, tais como: frasco porta-lâmina tipo tubete, caixa em papelão individual, caixa de madeira ou plástica com divisórias;
 - Formulários de requisição do exame citopatológico;
 - Fita adesiva para a identificação dos frascos (quando utilizar esse tipo porta lâmina)
 - Lápis grafite nº 2;
 - Avental para a mulher (preferencialmente descartável);
 - Lençóis preferencialmente descartáveis^b;
 - EPI's (máscara e touca descartável, se necessário).

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

Arrumação da sala:

- Forrar a maca; testar foco de luz, colocar banquete frente a maca, balde de lixo e organizar o material na mesa auxiliar ou bandeja.

Figura 1: Arrumação da sala.



Fonte: Google imagens

- Realizar acolhimento da mulher;
- Iniciar a Anamnese: preenchendo dados sociodemográficos, antecedentes familiares e pessoais^C.
- Investigar o uso de lubrificantes, espermicidas, medicamentos vaginais, se realizou exames intravaginais ou teve relações sexuais com preservativos nas 48 horas que antecederam o exame;^d
- Esclarecer dúvidas e promover espaço de fala para mulher;
- Preencher ficha padrão MS^e e fichas complementares para atender protocolo municipal e contemplar demanda de prontuário;
- Identificar^f borda fosca da lâmina e o porta lâmina com lápis grafite.

Figura 2: Identificação da lâmina com a inicial da paciente e número do prontuário



Fonte: <http://www.pmf.sc.gov.br>

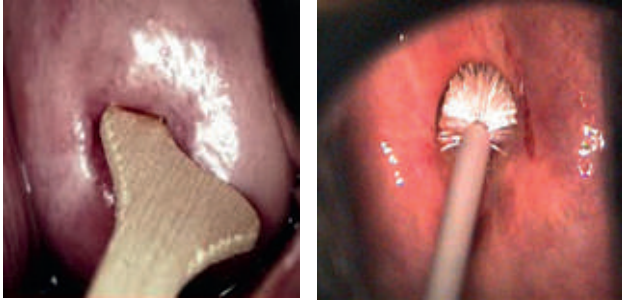
OBSERVAÇÕES

- a. Se o instrumental for em aço inoxidável deve ser esterilizado de acordo com as normas vigentes.
- b. Caso as roupas e lençóis sejam reutilizáveis, devem ser encaminhados a rouparia para lavagem.
- c. Valorizar histórico de citopatológicos anormais ou tratamentos progressos, sangramentos vaginais pós-coito ou anormais.
- d. Dados da história sexual e obstétrica contribui para definir o tamanho do espécuro.
- e. Ficha modelo segundo protocolo MS segue em anexo. Dados incompletos ou ausentes podem comprometer a análise do material.
- f. As informações neste espaço são padronizadas pelo município (ex: iniciais da mulher, idade e nº prontuário).

- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Solicitar a mulher a despir-se e na sequência vestir o avental e se desejar esvaziar a bexiga;
- Orientar e auxiliar a mulher a colocar-se na maca em posição ginecológica de forma confortável (coberta até a inspeção da genitália);
- Ligar o foco de luz;
- Calçar luvas conforme POP de calçar luvas de procedimento e vestir a máscara descartável (S/N);
- Expor genitália;
- Palpar linfonodos inguinais utilizando as polpas digitais;
- Inspeccionar a região do pudendo e estruturas da genitália externa;^g
- Finalize com a palpação das glândulas vestibulares localizadas no ostio vaginal;
- Definir o tamanho do espéculo considerando informações colhidas^h e valorizando as características perineais e vaginais da mulher;
- **Inserção do espéculo de Collinⁱ:** Afastar as formações labiais com uma das mãos. Utilizar a mão dominante para inserir o espéculo em ângulo vertical semi-inclinado no canal vaginal. Introduzir totalmente na vagina;
- Realizar rotação no ato da inserção no sentido horário para que o espéculo seja posicionado em ângulo transversal de forma que a fenda de abertura do espéculo fique na posição horizontal;
- Abrir lentamente e com delicadeza para visualizar a cérvix uterina, caso contrário solicite à mulher que tussa para encaixamento do espéculo no colo uterino, não sendo eficaz reinicie o procedimento;
- Caso necessário utilizar a pinça Cheron com gaze para retirar o excesso de secreção ou muco que esteja dificultando a visualização da cérvix uterina.^j
- **Realizar a coleta do material:** Com uma das mãos segurar a lâmina pelas bordas, posicionando firmemente entre os dedos indicador e polegar. Na sequência para coleta da ectocérvix com a mão dominante posicione a espátula de Aire (lado da reentrância) encaixando a ponta mais longa no orifício externo do canal cervical, apoie firmemente e realize um movimento rotatório de 360°. Realize um movimento firme, delicado sem agredir o colo uterino. Reserve a espátula, entre dedos, para colocação do material na lâmina apenas após a coleta endocervical.
- **Para coleta da endocérvix:** Posicione a escova endocervical, introduza levemente e realize um movimento giratório de 360° para colher o material de todo contorno endocervical.

- g. Observar atentamente a região de pudendo prestando atenção na distribuição dos pelos, na integralidade do clitóris (tamanho e forma), do meato uretral (presença de secreção), dos lábios maiores e menores, na presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação, de veias varicosas e outras lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações, atentar para o autocuidado e questões de higiene pessoal. Evitar manipular o clitóris devido à sensibilidade erógena da área;
- h. Idade, história sexual, obstétrica, pois a paridade influencia no alongamento do canal vaginal.
- i. Não deve ser utilizado lubrificante, mas em casos específicos, a exemplo das mulheres idosas recomenda-se molhar o espéculo com soro fisiológico
- j. Evite tocar o colo uterino ou esfregar a região ectocervical para não alterar a qualidade da coleta do material citopatológico.

Figura 3: coleta de citológico



Fonte: Google imagens

- Amostra coletada deve ser distribuída de forma uniforme na lâmina^k na sequência despreze a espátula e a escova;

Figura 4: Preparo da amostra na lâmina



Fonte: Google imagens

- Fixar imediatamente o esfregaço celular para não comprometer o resultado do exame. Com spray fixador^l posicione a lâmina horizontal e borrife a uma distância de 20 cm. Acondicione a lâmina no recipiente preparado anteriormente;

Figura 5: fixação do material coletado



Fonte: Google imagens

- Coloque a lâmina dentro do frasco com álcool em quantidade suficiente para que todo o esfregaço seja coberto, fechar o recipiente cuidadosamente e envolvê-lo com a requisição (são usados apenas tubetes plásticos individuais);
- Realizar uma leve tração no espéculo e na sequência

k. A amostra ectocervical deve ser disposta no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca. O material endocervical deve ser colocado na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal.

l. Verificar a validade do fixador.

fechar até que seja retirado totalmente da vagina, evitando beliscar a mulher. Retirar o espéculo delicadamente, inclinando levemente para cima, observando as paredes vaginais;

Figura 6: Armazenamento da lâmina



Fonte: Google imagens

- **Toque vaginal bimanual^m** – Posicione-se a frente da usuária informe sobre o procedimento, o que será realizado e a sua importância. Na sequência o dedo indicador e o segundo dedo são inseridos para baixo e lentamente girados para cima objetivando alcançar a cérvix uterina. A mão oposta é posicionada na região púbica entre a sínfise púbica e o umbigo. Movimente os dedos lateralizados e avalie a cérvix, o útero e o ovário com relação ao tamanho ao formato ao movimento e a sensibilidade. Normalmente o ovário não é sentido, especialmente em mulheres menopáusicas;
- Retirar as luvas seguindo POP de calçar luvas de procedimento;
- Auxiliar a mulher a descer da mesa;
- Solicitar que ela troque de roupa;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Solicitar exames complementares (quando se fizer necessário) de acordo com o protocolo do MS;
- Realizar a prescrição de medicamentos e orientações segundo o protocolo do MS;
- Informar a data do retorno para receber resultado de exame;
- Fazer as anotações no prontuário do paciente;
- Registre as informações nas fichas e prontuários;
- Finalize a consulta com informações relacionadas aos achados do exame e orientações em saúde voltadas a higiene íntima e prevenção de afecções genitais.

m. Ao final do exame após consentimento da mulher realiza-se o toque, uma manobra para avaliar os órgãos genitais internos, Deverá, sempre, ser realizado com uma luva nova e com cuidados de assepsia. Na palpação observar o tamanho, consistência e mobilidade do órgão e as dores que eventualmente, podem surgir.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Domínio dos aspectos teóricos e práticos conforme protocolo do MS para consulta ginecológica e coleta do material para o exame citopatológico.
- Organização dos insumos necessários para execução do procedimento.

7. RECOMENDAÇÕES

- **Recomendações prévias a coleta segundo Brasil (2013):**
 - A utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais deve ser evitada por 48 horas antes da coleta;
 - A realização de exames intravaginais, como a ultrassonografia, também deve ser evitada nas 48 horas anteriores à coleta, devido à possível utilização de gel condutor;
 - Abstinência sexual prévia ao exame só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas, 48h antes do exame;
 - O exame não deve ser feito no período menstrual, deve-se aguardar o quinto dia após o término da menstruação;

- **Situações Especiais:**
 - **Gestantes:** O pré-natal é uma oportunidade para rastreio do câncer de colo de útero e o uso da técnica correta não apresenta riscos à gestação. O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).
 - **Pós-menopausa:** Mulheres no climatério e pós-menopausa devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. Caso necessário, proceder a estrogenização prévia à realização da coleta (BRASIL, 2013).
 - **Histerectomizadas:** Mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais. Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada (BRASIL, 2013).
 - **Mulheres sem história de atividade sexual:** Não há indicação para rastreamento do câncer do colo do útero e seus precursores (BRASIL, 2013).
 - **Imunossuprimidas:** O exame citopatológico deve ser realizado neste grupo, após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão (BRASIL, 2013).

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.


JENSEN, SHARON. **Semiologia para Enfermagem conceitos e práticas clínicos** – revisão técnica Sônia Regina de Souza; Tradução Ione Araújo Ferreira; Myrtes Hopinks. – 1º ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

BEREK, NOVAK. **Tratado de Ginecologia**. 15 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

FICHA DE REQUISIÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
UF: _____ DMS da Unidade de Saúde _____		Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero	
Unidade de Saúde _____ Nº Processo: _____		(se grande, complementar com 50048)	
Município _____		Prestador _____	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Código ICD? _____			
Nome Completo da Mulher? _____			
Nome Completo do Mãe? _____			
CPF _____		Apelido da Mulher (se conhecida) _____	
Data de Nascimento? _____ Estado _____		Escolaridade _____	
Dados Residenciais (se diferente)			
Endereço _____		Número _____	
Cidade _____		UF _____	
CEP _____		Telefone _____	
Forma de Validação: _____			
Exatidão: <input type="checkbox"/> Asséptica <input type="checkbox"/> Exato Fundamental (Inspecção) <input type="checkbox"/> Exato Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Exato Médio Completo <input type="checkbox"/> Exato Superior Completo			
QUÊ SE SOLICITA			
1. Motivo do exame? <input type="checkbox"/> Rotineiro <input type="checkbox"/> Repetido (já com alteração ASCUS/lesão grave) <input type="checkbox"/> Seguimento (já com diagnóstico citopatológico / tratamento)		7. Já foi realizado por referência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
2. Há a causa provável (Papiloma) alguma vez? <input type="checkbox"/> Sim, Quantas vezes a última vez? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		8. Quando última menstruação / sangria? _____ <input type="checkbox"/> Não sabe / Não lembra	
3. Usa DIU? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		9. Tem ou teve algum sangramento após a última menstruação? (já ocorrer o próximo mês ou não) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra	
4. Está grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		10. Tem ou teve algum sangramento após o parto? (já ocorrer o próximo mês ou não) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está no momento	
5. Usa pílula anticoncepcional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe			
6. Usa hormônio / injeção para tratar o menopausa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe			
DADO CLÍNICO			
E1. Sangue de vá? <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (descreva anormalidade ou referência sangramento) <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Não observado		E2. Sinal vaginal de sangue associado (se observado) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
NOTA: No momento do coléctico, use todos os pontos do útero, não esquecer a avaliação do exame citopatológico para reconhecer a lesão por referência.			

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 2</p>		Data da criação	06/04/2018	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 031	VERSÃO Nº 1	pag. 182 a 188	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA				
Título: Cuidados de Enfermagem na Assistência Pré-Natal na Gestação Saudável				
Elaborado por:	Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro Vagna Cristina Leite da Silva Pereira			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Obstetrícia e Neonatologia.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar IV – Integrado de Enfermagem em Saúde da Mulher			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro Vagna Cristina Leite da Silva Pereira Edna Samara Ribeiro César Smalyanna Sgren da Costa Andrade			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar IV – Integrado de Enfermagem em Saúde da Mulher			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

O pré-natal é a assistência prestada a gestante, desde a concepção até o início do trabalho de parto, objetivando assegurar qualidade nos cuidados à saúde do binômio materno e fetal. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança (BRASIL, 2016; BRASIL, 2013).

2. OBJETIVO

- Capacitar o graduando em enfermagem para assistência pré-natal a mulher no ciclo gravídico;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que assegurem ao discente a realização dos procedimentos para assistência pré-natal;
- Padronizar as aulas práticas de Obstetrícia e Neonatologia sobre a assistência pré-natal;
- Preparar profissionais de enfermagem para identificar, tratar ou controlar patologias no período gravídico;
- Contribuir para o desenvolvimento do profissional para prestar uma assistência de qualidade e humanizada.

3. FINALIDADE

- Assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas;
- Orientar o preenchimento do cartão da gestante de acordo com o manual do Ministério da Saúde;
- Assegurar o discente para realizar a Anamnese da gestante;
- Verificar e orientar a Situação vacinal da gestante;
- Capacitar o discente para realização do exame clínico obstétrico (cálculo de DPP, Cálculo de IG, manobras de Leopold, medidas de AFU, Ausculta BCF);
- Capacitar o discente para prescrição de medicamentos segundo protocolo do MS;
- Capacitar o discente para solicitação de exames de rotina e complementares segundo protocolo do MS.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Reprografia da caderneta da gestante;
- Impressos de casos clínicos;
- Manequim;
- Maca;
- Mesa auxiliar ou bandeja;
- Lençol (tecidos ou descartáveis);
- Escada;
- Avental (TNT ou tecido);
- Fita métrica;
- Relógio de pulso
- Sonar;
- Gel condutor;
- Papel toalha;
- Balança antropométrica;
- Tensiômetro;
- Estetoscópio;
- Gestograma;
- EPI's (se necessário).

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Arrumação da sala;^a
- Realizar acolhimento da gestante;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Realizar as medidas antropométricas (peso e estatura) e Sinais Vitais (Pressão Arterial) conforme POP de Sinais Vitais;
- Iniciar a Anamnese^b contendo dados sociodemográficos, antecedentes pessoais, familiares e obstétricos;
- Conferir a situação vacinal conforme o calendário atualizado;^c
- Calcular a data provável do parto (DPP), idade gestacional (IG) e o Índice de massa corporal (IMC);
- Orientar a gestante a colocar a vestimenta adequada;

OBSERVAÇÕES

- a. Forrar a maca; organizar o material na mesa auxiliar ou bandeja.
- b. Seguir manual, colocar em anexo.
- c. De acordo com o cartão de vacina.

Figura 1. Face interna da nova caderneta da gestante.



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020.

Figura 2. Calendário atualizado de vacinação da gestante.

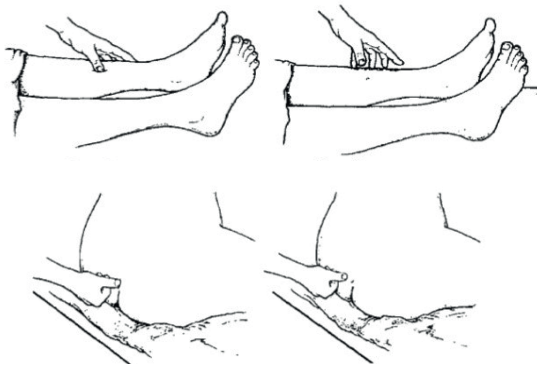
CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO SBIm GESTANTE		As recomendações devem ser consultadas.	
Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) - 2019/2020			
Vacinas	Esquemas e recomendações		
RECOMENDADAS			
Difteria bacteriana vacula do tipo adulto (DTPa), tétano e coqueluche (T) – Tdap e TdPa Difteria acinosa (Difteria e tétano) – DT	Esquema padrão	Condição na gestação	
	Pré-natal, com pelo menos três doses de vacina contendo componentes acelulares.	Uma dose de DTaP a partir da 27ª semana de gestação, e duas adicionais possíveis.	
	Em gestantes com vacinação incompleta, tendo recebido qualquer de suas componentes, a cada parto ou parto gêmeo.	Uma dose de DTaP a partir da 27ª semana de gestação, e duas adicionais possíveis.	
Difteria acinosa (Difteria e tétano) – DT	Em gestantes com vacinação incompleta, tendo recebido duas doses de vacina contendo componentes acelulares.	Uma dose de DTaP a partir da 27ª semana de gestação, e duas adicionais possíveis.	
Higiene B	Três doses no segundo, 0, 1 e 6 meses.	Uma dose de Hib a partir da 27ª semana de gestação, e duas adicionais possíveis.	
Influenza (gripe)	Uma única dose anual.	Duas doses de TIV a cada ano, uma dose de TIV a cada ano, a partir da 27ª semana de gestação, e duas adicionais possíveis.	

FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020

- Posicionar a gestante sentada na maca;
- Avaliar presença de edemas nas regiões: face, membros superiores, região lombossacral e membros inferiores;
- Realizar o exame das mamas conforme POP de Ginecologia;
- Posicionar a gestante em decúbito dorsal expondo o abdome gravídico;^d

- d. Realizar as manobras de palpação antes da mensuração da altura uterina.

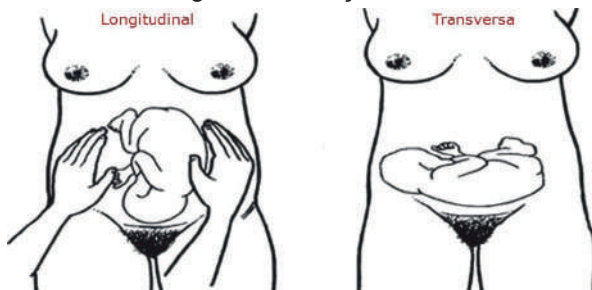
Figura 3. Palpação de edema



FONTE: Brasil, 2013. Acesso em: 11 jun. 2020

- **Manobras de palpação (Leopold-Zweifel)**
 - **1º tempo:** posicione-se lateralmente a direita da gestante, voltando-se para sua face, com a margem cubital das mãos palpa-se o fundo uterino para identificar o polo fetal localizado nesta região;
 - **2º tempo:** deslize as mãos na extensão lateral do corpo do útero para delimitar o dorso fetal (situação) caracterizado por uma palpação plana localizada. No lado oposto, identifica-se uma palpação irregular que caracteriza a flexão dos membros superiores e inferiores no tronco fetal;

Figura 4. Situação fetal



FONTE: Google Imagens, 2020. Acesso em: 11 jun. 2020

- **3º tempo:** com o polegar e os dedos da mão dominante apreende-se a apresentação fetal (Figura 5) e imprimem-se movimentos laterais que caracteriza a mobilidade da apresentação fetal;

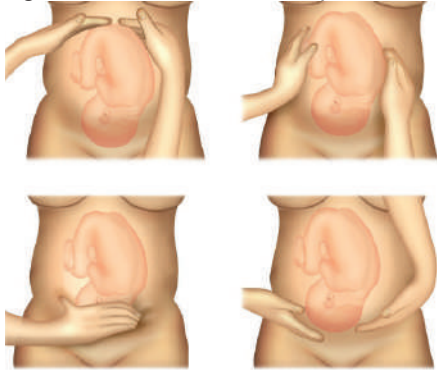
Figura 5. Apresentação fetal



FONTE: Google Imagens, 2020. Acesso em: 11 jun. 2020

- **4º tempo:** continue posicionado lateralmente a gestante, voltando-se contrária a face da mesma colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção a escava pélvica, abarcando o polo fetal (altura da apresentação) e voltando o movimento para palpação confirmatória da situação fetal. Os tempos das manobras podem ser visualizados na Figura 6.

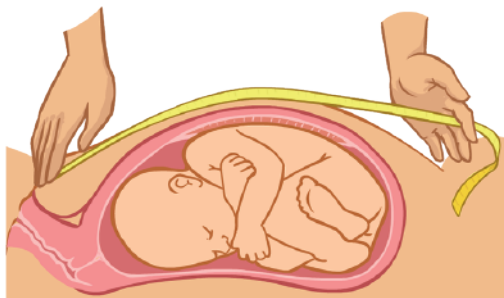
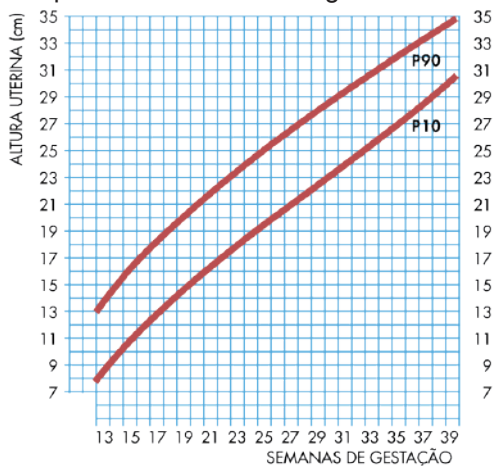
Figura 6. Manobras de Leopold-Zweifel



FONTE: Rezende, 2017. Acesso em: 11 jun. 2020

- Mensurar a altura do fundo uterino: com a polpa digital dos dedos da mão dominante localize a parte superior da sínfise púbica, posicione o marco inicial (zero) da fita métrica;^e

Figura 7. Ilustração da mensuração da altura uterina e dos percentis do cartão da gestante



FONTE: Google Imagens, 2020. Acesso em: 11 jun. 2020

- e. A fita métrica deve ser flexível e não extensível.

- Deslize a fita métrica entre o dedo indicador e médio da mão livre. Com a margem cubital delimite o fundo uterino;^f
- Verifique quantos centímetros foi identificado entre os dedos;
- Registre o valor encontrado na medição nos dados da consulta, na face interna do cartão e no gráfico do AFU marque a intercessão entre a IG e o valor da medição, avaliando se o marco encontra-se na curva de normalidade entre o percentil 10 e 90;^g
- Ausculta dos BCF: após delimitar o dorso do feto por meio das manobras de Leopold,^h aplicar o gel condutor no focoⁱ de ausculta fetal;
- Posicionar o sonar Doppler (analógico ou digital) ou estetoscópio de Pinard e avalie a frequência e ritmo cardíaco fetal durante 1 minuto;^j

Figura 8: Ilustração do posicionamento e mensuração do BCF (Estetoscópio de Pinard e Sonar Doppler digital e analógico)



FONTE: Google Imagens, 2020. Acesso em: 11 jun. 2020

- Registrar a FC fetal nos dados da consulta na face interna do cartão (Figura 1);
- Retirar o excesso de gel condutor com papel toalha, auxiliar a gestante a levantar da maca e solicitar a troca de roupa;
- Lavar as mãos de acordo com o POP de higienização simples das mãos;
- Solicitar exames de rotinas e complementares de acordo com o protocolo do MS;
- Realizar a prescrição de medicamentos e orientações segundo o protocolo do MS;
- Agendar a próxima consulta de acordo com o protocolo do MS para pré-natal de gestação saudável;
- Fazer as anotações no prontuário do paciente.

- f. Não se deve apoiar a fita métrica diretamente no abdome da gestante. A leitura ocorre quando a borda cubital da mão atinge o fundo uterino.
- g. Se a avaliação for acima ou abaixo da curva de normalidade, desconfie de erro de cálculo de idade gestacional. Caso não seja, realizar conduta compartilhada com o médico e solicitar USG obstétrica.
- h. Para facilitar a delimitação da situação fetal, deve-se perguntar a gestante em qual lado ela sente mais os movimentos fetais. O dorso estará no lado oposto.
- i. Nas situações longitudinais e apresentação cefálica, os focos podem estar nos quadrantes inferiores (direito ou esquerdo). No caso da apresentação pélvica, a ausculta pode ser avaliada nos quadrantes superiores (direito ou esquerdo).
- j. Padrão da FC fetal (110 a 160 bpm). Se identificado anormalidades (bradi ou taquicardia) solicitar USG obstétrica. Constatar a presença, ritmo e frequência dos BCF: 12^a semana (Sonar Doppler) e 20/22^a semanas (Estetoscópio de Pinard).

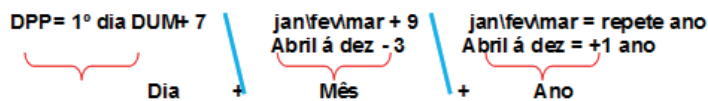
6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Domínio dos aspectos teóricos e práticos conforme o protocolo do MS para gestação saudável.
- Organização dos insumos necessários para execução do procedimento.

7. RECOMENDAÇÕES

- Cálculo de DPP e IGG:

- Cálculo da DPP



- Cálculo da IGG:

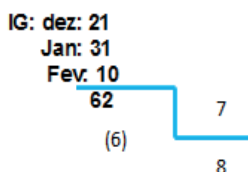
* IGG Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida e certa:

USO DO CALENDÁRIO: some o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas);

EXEMPLO:

DUM: 10 /12/2017

Data atual: 10/02/2018



IG : 8 semanas e 6 dias

USO DE DISCO (GESTOGRAMA): coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês do último ciclo menstrual e observe o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

*Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:

Se o período foi no início, meio ou fim do mês, considere como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente. Proceda, então, à utilização de um dos métodos descritos.

* Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos:

Inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que habitualmente ocorrem entre 18 e 20 semanas. Para DUM desconhecidas, pode ser utilizada a regra de Mc Donald, em que a IG é o produto da AU multiplicado por 8 e dividido por 7. E para determinar clinicamente solicitar USG obstétrica o mais breve possível.

Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) =
$$\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)} \times \text{Altura (m)}}$$

8. REFERÊNCIAS


BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

REZENDE, J. **Obstetrícia fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2020.

SEÇÃO 3

ENFERMAGEM CIRÚRGICA I
ENFERMAGEM CIRÚRGICA II

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 3</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 032	VERSÃO Nº 2	pag. 190 a 192	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM CIRÚRGICA I				
Título: Cuidados de Enfermagem no Curativo de Dreno de Penrose				
Elaborado por:	Mikaela Dantas Dias Madruga Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Cirúrgica II.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII - Integrado Enfermagem Cirúrgica I; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Mikaela Dantas Dias Madruga Salmana Rianne Pereira Alves Maria Sueli de Menezes Valdiléia da Silva Ferreira Torres			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII - Integrado Enfermagem Cirúrgica I; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

O dreno de capilaridade ou Penrose é feito de um tubo chato de látex macio e flexível com diâmetro variando de 1 a 3 cm. Geralmente é utilizado para drenar material purulento, sangue ou serosidade de uma cavidade corporal. É um dos drenos mais eficientes em uso na atualidade. Deve ser exteriorizado por uma contra abertura e não pela incisão operatória pelo risco de promover infecção de ferida e deiscência de sutura, sendo fixado a pele por fio de sutura absorvível. Quando a drenagem não é mais necessária, o dreno pode ser removido de uma só vez ou mobilizado conforme prescrição médica (CESARETTI; SAAD, 2002).

2. OBJETIVO

- Ministar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para controle e monitorização do dreno de penrose;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcione ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Revisar os cuidados com dreno de penrose, prevendo e evitando danos ao paciente;
- Padronizar a execução do procedimento que envolve controle e monitorização do dreno de penrose;
- Assegurar estabilidade e apoio para que o discente possa desenvolver o procedimento com segurança.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **Bandeja contendo:**
 - Material para curativo conforme POP de curativos simples;
 - Dispositivo para coleta do efluente;
 - Copo graduado para mensuração de débito (s/n);
 - Lençol móvel ou impermeável (s/n);
 - Saco para lixo;
 - Soro fisiológico 0,9%;
 - Gaze estéril e algodão de álcool 70%;
 - EPIs.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos, conforme POP de Higienização Simples das Mãos;^a
- Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível explicando o procedimento;^b
- Lavar novamente as mãos e preparar o material;
- Separar uma bandeja para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional;
- Separar o material para o procedimento, colocando em uma bandeja;^c
- Reunir o material e colocar próximo ao paciente na mesa de cabeceira;
- Paramentar-se adequadamente;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Utilizar EPI's.
- Iniciar o procedimento de acordo com o POP de curativos simples;^d
- Medir débito existente, se com o saco coletor;^e
- Proteger a pele do contato direto com o dreno através de gazes;
- Ocluir o óstio e dreno utilizando dois pacotes de gazes;

Figura 1: Ocluindo o óstio



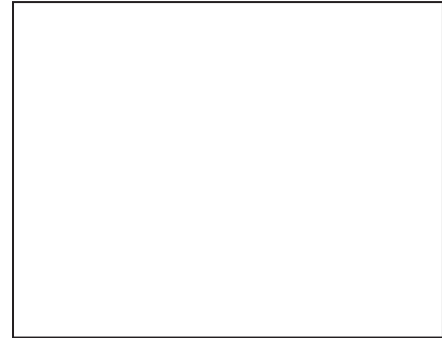
Fonte: Imagem extraída do site Soluções Industriais, 2020

- O dreno de Penrose deve ser tracionado em cada curativo (exceto quando contraindicado);
- Cortar o excesso do dreno de penrose;

OBSERVAÇÕES

- a. Reduzir a contaminação por microrganismos.
- b. Minimizar o estresse do paciente e da família.
- c. Facilitar e otimizar o procedimento.
- d. Propiciar a eficiência do procedimento.
- e. Quantificar e registrar conteúdo drenado. Caracterizar o conteúdo para: hemático, seroso, sero sanguinolento e purulento.

- Fixar as gazes com adesivo biocompatível com o paciente;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Recolher todo o material e desprezar o conteúdo drenado no expurgo;
- Higienizar as mãos com água e sabão conforme descrito no POP de Higienização das mãos;
- Registrar aspectos de evolução da área peridreno, e eventuais queixas do paciente.



6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme descrito;
- Realizar o procedimento conforme descrito;
- Registrar a realização do procedimento no prontuário do paciente.

7. RECOMENDAÇÕES

- Ocluir com compressa gaze estéril e fita (esparadrapo) inicialmente, e, em caso de pouca drenagem;
- Acople uma bolsa coletora adesiva caso a drenagem esteja aumentada e para mensuração do débito;
- O dreno de Penrose deve ser tracionado conforme prescrição médica, desprezando-se o excesso distal;
- Atentar para fixação do dreno e permeabilidade.

8. REFERÊNCIAS

CESARETTI, I. U. R.; SAAD, S. S. Drenos laminares e tubulares em cirurgia abdominal; fundamentos básicos e assistenciais. **Acta Paul. Enf.** v.15, n. 3, p. 97 -106, jul./set., 2002.

MOZACHI, N. **O hospital: manual do ambiente hospitalar.** 4 ed. Curitiba: os autores, 2017.

LECH, J. **Manual de Procedimentos de enfermagem.** 2 ed. São Paulo: Livraria e Editora Martinari, 2007.

SMELTZER, S.C. BARE B.G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SWEARINGEN, P. **Manual de Enfermagem no Cuidado Crítico.** 4 ed. São Paulo: Artemed, 2005.

SOLUÇÕES INDUSTRIAIS. **Dreno de Pentose.** 2020. Disponível em <https://www.solucoesindustriais.com.br/empresa/instrumentacao/vital-hospitalar/produtos/hospitalar/dreno-de-pentose>. Acesso em: 08 jun 2020.

OLIVEIRA, RG. **Blackbook: Enfermagem.** Belo Horizonte: Blackbook, 2016.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 3</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 033	VERSÃO Nº 2	pag. 193 a 196	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM CIRÚRGICA I				
Título: Manipulação e Controle da Drenagem Torácica Fechada pela Enfermagem				
Elaborado por:	Mikaela Dantas Dias Madruga Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Cirúrgica I;			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII - Integrado Enfermagem Cirúrgica I; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Mikaela Dantas Dias Madruga Salmana Rianne Pereira Alves Maria Sueli de Menezes Valdiléia da Silva Ferreira Torres			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII - Integrado Enfermagem Cirúrgica I; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

A drenagem torácica é uma técnica utilizada para remover fluidos ou ar que se encontram acumulados na cavidade pleural. Esse procedimento é essencial para promover a manutenção e reestabelecimento da pressão negativa do espaço pleural, manter a função cardiorrespiratória e estabilidade hemodinâmica. Dentre os fluidos que podem estar alojados nesse espaço estão o ar (pneumotórax), sangue (hemotórax), pus (empiema), linfa (quilotórax) e água (hidrotórax) que, na maior parte das situações, decorrem de processos infecciosos, traumas, procedimentos cirúrgicos ou iatrogênicos (CIPRIANO; DESSOTE, 2011).

2. OBJETIVO

- Ministrando aspectos teóricos e demonstrar o procedimento técnico e cuidados de Enfermagem estratégicos para a substituição do sistema de drenagem torácica e retirada do dreno de tórax;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcione ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Habilitar o discente para manipulação da drenagem torácica, sem riscos para provocação de eventos adversos;
- Padronizar o procedimento de substituição do sistema de drenagem torácica;
- Padronizar o procedimento de retirada do dreno de tórax;

- Instrumentalizar o discente para identificar os sinais indicativos de resolatividade ou insucesso desses procedimentos.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

4.1 TROCA DO SISTEMA DE DRENAGEM FECHADA DE TÓRAX

- **Bandeja contendo:**
 - EPI's;
 - Esparadrapo;
 - Gazes estéril;
 - Material para curativo simples;
 - Soro fisiológico 0,9%;
 - Solução de clorexidina alcoólica;
 - 2 pinças com sistema de trava eficaz;
 - 1 sistema de coletor de drenagem torácica previamente montado incluindo selo d'água de 500 ml de soro fisiológico ou água destilada estéril;
 - Etiqueta de identificação;
 - Caderneta para anotações.

4.2 RETIRADA DE DRENO DE TÓRAX

- **Bandeja contendo:**
 - EPI's
 - Material para curativo simples;
 - Soro fisiológico 0,9%;
 - Solução de clorexidina alcoólica;
 - 1 lâmina de bisturi;
 - 4 pacotes de gazes estéreis;
 - Esparadrapo;
 - Saco de lixo;
 - Caderneta para anotações.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

5.1 TROCA DO SISTEMA DE DRENAGEM FECHADA DE TÓRAX

- Organizar o material adequado para o procedimento;^a

Figura 1: Coletor de drenagem



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020

- Higienizar as mãos com água e sabão conforme descrito no POP específico;^b

OBSERVAÇÕES

- Compor o selo d'água na sala de procedimentos de Enfermagem utilizando 500 ml de soro fisiológico, ou água destilada estéril que permitam submersão de 2 cm do marriot.
- Reduzir a contaminação por microrganismos.

- Identificar-se, checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o paciente e a família sobre o procedimento a ser realizado;^c
- Utilizar os EPI's;
- Clampear o dreno com 2 pinças em posições opostas;^d
- Desconectar o sistema de drenagem do dreno torácico;^e
Reconectar o dreno ao sistema de drenagem previamente montado;^f
- Conservar o sistema sempre abaixo do nível da cintura do paciente;^g

Figura 2: localização do sistema de drenagem



Fonte: Facene/Famene, 2020

Figura 3: reforço da conexão



Fonte: Facene/Famene, 2020

- Retirar as pinças;
- Validar o funcionamento do sistema através da constatação de oscilação de uma bolha na extensão;
- Desprezar o sistema de drenagem retirado conforme normas da CCIH da instituição;
- Descartar os EPIs;
- Higienizar as mãos com água e sabão conforme descrito no POP específico;
- Fazer as anotações devidas no prontuário do paciente.^h

5.3 RETIRADA DE DRENO DE TÓRAX

- Orientar o paciente e a família sobre o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos com água e sabão conforme descrito no POP específico;

- c. Minimizar o estresse do binômio.
- d. Para preservar a pressão intrapleural existente. Utilizar o tempo mínimo necessário para de clameamento.
- e. Protegendo a extremidade distal do dreno com gazes estéreis.
- f. Reforçar a conexão com esparadrapo para proteger contra trações indesejadas.
- g. Evitar o retorno do conteúdo do frasco para o espaço pleural.
- h. Registrar data, hora, aspecto e volume desprezados, dados que subsidiem a função ventilatória do paciente e assinatura do executante.

- Dispor material para curativo;
- Utilizar os EPI's;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal elevado a 30° com os membros superiores acima da cabeça;
- Retirar a cobertura com as pinças do curativo;ⁱ
- Realizar a limpeza da região com soro fisiológico 0,9% e antissepsia com clorexidina alcoólica 0,5%;
- Retirar o ponto cirúrgico que fixa o dreno;
- Utilizar pinça excedente para pinçar o dreno em sua porção mais proximal;^j
- Orientar o paciente para realizar uma inspiração sustentada enquanto o dreno é totalmente tracionado;^k
- Ocluir o óstio com um chumaço de gazes imediatamente após a retirada do dreno;^l
- Orientar para inspirar e expirar normalmente;
- Retornar o paciente para posição confortável;
- Recolher e desprezar os materiais conforme normas da CCIH da instituição;
- Descartar os EPIs;
- Higienizar as mãos com água e sabão conforme descrito no POP específico;
- Fazer as anotações devidas no prontuário do paciente.^m

- i. Atentar para não tracionar o dreno acidentalmente.
- j. Para prevenir refluxo de conteúdo residual do dreno sobre a cama.
- k. Para evitar entrada do ar ambiente.
- l. O curativo deverá ficar ocluído por 24 horas atentando para eventuais drenagens de efluentes.
- m. Fazer constar data, hora, resposta do paciente ao procedimento e assinatura do executante.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE


- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme descrito;
- Assegurar vedação do sistema e proteção contra desconexão eventual;
- Assegurar a realização do procedimento sem riscos para o paciente;
- Registrar a realização do procedimento no prontuário do paciente.

7. RECOMENDAÇÕES

- Na reutilização eventual do mesmo sistema de drenagem, seguir os passos do POP padronizado, desprezando o conteúdo do sistema e substituí-lo por nova solução fisiológica, ou água destilada estéril, assegurando os princípios assépticos do procedimento;
- Manter duas pinças próximo ao leito para clampagem do dreno nas desconexões acidentais.

8. REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. F.; FERREIRA, H. P. C.; FISCHER, G. B. Malformações pulmonares congênitas. **J. Bras. Pneumol.** v. 37, n. 2, p. 259-271. 2011.
- CIPRIANO F. G.; DESSOTE L. U. **Drenagem Pleural.** Medicina Ribeirão Preto. V. 44, n. 1 p. 70-8, 2011.
- FELICETTI, J.; CAMARGO, J. Conduas em Pneumologia: traumas torácicos. V. 2. Rio de Janeiro: **Revinter**, 2001. p. 1053-1075.
- PARRA, A. V.; AMORIM, R. C.; WIGMAN, S. E.; BACCARIA, L. M. Retirada de dreno torácico em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 2 p. 116-19, abr/jun 2005.
- SWEARINGEN, P. **Manual de Enfermagem no Cuidado Crítico.** 4. ed. São Paulo: Artemed, 2005.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 3</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 034	VERSÃO Nº 2	pag. 197 a 199	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM CIRÚRGICA I				
Título: Cuidados de Enfermagem no Esvaziamento do Coletor de Dreno de Sucção				
Elaborado por:	Mikaela Dantas Dias Madruga Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Cirúrgica I.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII - Integrado Enfermagem Cirúrgica I; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Mikaela Dantas Dias Madruga Salmana Rianne Pereira Alves Maria Sueli de Menezes Valdiléia da Silva Ferreira Torres			
Setor:	Laboratório Multidisciplinar VIII - Integrado Enfermagem Cirúrgica I; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

Os drenos são dispositivos colocados no interior de uma ferida ou cavidade, visando a saída de fluidos ou ar, de forma preventiva ou para tratamento, evitando dessa forma, acúmulo de líquido e removendo coleções diversas (secreções normais ou patológicas) de cavidades naturais, vísceras, locais de cirurgia, como também orientar trajetos fistulosos (SOUZA, CHVES, et al., 2014). Os drenos de sucção são empregados em cirurgias, com a proposta de diminuir formação de hematomas. O hematoma formado prejudica a capacidade de cicatrização devido ao aumento de pressão no sítio cirúrgico e consequente redução da perfusão tecidual, sendo considerado fator predisponente ao aparecimento de infecções (CESARETTI, SAAD, 2002).

2. OBJETIVO

- Ministar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidados de enfermagem estratégicos para o procedimento de esvaziamento do coletor de dreno de sucção.
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcione ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Habilitar o discente para manipulação da drenagem de sucção, sem riscos para provocação de eventos adversos;
- Padronizar o procedimento de esvaziamento do coletor do dreno de sucção;

- Instrumentalizar o discente para identificar os sinais indicativos de resolutividade ou insucesso desses procedimentos.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **Bandeja contendo:**
 - Luvas de procedimento;
 - Máscara facial e óculos para proteção ocular;
 - Copo graduado em mililitros.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Organizar o material adequado para o procedimento;^a
- Higienizar as mãos com água e sabão conforme descrito no POP de Higienização das mãos;^b
- Identificar-se, checar o nome e o leito do cliente;
- Preparar o paciente e a família acerca do procedimento a ser realizado;^c
- Utilizar EPI's;
- Clampear o dreno;^d

Figura 1: Clampeando o dreno



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020

- Abrir a tampa do coletor;^e
- Desprezar o conteúdo do dreno no copo graduado;^f

Figura 2: Copo graduado



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020

- Instituir pressão negativa no coletor, comprimindo-o sobre uma superfície plana;
- Fechar o coletor e desclampar o dreno;^g
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Recolher todo o material e desprezar o conteúdo drenado no expurgo;
- Retirar os EPIs;
- Higienizar as mãos com água e sabão conforme descrito

OBSERVAÇÕES

- Facilitar e otimizar a execução da tarefa.
- Reduzir a contaminação por microrganismos.
- Minimizar o estresse do binômio.
- Para isolamento dos meios internos e externos.
- Atentar para não produção de respingos.
- Para quantificar o conteúdo drenado.
- Certificar-se sobre a perviedade do sistema.

- no POP de Higienização das mãos;
- Proceder com as anotações no prontuário do paciente, fazendo constar data, hora, quantidade, qualidade do volume drenado e assinatura do executante;^h

Figura 3: Coletor



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020

- Repetir o procedimento a cada 6 horas ou quando se fizer necessário.

- h. Qualificar o conteúdo drenado como hemático, serohemático e ou seroso.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme descrito;
- Realizar o procedimento conforme descrito;
- Registrar a realização do procedimento no prontuário do paciente.

7. REFERÊNCIAS

ASPÁSIA, B. G. S. et al. **Enfermagem em clínica médica e cirúrgica: teoria e prática**. São Paulo: Martinri, 2014.

CESARETTI, I. U. R.; SAAD, S. S. Drenos laminares e tubulares em cirurgia abdominal; fundamentos básicos e assistencial. **Acta Paul. Enf.** v.15, n. 3, p. 97 -106, jul./set., 2002.

DIOGO FILHO, A.; MESQUITA, L. E. A. **Drenos de superfície torácica e abdominal**. FAMED/UFU, 2010. Disponível em: Acesso em: 19 de março de 2016.

POHL, F. F.; PETROIANU, A. **Tubos, sondas e drenos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SMELTZER; S. C; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SWEARINGEN, P. **Manual de Enfermagem no Cuidado Crítico**. 4 ed. São Paulo: Artemed, 2005.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 3</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 035	VERSÃO Nº 2	pag. 200 a 205	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM CIRÚRGICA I				
Título: Cuidados de Enfermagem com a Aspiração, Curativos e Troca de Cânula da Traqueostomia				
Elaborado por:	Mikaela Dantas Dias Madruga Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Cirúrgica I.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII - Integrado Enfermagem Cirúrgica I; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Mikaela Dantas Dias Madruga Salmana Rianne Pereira Alves Maria Sueli de Menezes Valdicléia da Silva Ferreira Torres			
Setor:	Laboratório Multidisciplinar VIII - Integrado Enfermagem Cirúrgica I; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

Traqueostomia é o procedimento cirúrgico convencional ou percutâneo, podendo ser temporária ou definitiva. Na percutânea necessita uma broncoscopia, na convencional consiste na abertura da face anterior da traqueia entre o 2º e 3º anel traqueal, indicada para um acesso às vias aéreas inferiores com intuito de fornecer um suporte ventilatório, após uma intubação prolongada (período maior que 7 dias), desmame difícil da ventilação mecânica e também favorece uma disponibilidade maior de opções de alimentação e de comunicação para os paciente (VIANA, TORRE, 2017).

De acordo com Viana, o autor supracitado, a aspiração pela traqueostomia trata-se de um procedimento essencial e imprescindível em pacientes hipersecretivos com inabilidade para expectoração espontânea que é determinada vários sinais e sintomas clínicos, como tosse ou secreções, diminuição dos níveis de oxigênio arterial (SaO₂), dificuldade respiratória, presença de ruídos adventícios (roncos, estertores bolhosos) à ausculta do tórax. O curativo da traqueostomia consiste na limpeza da pele ao redor do local da inserção da cânula (RICZ et al., 2011).

2. OBJETIVO

- Ministar aspectos teóricos e cuidados de enfermagem necessários para os procedimentos de

- Aspiração, Curativos e Troca de cânula da Traqueostomia;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- A Traqueostomia tem como finalidade a constituição de uma via aérea artificial quando a via fisiológica se encontrar comprometida ou incapacitada para assegurar uma troca ventilatória eficaz.
- A aspiração da traqueostomia tem como finalidade a remoção de secreções endotraqueais e manutenção da permeabilidade da via aérea artificial.
- O curativo da traqueostomia tem por finalidade tratar e preservar a integridade cutânea periostomia.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

4.1 CURATIVO DA TRAQUEOSTOMIA

- **Bandeja contendo:**
 - Luva de procedimento
 - Gaze estéril
 - Tesoura
 - Pacote de curativo
 - Curativos especiais (s/n)
 - Cuba rim
 - Cadarço
 - Conjunto de cânula de traqueostomia estéril (no caso de troca de cânula) que pode ser cânula metálica; cânula plástica sem balão (sem cuff); cânula plástica com balão (com cuff)
 - Soro fisiológico 0,9%
 - Coletor para lixo

4.2 ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL

- **Bandeja contendo:**
 - Cateteres de aspiração traqueal estéreis
 - Luvas estéreis
 - EPI's
 - Seringa de 5 ou 10 ml
 - Estetoscópio
 - Cuba para soro fisiológico ou água destilada estéril para irrigação
 - Fonte de vácuo canalizado ou aspirador portátil com látex estéril
 - Fonte de oxigênio
 - Cateter de O₂

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

5.1 CURATIVO DA TRAQUEOSTOMIA

- **Curativo simples**
 - Higienização das mãos conforme POP específico;
 - Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
 - Reunir todo o material e colocá-lo na mesa de cabeceira;
 - Explicar o procedimento ao paciente;^a
 - Posicionar o paciente em Fowler semi elevado;^b
 - Abrir, com a técnica, o material do curativo;
 - Calçar as luvas;

OBSERVAÇÕES

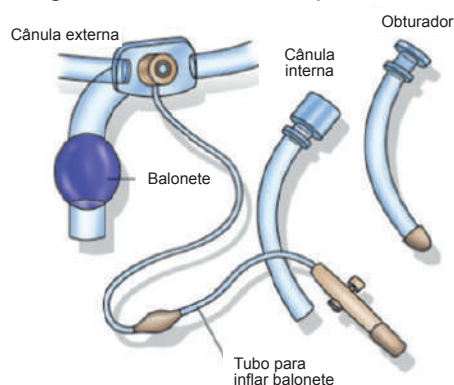
- Para conseguir a sua colaboração.
- Para facilitar expansibilidade torácica e trabalho diafragmático.

- Realizar o curativo da região periostomia conforme POP específico;^c
- Trocar o cadarço;^d
- Colocar uma gaze seca e dobrada entre a pele e a placa externa da cânula ou uso de curativos especiais;^e
- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem; Levar o material para a sala de higienização;
- Higienização das mãos conforme POP específico;
- Realizar as anotações no prontuário;^f

• **Troca da cânula de Traqueostomia**

- Realizar o curativo simples conforme técnica descrita;
- Auxiliar o paciente a sentar-se no leito, mantendo o tórax em posição elevada, apoiado por travesseiros, com o pescoço ligeiramente estendido ou eleve a cabeceira do leito (se não tiver nenhuma contraindicação);
- Usar o avental e coloque a máscara e a proteção para os olhos;
- Promover suplementação de O₂;^g
- Realizar aspiração endotraqueal;^h
- Preparar a cânula de traqueostomia (FIGURA 1) coloque o cadarço ou a fita através dos orifícios laterais da cânula, passando por de trás da base, segure as pontas dos cadarços com os dedos e lubrifique a cânula se for necessário;

Figura 1: Cânula de traqueostomia.



Fonte: POTTER, 2017.

- Se possuir balonete (Cuff) desinsuflar;
- Retirar a cânula externa suja do pescoço do paciente removendo o cadarço, tendo em mente a sua curvatura, solicitando que o paciente expire profundamente;
- Limpar ao redor do estoma com SF 0,9%, (FIGURA 2);
- Avaliar a pele ao redor do estoma;
- Posicionar a cânula (cânula com o mandril, adaptar o mandril a cânula interna, retirar o guia imediatamente, após colocação da cânula) com o guia posicionado em movimento rápido e preciso reintroduzir a cânula externa;

- c. Avaliar prejuízo na integridade cutânea e ou sinais flogísticos.
- d. Atentar para não pressionar grandes vasos da região cervical (carótida e jugular).
- e. Para evitar efeitos nocivos do contato direto de secreção traqueal com a pele.
- f. Registrar prejuízo na integridade cutânea e eventual existência de sinais flogísticos.
- g. Para minimizar os riscos de hipóxia ocasional.
- h. Para permeabilizar a via aérea.

- Retirar imediatamente o guia;

Figura 2: Limpar ao redor do estoma



Fonte: POTTER, 2017

- Se balonete (Cuff) insuflar o mesmo com uma seringa de 20 cc e testar o mesmo com um cuffômetro para observar pressões do balonete (20 a 34 cmH₂O ou 15 - 25 mmHg)
- Fixar com o cadarço ou a fita com segurança, ao redor do pescoço;

Figura 3: Fixar com o cadarço ou a fita com segurança, ao redor do pescoço



Fonte: POTTER, 2017

- Colocar a cânula interna na posição;
- Descartar as luvas e avaliar o paciente;
- Observar ventilação do paciente;
- Deixar o paciente confortável;
- Higienização das mãos conforme POP específico;
- Realizar as anotações no prontuário;
- Manter a unidade em ordem.

5.2 ASPIRAÇÃO DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA

- Explicar o procedimento para o paciente antes de iniciar;
- Colocar o paciente em posição de Fowler (se possível);
- Iniciar lavando as mãos completamente;
- Ligar a fonte de aspiração (a pressão não deve exceder 120 mmHg);
- Abrir o pacote do cateter de aspiração;
- Encher a cuba com SF 0,9% estéril;
- Ventilar o paciente com a bolsa de ressuscitação e oxigênio em alto fluxo;

- Vestir a luva estéril na mão dominante;
- Pegar o cateter de aspiração com a mão enluvada e conectá-lo a aspiração;

Figura 4: Pegar o cateter de aspiração com a mão enluvada e conectá-lo a aspiração



Fonte: POTTER, 2017

- Hiperinsuflar os pulmões do paciente utilizando a bolsa válvula máscara (AMBU), conectado ao oxigênio;
- Solicitar que o paciente execute inspirações profundas;
- Inserir o cateter de aspiração ocluindo a entrada de ar do cateter, ou seja, sem aspirar;

Figura 5: Inserir o cateter de aspiração ocluindo a entrada de ar do cateter



Fonte: POTTER, 2017

- Aplicar aspiração enquanto retira e, delicadamente, gira o cateter 360° (por não mais do que 5 a 10 segundos), porque hipóxia e arritmias podem se desenvolver levando a parada cardíaca;
- Reoxigenar e inflar os pulmões do paciente por várias respirações;
- Repetir as aspirações enquanto houver secreção nas vias respiratórias;
- Aspirar a parte nasal e parte oral da faringe após finalizar a aspiração traqueal;
- Enxaguar o cateter de aspiração até que a conexão esteja limpa;
- Descartar o cateter, as luvas e a cuba adequadamente;
- Proteja a conexão do aspirador;
- Avalie a eficácia da aspiração.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento conforme POP de higienização simples das mãos;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme a descrito;
- A cânula de traqueostomia é composta pelas seguintes partes: cânula externa (possui placa com aberturas para fixação no pescoço); cânula interna ou intermediário; guia (somente alguns tipos);
- Realizar o procedimento conforme a técnica;
- Nunca corte as compressas de gaze para fazer o curativo, pois os pequenos fios que se soltam podem entrar na traqueia e pulmões, causando tosse e irritações;
- Registrar a realização do procedimento no prontuário do paciente;
- A troca da cânula deverá ser realizada pelo enfermeiro ou médico, 5 dias após a instalação ou conforme protocolo da instituição;
- A troca do cadarço deverá ser realizada quando necessário de forma que a fixação seja bem ajustada ao pescoço, de tal forma que a cânula não se mobilize com a movimentação do paciente;
- A aspiração traqueal deverá ser realizada sempre antes da manipulação da cânula;
- No caso do uso de cânula metálica, a subcânula deverá ser limpa diariamente, algumas cânulas possuem um conector com uma trava giratória, sendo necessário girá-lo para desencaixá-lo da cânula externa;
- Realizar a limpeza da cânula metálica com água corrente, usando detergente neutro e escova fina ou uma pinça e gaze para retirar toda a secreção acumulada, tanto por dentro como por fora por 3 vezes ou conforme a necessidade;
- Enxaguar bem, retirando todo o detergente, não utilize produtos à base de cloro na cânula metálica (hipoclorito, água sanitária, etc.), pois podem danificá-la; seque a cânula interna com gaze ou papel toalha; recoloque-a na cânula externa e gire o conector até travar (caso possua trava giratória).

7. REFERÊNCIAS

VIANA, R.A.P.P; TORRE, M. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas integrativas**. Barueri, São Paulo: Manole, 2017.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 4 ed. São Paulo: Editora Alheneu, 2016.

Centro integrado de Diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa. Manual: Orientações para pacientes com traqueostomia. Disponível em: <https://www.accamargo.org.br/sites/default/files/2018-07/manualtraqueostomia.pdf> acesso em 16/03/20.


CAMPOS, J. F.; SOUZA, S. R. O. S.; SAURUSAITIS, A. D. Auditoria de prontuário: avaliação dos registros de aspiração traqueal em terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p.358-366, 2008.

RICZ, H. M. A. et al. Traqueostomia. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 44, n. 1, p. 63-69, 2011.

SMELTZER, S.C. BARE B.G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

CAMPOS, J. F.; SOUZA, S. R. O. S.; SAURUSAITIS, A. D. Auditoria de prontuário: avaliação dos registros de aspiração traqueal em terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p.358-366, 2008.

PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN M. K. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 3</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 036	VERSÃO Nº 2	pag. 206 a 209	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM CIRÚRGICA I				
Título: Retirada de Pontos Cirúrgicos				
Elaborado por:	Mikaela Dantas Dias Madruga Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Cirúrgica I.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII - Integrado Enfermagem Cirúrgica I; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Mikaela Dantas Dias Madruga Salmana Rianne Pereira Alves Maria Sueli de Menezes Valdiléia da Silva Ferreira Torres			
Setor:	Laboratório Multidisciplinar VIII - Integrado Enfermagem Cirúrgica I; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

A retirada de pontos cirúrgicos consiste no procedimento de remoção dos fios cirúrgicos com técnica asséptica, com o objetivo de ajudar no processo de cicatrização. Antes de iniciar o procedimento, faz-se necessário avaliar a ferida operatória de forma individualizada, principalmente nos seguintes aspectos: tipo de procedimento cirúrgico (extensão e localização), ferida cirúrgica (ausência de inflamação, secreção e infecção); e condições gerais do paciente (TAZIMA; VICENTE; MORIYA, 2008).

2. OBJETIVO

- Ministrando aspectos teóricos e demonstrando procedimento técnico e cuidados de enfermagem para a retirada de pontos cirúrgicos;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcione ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Revisar os cuidados com dreno de penrose, prevenindo e evitando danos ao paciente;
- Padronizar a execução do procedimento que envolve controle e monitorização do dreno de penrose;
- Assegurar estabilidade e apoio para que o discente possa desenvolver o procedimento com segurança.

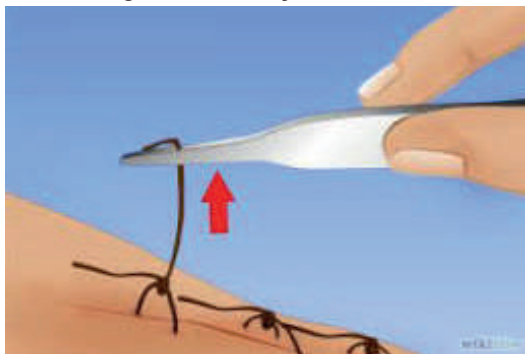
4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **Bandeja contendo:**
 - Pacote ou kit de curativo contendo 01 pinça Kelly reta, 01 pinça anatômica de dissecação, 01 pinça anatômica de dissecação, 01 tesoura cirúrgica Spencer ou Íris;
 - Gaze estéril;
 - Soro Fisiológico a 0,9%;
 - Luvas de procedimento;
 - Cuba redonda;
 - Fita crepe;
 - Saco plástico;
 - Biombo, se necessário.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Certificar-se da indicação do procedimento;
- Organizar o material necessário;^a
- Higienizar as mãos com água e sabão conforme descrito no POP de Higienização das mãos;^b
- Identificar-se, checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o paciente e a família sobre o procedimento a ser realizado;^c
- Promover privacidade com o biombo SN;
- Posicionar o paciente para melhor exposição da área a ser manipulada;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;^d
- Calçar as luvas;
- Retirar o curativo anterior (se houver);^e
- Realizar limpeza da ferida cirúrgica com auxílio de uma pinça com gaze estéril embebida com SF 0,9%, secando-a em seguida;^f
- Deixar uma gaze próxima a ferida cirúrgica para receber os fios retirados;
- Sustentar o fio de sutura com a pinça anatômica, efetuando leve torção desse fio até exposição do segmento que estava sob a pele;

Figura 1: Elevação do fio.



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020.

- Cortar o fio abaixo do nó cirúrgico, próximo a pele e puxá-lo;^g

OBSERVAÇÕES

- a. Facilitar e otimizar o procedimento.
- b. Reduzir a contaminação por microrganismos.
- c. Minimizar o estresse do paciente e da família.
- d. Complementando com gazes estéreis necessárias para o procedimento.
- e. Avaliar a evolução do processo de cicatrização, aproximação de bordas e a evidência de sinais flogísticos;.
- f. Repetindo este procedimento quantas vezes for necessário.
- g. Utilizar a ponta romba da tesoura entre o fio e a pele; o fio deve ser cortado apenas de um lado.

Figura 2: Corte do fio.



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020.

Figura 3: tesoura para corte do fio.



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020.

- Retirar o fio com o auxílio da pinça e colocando-o na gaze separada anteriormente;
- Após a remoção dos pontos da incisão cirúrgica, realizar uma nova limpeza da ferida operatória com a 2ª pinça disponível, fizes e soro fisiológico;
- Secar a incisão cirúrgica;
- Deixar o cliente confortável e o ambiente organizado;
- Desprezar o material no expurgo;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos com água e sabão conforme descrito no POP de Higienização das mãos;
- Fazer as anotações devidas no prontuário do paciente.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se sobre a indicação de retirada total ou alternada dos pontos cirúrgicos;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento;
- Separar o material necessário para o procedimento conforme descrito;
- Realizar o procedimento conforme descrito;
- Registrar a realização do procedimento no prontuário do paciente.

7. RECOMENDAÇÕES

- Notificar previamente o cirurgião quando a ferida operatória apresenta sinais que inviabilizem a retirada total dos pontos (sangramento, deiscência, evisceração);
- Em geral, para uma ferida operatória suficientemente cicatrizada, os fios de suturas são removidos em 7 a 10 dias após a sua inserção. Porém, não é conveniente fixar prazos exatos, uma vez que o processo de cicatrização obedece a fatores individualizados como nutrição, obesidade, oxigenação, diabetes, infecção, entre outros;
- Se durante o procedimento ocorrer a complicação de deiscência da ferida cirúrgica, deve-se parar a remoção dos pontos, proteger a área com curativo compressivo embebido em soro fisiológico 0,9%, e contactar imediatamente o médico.

8. REFERÊNCIAS

LEONG, M. D.; LINDA, G.; PHILIPS, M. D. **Cicatrização**. In: Sabiston - tratado de cirurgia. 17 ed. Elsevier, p. 183-207. 2005.

MARQUES, R. G. **Técnica Operatória e Cirurgia Experimental**. Guanabara Koogan. p.325-336. 2005.

SMELTZER; S.C; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

TAZIMA, M. F. G. S.; VICENTE, Y. A. M. V. A.; MORIYA, T. Biologia da ferida e cicatrização. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 41, n. 3 p. 259-64, 2008.

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos**. Rideel. 2014.

		FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01		
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro				
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 3		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 037	VERSÃO Nº 2	pag. 210 a 214	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM CIRÚRGICA II				
Título: Degermação das Mãos, Antebraço e Cotovelo				
Elaborado por:	Mikaela Dantas Dias Madruga Paulo Emanuel da Silva Danielle Auríliia Ferreira Macedo Maximino			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Cirúrgica II.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Enfermagem Cirúrgica II; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Mikaela Dantas Dias Madruga Paulo Emanuel da Silva Karen Krystine Gonçalves de Brito			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Enfermagem Cirúrgica II; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

Higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas a assistência à saúde. Recentemente, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” devido a maior abrangência deste procedimento. O termo engloba a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos (BRASIL, 2007).

A degermação cirúrgica das mãos e dos antebraços é um procedimento que integra as atividades de paramentação cirúrgica como uma medida de prevenção de infecção do sítio cirúrgico (CUNHA et al, 2011).

2. OBJETIVO

- Ministrando aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico de degermação das mãos, antebraço e cotovelo;
- Proporcionar ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Realizar a degermação das mãos, antebraço e cotovelo garantindo agilidade no procedimento, segurança para os profissionais e pacientes, bem como minimizar qualquer possibilidade de contaminação do sítio operatório.
- Padronizar a execução do procedimento de degermação das mãos, antebraço e cotovelo, dando respaldo e apoio para que o discente possa desenvolver o procedimento com confiança.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Higienização simples das mãos
 - Água
 - Sabão líquido
- Antissepsia cirúrgica das mãos
 - Água
 - Sabão líquido
 - Escova
 - Agente antisséptico

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

5.1 Higienização simples das mãos

- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se a pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.

5.2. Antissepsia cirúrgica das mãos

- Abrir a embalagem da escova, protegendo-a dentro da mesma. Reserve;

Figura 1: Abertura da embalagem



Fonte imagens: BRASIL, 2009

OBSERVAÇÕES

Obs. 1.:

- Como trata-se de um POP para degermação, a etapa da lavagem simples, é acrescida da lavagem do antebraço até o cotovelo e encerra no enxague, devendo-se dar continuidade a sequência para a degermação com antisséptico.

Obs. 2.:

- Mantenha as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não use unhas postiças quando entrar em contato direto com os pacientes;
- Evite utilizar anéis, pulseiras e outros adornos quando assistir ao paciente;
- Aplique creme hidratante nas mãos, diariamente, para evitar ressecamento na pele.

- Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos;
- Caso a torneira não contenha foto sensor, deixar aberta durante todo o procedimento;
- Realizar a higienização simples das mãos conforme POP de Higienização das mãos, acrescido da lavagem do antebraço e cotovelo;
- Recolher do dispenser, com as mãos em concha, o antisséptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de escova impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes;

Figura 2: Utilização do antisséptico



Fonte imagens: BRASIL, 2009

- Iniciar a escovação com as cerdas da escova pelos leitos ungueais, sub-ungueais com movimentos unidirecionais por no mínimo 3 a 5 minutos ou de 10 a 15 vezes cada área durante todo o procedimento;
- Esfregar as cerdas da escova nas polpas digitais com movimentos unidirecionais;

Figura 3: Utilizando a escova



Fonte imagens: BRASIL, 2009

- Abrir a mão esquerda e com escova na mão direita, esfregar as cerdas na lateral do dedo mínimo da mão esquerda até o punho, e repetir o procedimento nos demais dedos até o polegar, neste interim friccionar as cerdas na região volar e espaços interdigitais da mão esquerda mantendo sempre as mãos elevadas em 90°; cada parte deve ser esfregada de 10 a 15 vezes;
- Virar a mão esquerda e escovar da lateral do dedo polegar até o punho e repetir o procedimento nos demais

dedos até o dedo mínimo, neste interim friccionar as cerdas na região dorsal e espaços interdigitais da mão esquerda mantendo sempre as mãos elevadas em 90°, cada parte deve ser esfregada de 10 a 15 vezes;

- Utilizar a esponja da escova para friccionar o antebraço sentindo unidirecional do punho ao cotovelo;
- Realizar movimentos de 360° no cotovelo;
- Repetir o procedimento no membro oposto;

Figura 4: Repetindo o procedimento.



Fonte imagens: BRASIL, 2009

- Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, caso a mesma não possuir foto sensor;

Figura 5: Enxaguando as mãos



Fonte imagens: BRASIL, 2009

- Seguir para Sala Operatória para a secagem das mãos.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Cerificar-se do tipo de cirurgia a ser realizada;
- Realizar degermação das mãos, antebraço e cotovelo;
- Separar o material necessário para o procedimento necessário conforme descrito;
- Realizar o procedimento conforme descrito.

7. RECOMENDAÇÕES

- Usar a máscara cirúrgica cobrindo a boca, nariz e pelos da face, sempre que entrar na sala operatória quando a cirurgia estiver por começar, em andamento ou se houver material cirúrgico exposto. Seu uso refere-se a prevenção de contato da mucosa dos integrantes da equipe cirúrgica com fluídos e sangue do paciente, bem como a redução significativa de microrganismos eliminados no ambiente durante a fala, devendo ser trocada a cada quatro horas ou sempre que

se apresentar úmida ou suja;

- A máscara cirúrgica não deve ser reaproveitada em outras cirurgias, mesmo que ainda aparente estar em boas condições de uso;
- Os óculos cirúrgicos são recomendados para todos os profissionais envolvidos no ato operatório, em todos os tipos de procedimentos, devido ao risco de contato com partículas de sangue e fluídos corpóreos;
- Trocar as vestimentas que apresentarem-se visivelmente sujas, contaminadas ou rasgadas.

8. REFERÊNCIAS


Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2007.

CUNHA, E. R. et al. Eficácia de três métodos de degermação das mãos utilizando gluconato de clorexidina degermante (GCH 2%). **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 6, p. 440-5, 2011.

GUEDES, M. et al.; Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde. **Cogitare enferm.**, v. 17, n. 2, p. 304-9, abri/jun, 2012

JANICE, B. et. al. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2004. 3 v.

LOCKS L, LACERDA JT, GOMES E, SERRATINE ACP. Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes em unidades básicas de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 3, p. 569-75, set. 2011.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>	
		<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 3</p>	
		Data da criação	06/04/2016
		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 038	VERSÃO Nº 2	pag. 215 a 219	Data da próxima revisão 14/03/2021
POP ENFERMAGEM CIRÚRGICA II			
Título: Arrumação da Sala Operatória			
Elaborado por:	Mikaela Dantas Dias Madruga Paulo Emanuel da Silva Danielle Auríliia Ferreira Macedo Maximino		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Cirúrgica II.		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Enfermagem Cirúrgica II; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Mikaela Dantas Dias Madruga Paulo Emanuel da Silva Karen Krystine Gonçalves de Brito		
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Enfermagem Cirúrgica II; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

É o meio de proporcionar o processo seguro para cirurgia, disponibilizando os materiais e equipamentos necessários para o procedimento cirúrgico. Assim como recolher os materiais utilizados e não utilizados, após cada cirurgia, para que, depois da limpeza da sala de cirurgia, possa ocorrer um novo procedimento (GOMES; PERES, 2012).

A equipe de enfermagem é responsável pela montagem da sala cirúrgica, para que o procedimento cirúrgico possa ocorrer com segurança e tranquilidade, priorizando a saúde do paciente. É preciso prever os materiais, instrumentais e equipamentos indispensáveis para a realização do procedimento cirúrgico-anestésico e prover a sala cirúrgica de todos esses itens necessários (PORTAL EDUCAÇÃO, 2012).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para o procedimento de curativo de dreno de capilaridade;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcione ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Realizar a arrumação da sala operatória de forma asséptica, garantindo agilidade no procedimento, segurança para os profissionais e pacientes, bem como afastar qualquer possibilidade de

contaminação do sítio operatório;

- Padronizar a execução do procedimento de arrumação de sala operatória, dando respaldo e apoio para que o discente possa desenvolver o procedimento com confiança.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Campos operatórios;
- Capotes;
- Luvas;
- Gazes;
- Lâmina de bisturi
- Caneta de bisturi;
- Caixas de instrumental cirúrgico;
- Cubas (rim, redonda);
- Compressas cirúrgicas;
- Material para anestesia;
- Látex.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

AO ENTRAR NA SALA:

- O profissional deverá já estar com a vestimenta própria do bloco cirúrgico, e com os EPIs necessários quais sejam: touca, máscara e propé ou calçado próprio de acordo com a rotina da instituição;
- Ler com atenção a marcação de cirurgia, observando a solicitação de materiais, medicamentos, equipamentos e outros itens essenciais ao ato cirúrgico;
- Realizar lavagem simples das mãos, de acordo com o POP de higienização das mãos;
- O circulante deverá realizar a limpeza concorrente com álcool a 70% das bancadas, mesa de instrumental (mesa de mayo), mesa dos capotes (mesa retangular) mesa de raquianestesia (mesa auxiliar de mayo) mesa cirúrgica e foco cirúrgico;
- O auxiliar de limpeza deve realizar previamente com água e sabão e realizar a desinfecção de acordo com a rotina na instituição da mesa de cirurgia, chão e paredes da sala operatória.

FIGURA 1: Limpeza geral da sala de cirurgia



FONTE: www.hospitaisemdestaque.com

CHECAR:

- Carro de medicação (quanto às medicações, equipos,

OBSERVAÇÕES

- a. Quando necessário realizar mudança da mesa cirúrgica, a exemplo da mesa específica para cirurgia ortopédica.
- b. Conferir o número de compressas no início e no final da cirurgia acrescentando quantas forem necessárias durante o ato cirúrgico.

seringas, soros, scalp, jelcos, sondas, e demais dispositivos necessários para a cirurgia;

- Carro de anestesia (traqueias, monitores, observar se as tubulações de gases estão conectadas e funcionando);
- Testar foco e bisturi elétrico;
- Aspiradores se estão limpos e prontos para o início da cirurgia;
- Funcionamento do oxímetro de pulso;
- Funcionamento da Unidade de Eletrocirurgia;
- Funcionamento da mesa de cirurgia;
- Ir para o arsenal e recolher todo material necessário para o procedimento cirúrgico observando se estão no prazo de validade.

FIGURA 2: Mesa cirúrgica



FONTE: www.catalogohospitalar.com.br

FIGURA 2: Mesa cirúrgica para ortopedia



FONTE: www.medicalexpo.com

- Prover a sala dos equipamentos solicitados;
- Verificar se o lavabo está em ordem e lavar as mãos de acordo com o POP de higienização das mãos;
- Equipar a sala com todo o material necessário para o procedimento cirúrgico (material estéril, de pronto uso e não-estéril);
- Providenciar as medicações necessárias para o procedimento anestésico-cirúrgico, assim como o material para a anestesia;
- Verificar se os impressos a serem utilizados no decorrer

da cirurgia estão em ordem e são suficientes;

- Colocar o pacote de campos e aventais, as luvas e as caixas de instrumentais necessárias ao ato cirúrgico em local adequado;
- Conferir os envelopes de fios de sutura necessários ao ato cirúrgico.

ADICIONAR:

- Luvas na mesa dos capotes;
- Luvas na bandeja de raqui e PVPI na cuba redonda da bandeja, seringas, agulha de aspiração e agulha de raqui;
- Na mesa semicircular: compressas, cuba rim, látex, lâmina de bisturi, caneta de bisturi, gazes;
- Cobrir todas as mesas com um campo simples;
- Atentar para abrir todos os pacotes na técnica correta e não contaminar os demais materiais.

FIGURA 4: Sala preparada para receber o paciente



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se do tipo de cirurgia a ser realizada;
- Realizar degermação das mãos, antebraço e cotovelo;
- Separar o material necessário para o procedimento necessário conforme descrito;
- Realizar o procedimento conforme descrito.

7. RECOMENDAÇÕES

- Usar a máscara cirúrgica cobrindo a boca, nariz e pelos da face, sempre que entrar na sala operatória quando a cirurgia estiver por começar, em andamento, ou se houver material cirúrgico exposto. Seu uso refere-se a prevenção de contato da mucosa dos integrantes da equipe cirúrgica com fluídos e sangue do paciente, bem como a redução significativa de microrganismos eliminados no ambiente durante a fala, devendo ser trocada a cada quatro horas ou sempre que se apresentar úmida ou suja;
- A máscara cirúrgica não deve ser reaproveitada em outras cirurgias, mesmo que ainda aparentemente esteja em boas condições de uso;
- Os óculos cirúrgicos são recomendados para todos os profissionais envolvidos no ato operatório, em todos os tipos de procedimentos, devido ao risco de contato com partículas de sangue e fluídos corpóreos;
- Utilizar vestimentas impermeáveis, por baixo do capote cirúrgico, caso haja risco de molhar ou contaminar a mesma;
- Trocar as vestimentas que apresentarem-se visivelmente sujas, contaminadas ou rasgadas.

8. REFERÊNCIAS

JANICE, B. et. al. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2004. 3 v.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Montagem da sala de cirurgia**. Disponível em: http://www.portaleducacao.com.br/farmacia/artigos/16911/montagem-da-sala_cirurgica#ixzz43NPTyfq.2012. Acesso em 19/mar/2016.

SOUZA, R. de et al. **Manual de normas e rotinas centro cirúrgico central de material de esterilização**. Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS-MG, 2007. Disponível em: <http://www.unilavras.com.br.html>. Acesso em 20/mar/2016.

TOLOSA, E. M. C, PEREIRA, P. R. B., MARGARIDO, N. F. **Metodização Cirúrgica: Conhecimento e Arte**. São Paulo: Atheneu, 2005.

TUDURY, E. A., POTIER, G. M. A. **Tratado de Técnica Cirúrgica**. São Paulo: MedVet, 2009, p 68-91.

GOMES, R. M. PERES, C. A. **Instrumentação cirúrgica**. São Paulo: dispersão cultural do livro, 2012.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 3</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 039	VERSÃO Nº 2	pag. 220 a 225	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM CIRÚRGICA II				
Título: Paramentação Cirúrgica				
Elaborado por:	Mikaela Dantas Dias Madruga Paulo Emanuel da Silva Danielle Auríliia Ferreira Macedo Maximino			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Cirúrgica II.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Enfermagem Cirúrgica II; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Mikaela Dantas Dias Madruga Paulo Emanuel da Silva Karen Krystine Gonçalves de Brito			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Enfermagem Cirúrgica II; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

A paramentação é um conjunto de barreiras contra a invasão de microrganismos nos sítios cirúrgicos do paciente e para proteção de exposição dos profissionais a sangue e outros fluidos orgânicos. Constitui-se na utilização de propés ou sapato privativo, uniforme privativo (jaleco e calça), gorro, máscara, capote cirúrgico, luvas estéreis e protetor ocular. O uso adequado da paramentação inicia-se pela sequência de sua colocação, quando a touca, seguida do jaleco e da calça comprida, são colocados no vestiário. O propé é calçado ao sair do vestiário. A máscara deve ser transportada no bolso do uniforme (e não no pescoço, para evitar sua colonização antecipada), sendo usada por todos os membros da equipe apenas para entrar na área restrita, sala operatória (SO). O capote é vestido pelos cirurgiões e instrumentadores na SO, após a degermação e secagem das mãos, permanecendo até o final das cirurgias. As luvas são calçadas pelos cirurgiões e instrumentadores, logo após o capote (PAZ et al., 2000).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidados de enfermagem estratégicos para o procedimento de paramentação cirúrgica;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcione ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Realizar a paramentação cirúrgica para promover formação de barreira contra a invasão de microrganismos no sítio cirúrgico e proteger os profissionais envolvidos no ato cirúrgico contra fluídos corpóreos;
- Padronizar a execução do procedimento de paramentação cirúrgica, dando estabilidade e apoio para que o discente possa desenvolver o procedimento com confiança.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Roupa privativa do Centro Cirúrgico;
- Gorro;
- Propés ou sapato privativo do Centro Cirúrgico;
- Óculos de proteção;
- Máscara cirúrgica;
- Capote cirúrgico;
- Compressas estéreis;
- Luvas cirúrgicas estéreis.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Vestir a roupa privativa, propés ou sapato privativo, gorro ao entrar nas instalações internas do Centro Cirúrgico;
- Antes de realizar a degermação das mãos, colocar a máscara cirúrgica e os óculos de proteção;
- Realizar degermação das mãos de acordo com o POP de Degermação das mãos;
- Entrar na sala operatória com os membros superiores fletidos para cima, sem encostá-los em áreas não estéreis;
- Solicitar o pacote de capotes cirúrgicos e compressas estéreis ao circulante de sala e aguardar sua abertura;
- Retirar a compressa acondicionada ao lado dos capotes e realizar a secagem das mãos, punho, antebraço e cotovelo frente e verso com movimentos unidirecionais;

Figura 1: Secando as mãos

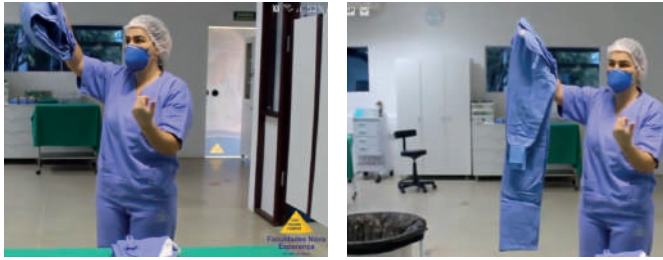


Fonte: Facene/Famene, 2020

- Repetir o mesmo procedimento no membro oposto;
- Desprezar a compressa cirúrgica no hamper;
- Pegar o capote pela parte interna, pelas dobras do decote, pegando-o como um todo, levantando-o e se afastando da mesa;
- Abri-lo com movimentos delicados e firmes, ficando em frente a posição certa para ser vestida. Não encostar a parte externa do capote em nenhuma área não estéril;

OBSERVAÇÕES

Figura 2: Vestindo o capote



Fonte: Facene/Famene, 2020

- Segurar o capote com ambas as mãos e introduzi-las ao mesmo tempo nas respectivas mangas;

Figura 3: Vestindo o capote



Fonte: Facene/Famene, 2020

- Solicitar que o circulante de sala amarre os cordões posteriores ao capote;

Figura 4: Amarrando o capote



Fonte: Facene/Famene, 2020

- Abrir a embalagem interna da luva cirúrgica sobre superfície, com campo estéril, e expor as luvas de modo que os punhos fiquem voltados para o executante;

Figura 5: Abrir a luva estéril



Fonte: Facene/Famene, 2020

- Com o polegar e o indicador da mão não-dominante, segurar o punho dobrado da luva esterilizada para a mão dominante;

Figura 6: Calçando as luvas



Fonte: Facene/Famene, 2020

- Erguer e segurar a luva com os dedos voltados para baixo. Cuidar para que ela não toque objetos não esterilizados;

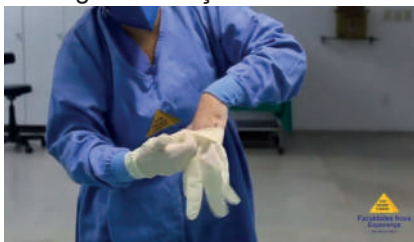
Figura 7: calçando as luvas



Fonte: Facene/Famene, 2020

- Inserir a mão não-dominante na luva e puxá-la. Deixar o punho dobrado até que a outra luva seja colocada;

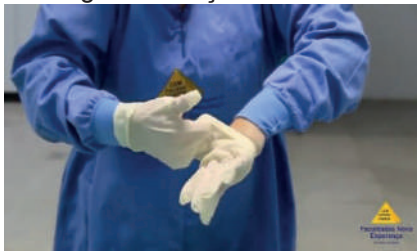
Figura 8: calçando as luvas



Fonte: Facene/Famene, 2020

- Mantendo o polegar para fora, deslizar os dedos da mão enluvada por baixo do punho da outra luva e levantá-la;

Figura 9: calçando as luvas



Fonte: Facene/Famene, 2020

- Inserir a mão não-dominante na luva;
- Ajustar as luvas nas duas mãos, tocando apenas as áreas esterilizadas;
- Com cuidado, pegar por dentro da dobra da luva cirúrgica, colocando-a por cima do dedo polegar para fazer a alavanca;

Figura 10: calçando as luvas



Fonte: Facene/Famene, 2020

- Com a ajuda da mão oposta, fazer uma prega no punho do capote para diminuir o excesso de tecido;

Figura 11: calçando as luvas



Fonte: Facene/Famene, 2020

- Por fim, passar a luva por cima do punho do capote, certificando-se que todo o punho foi coberto pela luva estéril;

Figura 12: calçando as luvas



Fonte: Facene/Famene, 2020

- Realizar a mesma manobra na mão oposta;
- Inicie o procedimento sem encostar-se às superfícies não-estéreis do ambiente e pessoas.

Figura 13: posicionamento para iniciar o procedimento



Fonte: Facene/Famene, 2020

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Realizar o procedimento conforme descrito.

7. RECOMENDAÇÕES

- Usar a máscara cirúrgica cobrindo a boca, nariz e pelos da face, sempre que entrar na sala operatória quando a cirurgia estiver por começar, em andamento, ou se houver material cirúrgico exposto. Seu uso refere-se à prevenção de contato da mucosa dos integrantes da equipe cirúrgica com fluídos e sangue do paciente, bem como a redução significativa de microrganismos eliminados no ambiente durante a fala, devendo ser trocada a cada quatro horas, ou sempre que se apresentar úmida, ou suja.
- A máscara cirúrgica não deve ser reaproveitada em outras cirurgias, mesmo que ainda aparentemente esteja em boas condições de uso;
- Os óculos cirúrgicos são recomendados para todos os profissionais envolvidos no ato operatório, em todos os tipos de procedimentos, devido ao risco de contato com partículas de sangue e fluídos corpóreos;
- Utilizar vestimentas impermeáveis por baixo do capote cirúrgico, caso haja risco de molhar ou contaminar a mesma;
- Trocar as vestimentas que se apresentarem visivelmente sujas, contaminadas ou rasgadas.

8. REFERÊNCIAS

FERNANDES, A. M. O. et al. **Manual de normas e rotinas hospitalares**. Goiânia: AB Editora, 2006.


GRAZIANO, K. U.; LACERDA, R. A. **Paramentação cirúrgica**. In: LACERDA, R.A. et al. Buscando compreender a infecção hospitalar no paciente cirúrgico. São Paulo, Atheneu, p. 48-52, 1993.

PAZ, M.S. O. et al. Paramentação cirúrgica: avaliação de sua adequação para a prevenção de riscos biológicos em cirurgias. Parte I: a utilização durante as cirurgias. **Rev. Esc. Enf.USP**, v. 34, n. 1, p. 108 -117, mar. 2000.

SMELTZER; S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas. SOBECC; São Paulo, 2007.

GOMES, R. M. PERES, C. A. **Instrumentação cirúrgica**. São Paulo: dispersão cultural do livro, 2012.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 3</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 040	VERSÃO Nº 2	pag. 226 a 236	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM CIRÚRGICA II				
Título: Montagem de Mesa Cirúrgica				
Elaborado por:	Mikaela Dantas Dias Madruga Paulo Emanuel da Silva Danielle Aurília Ferreira Macedo Maximino			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Cirúrgica II.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Enfermagem Cirúrgica II; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Mikaela Dantas Dias Madruga Paulo Emanuel da Silva Karen Krystine Gonçalves de Brito			
Setor:	Laboratório Multidisciplinar VIII – Integrado Enfermagem Cirúrgica II; Centro de Habilidade Médico-Cirúrgico Nova Esperança.			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

De acordo com Arruda et al (2020), a instrumentação cirúrgica é definida como o ato de entregar e receber os instrumentais cirúrgicos do cirurgião e assistente pelo instrumentador cirúrgico. Neste sentido, esse profissional é o responsável pelo preparo da mesa e sua manutenção e organização. Para a exposição dos instrumentos, divide-se a mesa cirúrgica, utilizada em quatro quadrantes, para comportar os instrumentos de diérese, de síntese, de hemostasia e os instrumentos auxiliares. Esta disposição facilita a instrumentação, pois, o procedimento cirúrgico consiste de uma sequência padronizada de etapas e, portanto, pode-se acompanhar com precisão o tempo cirúrgico, executado pelo cirurgião e escolher qual o quadrante da mesa a ser abordado (CIRINO, 2006).

A capacitação do trabalho do instrumentador é de grande importância para que ele possa atender as necessidades do cirurgião e de seus auxiliares, respeitando assim o método padrão de entrega do material (TOLOSA et al, 2005). Ele deve conhecer os tempos cirúrgicos que são procedimentos realizados pelo cirurgião desde o início da cirurgia até o seu término. Os instrumentais cirúrgicos também podem ser classificados por especialidades, como sendo instrumental básico (materiais utilizados para a realização de procedimentos cirúrgicos considerados mais simples, como remoção de neoformações, cirurgias abdominais e orquiectomias), existindo ainda os instrumentais neurológicos, ortopédicos, oftálmicos, cardiovasculares, dentre outros (TUDURY; POTIER, 2009).

2. OBJETIVO

- Ministar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico de arrumação da mesa cirúrgica;
- Proporcionar ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Realizar a arrumação da mesa cirúrgica de instrumentais básicos de forma asséptica, garantindo agilidade no procedimento, segurança para os profissionais e pacientes, bem como afastar qualquer possibilidade de contaminação do sítio operatório.
- Padronizar a execução do procedimento de arrumação de mesa cirúrgica, dando respaldo e apoio para que o discente possa desenvolver o procedimento com confiança.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Roupa privativa do Centro Cirúrgico;
- Gorro;
- Propés ou sapato privativo do Centro Cirúrgico;
- Óculos de proteção;
- Máscara cirúrgica;
- Capote cirúrgico;
- Compressas estéreis;
- Luvas cirúrgicas estéreis;
- Mesa de Mayo;
- Campos cirúrgicos;
- Bandeja ou caixa de instrumentais básicos;
- Fios de sutura agulhados;
- Fios de sutura de algodão, soltos;
- Cuba rim;
- Ponta ou bico de aspirador;
- Lâmina de bisturi nº 3 e 4;
- Gazes estéreis;
- Isopitos;
- Solução fisiológica (temperatura ambiente e/ou aquecida).

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Vestir a roupa privativa, propés ou sapato privativo, gorro ao entrar nas instalações internas do Centro Cirúrgico;
- Certificar-se da cirurgia e sala operatória que irá instrumentar;
- Antes de realizar a degermação das mãos, antebraço e cotovelo, colocar a máscara cirúrgica, gorro e os óculos de proteção;
- Realizar degermação das mãos, antebraço e cotovelo de acordo com o POP de Degermação das mãos, antebraço e cotovelo;
- Realizar paramentação cirúrgica de acordo com o POP de paramentação cirúrgica;
- Dirigir-se à mesa de Mayo que deverá estar forrada previamente pelo circulante de sala;
- Observar a validade da caixa de instrumentais, que estará sobre a mesa, e pedir ao circulante de sala que abra;

OBSERVAÇÕES

- O aluno deverá recontar os instrumentos ao final do procedimento, certificando-se que confere com a contagem inicial, informando ainda que todas as pinças deverão ser colocadas no container abertas com exceção das backaus e encaminhados ao expurgo do Centro Cirúrgico;
- Não esquecer que, após o procedimento, os perfurocortantes vão para o descarpac, as compressas para o hamper e o lixo contaminado para o saco apropriado.

- Retirar da caixa todos os instrumentais e contá-los, assim como se deve contar as compressas, agulhas de sutura, isopitos, lâminas de bisturi;
- Organizar sobre a mesa todos os instrumentais contidos na caixa específica para tal procedimento cirúrgico, estando atento a sujidades ou dano ao material e respeitando os grupos de pinças e tempos cirúrgicos.

SEQUÊNCIA DOS INSTRUMENTAIS NA MESA:

- **1º Grupo de Pinças (Dierese, Diérese Ou Corte)**

- Cabo de bisturi montado com o corte da lâmina para o lado de fora da mesa e cabo voltado para o cirurgião;
- Cabo de bisturi desmontado, com cabo voltado para o instrumentador;

Figura 1: Montagem da lâmina no cabo de bisturi



Fonte:www.youtube.com

- Tesoura Mayo reta com os anéis voltados para o instrumentador;
- Tesoura Mayo curva com a parte côncava repousando na mesa e anéis voltados para o instrumentador;

Figura 2: Tesouras de mayo



Fonte:www.ufrgs.br

- Tesoura de Metzbaum reta com anéis voltados para o cirurgião;
- Tesoura de Metzbaum curva com a parte côncava repousando na mesa e anéis voltados para o cirurgião.

Figura 3: Tesouras de Metzembraum

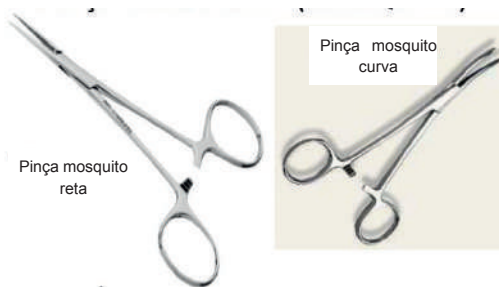


Fonte:www.ufrgs.br

- **2º Grupo De Pinças (Hemostasia)**

- Compressas em pregas na parte superior direita da mesa de Mayo;
- Pinça Halsted reta com anéis voltados para o cirurgião;
- Pinça Halsted curva com anéis voltados para o cirurgião e curvatura voltada para o lado direito da mesa;

Figura 4: Pinças halsted (Mosquito)



Fonte:www.slidshare.net

- Pinça Crile reta com anéis voltados para o cirurgião;^a
- Pinça Crile curva com anéis voltados para o cirurgião e curvatura voltada para o lado direito da mesa;

Figura 5: Pinças Crile



Fonte:www.slidshare.net

- Pinça Kelly reta com anéis voltados para o cirurgião;^b

a. No ato de uma sutura é necessário se utilizar a tesoura para cortar o fio e uma pinça dissecação, porém não é necessário colocá-los no 5º tempo.

b. As pinças Crile apresentam o serrilhado completo.

- Pinça Kelly curva com anéis voltados para o cirurgião e curvatura voltada para o lado direito da mesa;

6: Pinças Kelly



Fonte:www.bisturi.com.br

- Pinça Pean com anéis voltados para o cirurgião;

Figura 7: Pinça Pean



Fonte:www.dentalspead.com

- Pinça Mixer com anéis voltados para o cirurgião e curvatura voltada para o lado direito da mesa;

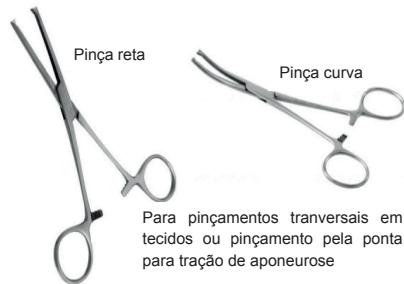
Figura 8: Pinça Mixer



Fonte:www.mercadolivre.com

- Pinça Kocher reta com anéis voltados para o cirurgião;
- Pinça Kocher curva com anéis voltados para o cirurgião e curvatura voltada para o lado direito da mesa.

Figura 9: Pinças Kocher



Fonte:www.mercadolivre.com

- **3º Grupo de Pinças (Pinças Especiais ou de prensão)**

(É nesse tempo que são colocados todos os instrumentos específicos para cada cirurgia).

- Pinça Allis com anéis voltados para o cirurgião;

Figura 10: Pinça Allis



Fonte:www.cirurgicasaudeonline.com

- Pinça Babcock com anéis voltados para o cirurgião;

Figura 11: Pinça Babcock



Fonte:www.mercadolivre.com

- Pinça Colin coração com anéis voltados para o cirurgião;

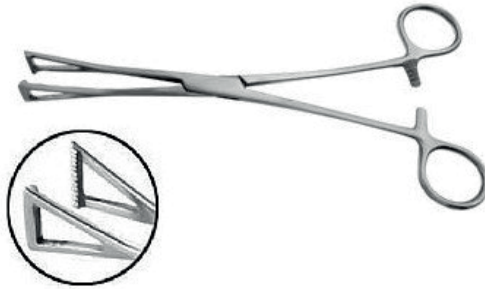
Figura 12: Pinça Colin coração



Fonte:www.maconequi.com.br

- Pinça Duval com anéis voltados para o cirurgião.

Figura 13: Pinça Duval



Fonte:www.mercadolivre.com

- **4º Grupo de Pinças (Pinças Auxiliares)**

- Foerster com isopito montado, com anéis voltados para o cirurgião;

Figura 14: Pinça Foerster



Fonte:www.bisturi.com.br

- Pinça Rochester com gaze montada, com anéis voltados para o cirurgião;

Figura 15: Pinça Rochester



Fonte:www.harteinstrumentos.com.br

- Pinça Cheron reta com gaze montada e com anéis voltados para o cirurgião;

Figura 16: Pinça Cheron reta



Fonte:www.medicaexpo.com

- Pinça Cheron curva com gaze montada e com anéis voltados para o cirurgião;

Figura 17: Pinça Cheron curva



Fonte:www.bisturi.com.br

- Pinça dissecação com dente;
- Pinça dissecação sem dente;

Figura 18: Pinças dissecação com dente e sem dente



Fonte:www.mercadolivre.com

- Afastadores de Farabeuf dispostos dorso a dorso;

Figura 19: Afastador de Farabeuf



Fonte:www.mercadolivre.com

- Pinça Backaus fechadas com a parte côncava voltada para baixo uma sobre a outra.

Figura 20: Pinça Backaus

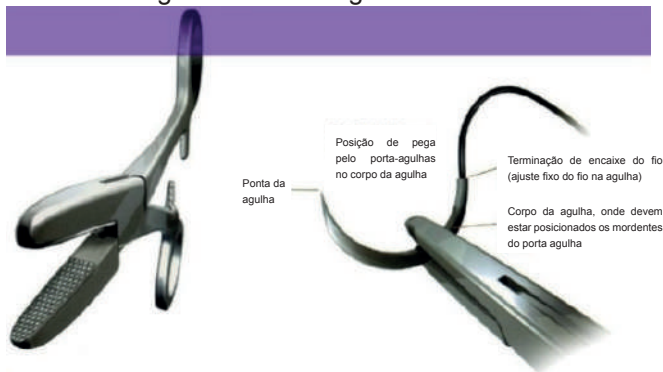


Fonte:www.harteinstrumentos.com.br

- **5º Grupo de Pinças (Síntese ou Sutura)**

- Porta agulha montado com anéis voltados para o cirurgião;

Figura 21: Porta agulha montado



Fonte:www.slidshare.net

- Porta agulha desmontado com anéis voltados para o instrumentador;

Figura 22: Porta agulha desmontado



Fonte:www.pinterest.com

- Fios de sutura soltos no centro da mesa, na parte inferior, presos ao campo por uma pinça Backaus.^C

Figura 23: Fios de sutura



Fonte:www.cirurgicajoinvile.com

- c. As pinças Kelly apresentam o serrilhado até a metade da ponta da pinça.

- **Ainda Faz Parte da Mesa:**

- Cuba rim com compressa embebida em SF 0,9% para limpeza do instrumental;
- Cuba redonda com PVPI tópico;
- Cabo ou ponta de aspirador conectado a um látex;
- Compressas avulsas;
- Gazes avulsas;
- Aguardar o cirurgião e seus auxiliares para início do procedimento cirúrgico.

Figura 24: Mesa de instrumentais montada



Fonte: ARRUDA, et al. 2020

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Cerificar-se do tipo de cirurgia a ser realizada;
- Realizar degermação das mãos, antebraço e cotovelo;
- Separar o material necessário para o procedimento necessário conforme descrito;
- Realizar o procedimento conforme descrito.

7. RECOMENDAÇÕES

- Usar a máscara cirúrgica cobrindo a boca, nariz e pelos da face, sempre que entrar na sala operatória quando a cirurgia estiver por começar, em andamento ou se houver material cirúrgico exposto. Seu uso refere-se a prevenção de contato da mucosa dos integrantes da equipe cirúrgica com fluídos e sangue do paciente, bem como a redução significativa de microrganismos eliminados no ambiente durante a fala, devendo ser trocada a cada quatro horas ou sempre que se apresentar úmida ou suja;
- A máscara cirúrgica não deve ser reaproveitada em outras cirurgias, mesmo que ainda aparentemente esteja em boas condições de uso;
- Os óculos cirúrgicos são recomendados para todos os profissionais envolvidos no ato operatório, em todos os tipos de procedimentos, devido ao risco de contato com partículas de sangue e fluídos corpóreos;
- Utilizar vestimentas impermeáveis por baixo do capote cirúrgico, caso haja risco de molhar ou contaminar a mesma;
- Trocar as vestimentas que apresentarem-se visivelmente sujas, contaminadas ou rasgadas.

8. REFERÊNCIAS

ARRUDA, A. J. C. G. de, et al. **Compêndio de Enfermagem Cirúrgica Intra e Pós-Operatório Imediato**. Org. Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de Arruda. João Pessoa: Editora do CCTA, 2020.

CIRINO LMI. **Instrumental cirúrgico e operações fundamentais**. In: CIRINO LMI. Manual de técnica cirúrgica para a graduação. São Paulo: Sarvier; 2006. p.13.

JANICE, B. et. al. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2004. 3 v.


ROSA, M.T.L. **Manual de Instrumentação Cirúrgico**. 3.ed. Rideel, 2009.

TOLOSA, E. M. C, PEREIRA, P. R. B., MARGARIDO, N. F. **Metodização Cirúrgica: Conhecimento e Arte**. São Paulo: Atheneu, 2005.

TUDURY, E. A., POTIER, G. M. A. **Tratado de Técnica Cirúrgica**. São Paulo: MedVet, 2009, p 68-91.

SEÇÃO 4

ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>	
		<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 4</p>	
		Data da criação	06/04/2016
		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 041	VERSÃO Nº 2	pag. 238 a 242	Data da próxima revisão 14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA			
Título: Calibração do Sistema de Derivação Ventricular Externa - DVE			
Elaborado por:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Juliana Almeida Marques Lubenow Gláides Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Terapia Intensiva.		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VI – Integrado Enfermagem Terapia Intensiva		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Edna Samara Ribeiro César Maria Sueli de Menezes		
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VI – Integrado Enfermagem Terapia Intensiva.		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

A DVE é um procedimento essencial no tratamento de pacientes com Hipertensão Intracraniana – HIC, a partir de um cateter instalado no corno frontal do ventrículo lateral e conectado a um transdutor que emite o sinal a um monitor em que se realiza a medição contínua da pressão intracraniana (PIC). Pode ser indicado nos casos de hemorragia intraventricular, tumores, edema cerebral, monitorização da PIC, drenagem do LCR, tratamento das hidrocefalias, administração intratectal de fármacos (antibióticos, fibrinolíticos, meios de contraste) (VIANA; TORRE, 2017).

2. OBJETIVO

- Abordagem teórico-práticos do procedimento;
- Atenções específicas de enfermagem na manipulação e controle da derivação ventricular externa;
- Desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Manter o sistema de drenagem de derivação ventricular externa em posição adequada;
- Monitorização da PIC;

- Drenagem temporária do LCR (AVC I fossa posterior as hemorragias);
- Diminuição da HIC.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 01 régua de PVC;
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 suporte de soro;
- 01 fita métrica e fita crepe (sistema Sophysa);
- Gaze estéril;
- Almotolia de Álcool a 70%
- Bandeja.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos conforme POP de Higienização Simples das Mãos;
- Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível explicando o procedimento;
- Lavar novamente as mãos e preparar o material;
- Separar uma bandeja para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional;
- Reunir o material e colocar próximo ao paciente;
- Paramentar-se adequadamente;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Colocar o sistema de drenagem em um suporte de soro;

Figura 1 – Sistema de drenagem



Fonte: Manual de cuidados com DVE do Hospital Sírio Libanês.

- Manter decúbito de 30° ou outro decúbito recomendado pelo médico;
- Nivelar ou zerar o sistema de calibração do cateter de DVE no ponto de referência (forame de Monro ou Meato Acústico Externo (MAE), na admissão e quando for alterado o nível da cabeceira, utilizando a régua para realizar o nivelamento;
- Colocar a câmara de gotejamento do sistema na altura solicitada pelo médico (mmHg ou cmH₂O) na coluna acoplada, utilizando como referência a parte final do frasco;

OBSERVAÇÕES

- Assegurar a privacidade do paciente;
- Quando a bolsa coletora não apresentar dispositivo de drenagem com abertura, realizar coleta do conteúdo através de punção após desinfecção da bolsa com álcool a 70%;
- Assegurar os princípios de assepsia;
- O débito do LCR esperado em 24h pode variar entre 450 a 700 ml;
- O volume da câmara de gotejamento deve ser drenado para a bolsa coletora a cada final de plantão ou quando volume alcançar $\frac{3}{4}$ da sua capacidade;
- Nunca esquecer de abrir os clampes depois dos procedimentos;
- O tempo de permanência da DVE é variável dependendo da instabilidade da HIC e da necessidade da drenagem do LCR. Quanto maior o tempo de permanência maior o risco de meningite e ou ventriculite.

Figura 2 – Nivelamento do sistema de calibração.



Fonte: Manual de cuidados com DVE do Hospital Sírio Libanês.

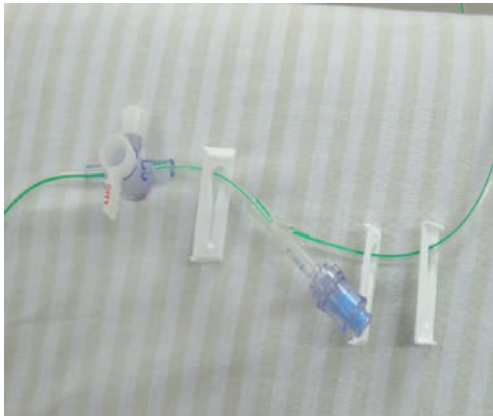
Figura 3 – Câmara de gotejamento.



Fonte: Manual de cuidados com DVE do Hospital Sírio Libanês.

- Verificar se o sistema se encontra desobstruído, sem pinças clampeadas;

Figura 4 – Sistema desobstruído.



Fonte: Manual de cuidados com DVE do Hospital Sírio Libanês.

- Manter a altura do Dreno de acordo com critérios pré-determinados pela equipe de neurocirurgia;
- Manter a organização da unidade do paciente;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Higienizar as mãos com água e sabão conforme POP de Higienização Simples das Mãos;
- Realizar a anotação do valor mensurado e a ocorrência de intercorrências, assinando e carimbando o relato.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se do tipo de dreno de DVE;
- Realizar inspeção do DVE;
- Realizar higienização simples das mãos (Rever POP – Higienização simples das mãos)
- Separar o material necessário para curativo (Rever POP - Curativo);
- Realizar o procedimento conforme descrito.

7. RECOMENDAÇÕES

- Anotar débito, aspecto e cor da drenagem de líquido, a cada duas horas, ou a cada uma hora quando houver instabilidade, verificando o sistema de drenagem quanto a calibração e permeabilidade;
- Enfermeiro deve manter o ajuste do sistema (“zerar o sistema”): mantendo o sistema de DVE no conduto auditivo externo, devendo ser zerado na admissão, a cada 6 horas e toda vez que for alterado o nível da cabeceira;
- Notificar quando alterações no débito;
- Monitorar e notificar sinais e sintomas de infecção: mudança na coloração normal (incolor, límpido), calafrios, febre, leucocitose;
- Realizar avaliação neurológica monitorizando e notificando sinais e sintomas indicativos de HIC: confusão mental, rebaixamento do nível de consciência, alteração pupilar ou, déficits motores, cefaleia, rigidez de nuca, vômitos;
- Assegurar a proteção da área Peri – dreno com curativo oclusivo quando necessário (Rever POP de curativo simples);
- Durante o transporte, ou quando alterar o nível da cabeceira da cama, manter o cateter de DVE fechado para evitar o risco de drenagem excessiva do líquido;
- Manter o posicionamento da câmara de gotejamento conforme prescrição médica;
- Ajustar o nível de pressão atentando para a graduação das colunas em cm H₂O ou mmHg;
- Manter a altura da cabeceira a 30° a 45° ou de acordo com a decisão da equipe médica.

• **Recomendações para curativo simples**

Curativo

- Material para curativo (Conforme POP de Curativo simples)

Especificidades sobre curativo:

Quando:

- Primeira troca, após 24 a 48h da inserção do cateter; diariamente, SN;
- Apresentar sujidade ou umidade;
- Após o banho;
- Por deslocamento do curativo;
- Para visualização do sítio de inserção.

Como:

- Técnica asséptica;
- Uso de Soro fisiológico a 0,9% e Clorexidina Alcoólica;
- Mantido sob oclusão;
- Inspeção sistemática do sítio de inserção do cateter.

• **Recomendações para coleta de líquido**

- São os procedimentos que asseguram o cuidado adequado durante a coleta de líquido, garantindo segurança para o profissional de saúde. A coleta do líquido deverá ser feita pelo médico assistente,

seguido de toda técnica asséptica;

- **Recomendações para esvaziar a bolsa coletora de líquido**

- Esvaziar a bolsa coletora apenas quando estiver com $\frac{3}{4}$ da sua capacidade preenchida;
- Após toda técnica asséptica do procedimento, deverá ser realizada novamente a desinfecção no tubo (dispositivo) de drenagem do coletor com álcool a 70%;
- Desclampar o sistema distal;
- Desprezar o conteúdo drenado em local apropriado;
- Nunca aspirar ou injetar solução no cateter. Em caso de obstrução, notificar a equipe de neurocirurgia;
- Anotar o aspecto e o volume do líquido;
- Comunicar alterações.

- **Recomendações para retirada do cateter**

- O mesmo deverá ser removido pelo médico assistente, ou outro da mesma especialidade (conforme protocolo institucional), seguido de sutura se necessário sempre utilizando técnica asséptica;
- Observar se há extravasamento de líquido pericatereter;
- Manipular com cuidado o paciente para evitar o tracionamento do cateter. Se houver tração, nunca reposicionar e comunicar imediatamente a equipe de neurocirurgia.

8. REFERÊNCIAS

VIANA, R.A.P.P.; TORRE, M. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas integrativas**. Barueri, São Paulo: Manole, 2017.

CAVALCANTE, T. F. et al. Intervenções de Enfermagem aos pacientes com Acidente Vascular Encefálico: uma revisão integrativa de literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1495-1500, 2011.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

KOCHI, Anderson Tomoyuki et al. Complicações da monitorização da pressão intracraniana intraparenquimatosa: revisão de literatura. **Revista do Médico Residente**, v. 13, n. 1, 2011.

VIANA, R. A. P. P. **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas baseadas em vivências**. São Paulo: Atheneu; 2011.

VIANA, R. A. P. P.; WHITAKER, I. Y. **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed; 2011.

AANN Clinical Practice Guideline Series. Care of the Patient Undergoing Intracranial Pressure Monitoring/ External Ventricular Drainage or Lumbar Drainage.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 4</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 042	VERSÃO Nº 2	pag. 243 a 247	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA				
Título: Pressão Venosa Central - PVC				
Elaborado por:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Juliana Almeida Marques Lubenow Gláides Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Terapia Intensiva.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VI – Integrado Enfermagem Terapia Intensiva.			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Edna Samara Ribeiro César Maria Sueli de Menezes			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VI – Integrado Enfermagem Terapia Intensiva.			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

A pressão venosa central (PVC) é uma medida hemodinâmica que pode determinar as pressões cardíacas diretas (pressão de enchimento do lado direito, ou a pré-carga do ventrículo direito). Pode ser indicado nos casos de cirurgias de grande porte, insuficiência renal aguda, choques, nos casos de sepse e em pacientes críticos (VIANA; TORRE, 2017).

2. OBJETIVO

- Abordagem teórico-práticos do procedimento;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.
- Atenções específicas de enfermagem na manipulação e controle da pressão venosa central;
- Desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Orientar a reposição volêmica do paciente;
- Monitorar a instabilidade hemodinâmica do paciente.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 1 Equipo de monitorização de PVC com fita milimetrada (graduada) para fixação;
- 1 frasco de solução fisiológica 0,9 % (250 ou 500 ml);
- Epis (luvas de procedimento, máscara, gorro e capote descartável se necessário);
- Fita adesiva;
- Régua de nível;
- Almotolia com álcool a 70%;
- Torneirinha de três vias;
- Bandeja;
- Gaze estéril;
- Suporte de soro.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Ler a prescrição do paciente;
- Lavar as mãos conforme POP de Higienização Simples das Mãos;
- Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível explicando o procedimento;
- Lavar novamente as mãos e preparar o material;
- Separar uma bandeja para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional;
- Reunir o material e colocar próximo ao paciente (Figura 1);

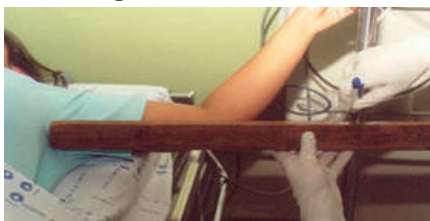
Figura 1: Material para PVC



Fonte: Google images, 2020

- Paramentar-se adequadamente;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal com os braços e pernas em posição anatômica e de cabeceira 0°;
- Com a régua de nível encontrar a linha “zero” através da linha axilar média (LAM) (ao nível do 4º espaço intercostal), observando em que número se encontra diante à escala do equipo de PVC (Figura 2);

Figura 2: Linha “zero”



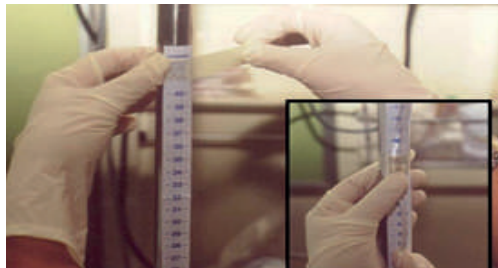
Fonte: Google images, 2020

OBSERVAÇÕES

- Iniciar desinfecção da bandeja no centro no sentido distal/proximal sempre mudando o lado do algodão e após as laterais da mesma forma para finalizar.
- Montar o soro ao equipo de PVC com soro fisiológico retirando todo o ar de forma asséptica. Deixando-o fechado e protegido sua extremidade.
- Uso dos Epis (luvas de procedimento, máscara, gorro e capote descartável se necessário).
- Encher a coluna d’água com o soro fisiológico (SF) instalado no equipo da PVC
- Convém encontrar a linha “zero” todas as vezes em que se forem realizar as medidas, pois existem algumas camas que tem regulagem de altura, e pode ter sido alterada.
- Conectar a via longa na via do acesso venoso central, se cateter com mais de um lúmen usar a via distal.
- Suspender todas as medicações ou dietas parenterais que estejam sendo infundidas no acesso venoso central no momento da aferição.

- Fixar a fita graduada no suporte de soro;
- Fixar o equipo com fita adesiva, sob a fita métrica no suporte de soro, fixando a base (Y) na porção inferior (Figura 3);

Figura 3: Fixação da fita métrica no suporte de soro



Fonte: Google imagines, 2020

- Conectar a via mais longa do equipo de soro com técnica asséptica a torneirinha de três vias diretamente ao cateter venoso central (sem extensões) realizando a desinfecção com álcool a 70% do conector do sistema de infusão e a via curta, fixar junto à fita graduada na porção superior da escala métrica;
- Interromper o gotejamento das infusões;
- Se estiver recebendo sangue ou derivados, lavar o cateter com soro, para evitar a sua obstrução;
- Fechar a via do soro, abrir a via do paciente e observar a queda do líquido SF na coluna d'água;
- Observar as oscilações máxima e mínima que irá cair vagarosamente, oscilando com os movimentos respiratórios;
- Realizar a leitura da medida a partir do momento em que se estabilize o nível da coluna d'água;
- Fechar a torneira referente à via da PVC;
- Manter o equipo de PVC, após aferição fechado e sem ar no seu interior;
- Restabelecer todas as infusões que estavam sendo infundidas antes da medida do valor do PVC;
- Datar a bolsa de soro e o equipo da PVC;
- Retornar o paciente na posição anterior do procedimento, mantendo o seu conforto;
- Manter a organização da unidade do paciente;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Higienizar as mãos com água e sabão conforme POP de Higienização Simples das Mãos;
- Realizar a anotação do valor mensurado e a ocorrência de intercorrências, assinando e carimbando o relato.

- Normalmente, a coluna d'água, ou as curvas em monitor oscilam de acordo com a respiração do paciente. Caso isso não ocorra, investigue a possibilidade de o cateter estar dobrado ou não totalmente pérvio.
- Fique atento aos valores da PVC. Valores muito baixos podem indicar baixa volemia, e valores muito baixos podem indicar baixa volemia, e valores muito altos, sobrecarga hídrica.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se do material;

- Certificar-se do material;
- Realizar higienização simples das mãos (Rever POP – Higienização simples das mãos);
- Realizar o procedimento conforme descrito.

7. RECOMENDAÇÕES

- Podem ser utilizados cateteres venosos centrais (procedimento realizado por profissional médico) ou cateteres centrais de inserção periférica – Peripherally Inserted Central Venous Catheter (PICC) – dispositivo de acesso vascular inserido periféricamente, tendo a ponta localizada em nível central, na altura do terço distal da veia cava (procedimento realizado por enfermeiros habilitados) posicionado dentro da veia cava superior, próximo ao átrio direito;
- Segundo o Consenso Brasileiro de Monitoração Hemodinâmica, os acessos venosos centrais em ordem de preferência são: veia jugular interna direita, veia jugular interna esquerda; subclávia esquerda, subclávia direita, femoral direita ou esquerda;
- A monitorização com coluna d'água tem como vantagem o fato de ser um método simples e de baixo custo;
- A PVC deve ser avaliada conjuntamente com outros parâmetros como a frequência cardíaca, a pressão arterial, a perfusão periférica, a diurese e a saturação venosa e central de oxigênio;
- Pacientes dispneicos podem-se manter a cabeceira a 45° para verificar o ponto zero, realizando todo o procedimento nesta posição conforme consentimento médico;
- Registrar a cada 24 horas na folha de controle hídrico, o volume de solução infundido nas aferições da PVC;
- Registrar os resultados obtidos na verificação da PVC, sendo que os valores normais no adulto podem variar. Segundo Araújo – manual: 6 a 10 cmH₂O e Segundo Hudak/Gallo – manual: 5 a 8 cmH₂O;
- Alterações na PVC é uma indicação mais útil da inadequação do volume sanguíneo venoso e alterações da função cardiovascular. O tratamento do paciente não é baseado em uma única leitura, mas em leituras seriadas repetidas em correlação com o estado clínico do paciente;
- Uma PVC baixo reflete um retorno venoso inadequado devido a um baixo volume sanguíneo circulante causado tanto por perdas, choque séptico e/ou vasodilatação extrema;
- Uma PVC elevada pode ocorrer quando o retorno venoso (pré-carga) é tão grande que o ventrículo direito (VD) não pode bombear o volume adiante, devido má contratilidade do VD (infarto agudo do miocárdio), quando o VD não pode relaxar durante a diástole (ex. Pericardite) ou diante de uma resistência vascular pulmonar alta (Pós-carga) ex. Doença pulmonar obstrutiva crônica;
- As complicações mais frequentes são: Infecção – dentro ou ao redor do cateter. Trombose – fibrina na extremidade do cateter ou trombo desenvolvido. O paciente pode apresentar edema próximo ao cateter, graus variáveis de dor no pescoço e distensão da veia jugular. Embolia aérea – penetração de ar no sistema e seu trajeto para o ventrículo direito através da veia cava. Os pacientes podem apresentar confusão, lipotímia, ansiedade e diminuição do débito cardíaco devido a espuma que se forma dentro do ventrículo a cada contração cardíaca. Deslocamento do acesso – saída acidental ou posicionamento inadequado. Relativas à introdução do cateter – arritmias, hemotórax, pneumotórax, hidrotórax, lesão vascular: carótida, subclávia, lesões de nervos/ducto torácico, dissecação e formação de êmbolos, perfuração cardíaca: hemorragia, tamponamento;
- Os equipos de PVC devem ser trocados a cada 24 horas, por representar uma infusão intermitente, conforme o POP da instituição;
- Observar a presença de sangramento, infiltrações, enfisema subcutâneo ou dor, após a realização da flebotomia ou punção das veias para a instalação do cateter;

- Os valores obtidos em cmH₂O deverão ser convertidos em mmHg (dividir pela constante 1,36).
- Manter sempre cateter central bem fixo e com curativo adequado (Rever POP – curativo), segundo a rotina estabelecida pelo serviço.

8. REFERÊNCIAS

VIANA, R.A.P.P; TORRE, M. **Enfermagem em terapia intensiva**: práticas integrativas. Barueri, São Paulo: Manole, 2017.

KNOBEL, E. **Terapia intensiva**: Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2016.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K. **Cuidados críticos de enfermagem**: uma abordagem holística. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.


PADILHA, K. G; VATTIMO, M. F. F. et al. **Enfermagem em UTI**: cuidando do paciente crítico. 2 ed. São Paulo: Manole, 2016.

URDEN, L. D. **Cuidados intensivos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

VIANA, R. A. P. P. **Enfermagem em terapia intensiva**: Práticas baseadas em evidências. São Paulo: Atheneu, 2011.

Galvão E. **PVC - Pressão Venosa Central**. Disponível em <https://multisaude.com.br/artigos/pvc-pressao-venosa-central/> acesso em 13/03/2020.

POP da CCIH- HUPE- UERJ N°07 – **Prevenção de Infecção a Acesso Venoso Central**. Disponível em http://www.hupe.uerj.br/Administracao/AD_coordenacao/COO_Contr_Infec_Hospitalar.html acesso em 13/03/2020.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 4</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 043	VERSÃO Nº 2	pag. 248 a 250	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA				
Título: Monitorização Eletrocardiográfica				
Elaborado por:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Juliana Almeida Marques Lubenow Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Terapia Intensiva.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VI – Integrado Enfermagem Terapia Intensiva;			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Edna Samara Ribeiro César Maria Sueli de Menezes			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VI – Integrado Enfermagem Terapia Intensiva.			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

É a representação gráfica da atividade elétrica do coração sobre uma tela ou papel (KNOBEL, 2009).

2. OBJETIVO

- Ministar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidados de enfermagem estratégicos para o procedimento de monitorização eletrocardiográfica.
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Registrar a atividade cardíaca (ritmo e frequência);
- Detectar possíveis arritmias.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Monitor cardíaco;
- Cabo paciente;
- 3 Eletrodos.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos conforme POP de Higienização Simples das Mãos;
- Reunir o material;
- Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível;
- Ligar o monitor;

Figura 1: Monitor



FONTE: Google imagens, 2020. Acesso em 09/06/2020

- Dispor e fixar os eletrodos no tórax do paciente, do seguinte modo*.^a
- - **1º Eletrodo:** no 4º espaço intercostal para esternal direito (fio vermelho);
- - **2º Eletrodo:** no 4º espaço intercostal para esternal esquerdo, (fio preto);
- - **3º Eletrodo:** no 6º espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda (fio amarelo);
- Conectar os três fios do cabo-paciente aos eletrodos da seguinte forma:
- Fio vermelho: conectá-lo ao disco nº 1;
- Fio preto: conectá-lo ao disco nº 2;
- Fio amarelo: conectá-lo ao disco nº 3.

OBSERVAÇÕES

- a. Assegurar a limpeza da pele, com gaze embebida em álcool, nas regiões que receberão os eletrodos, com o objetivo de eliminar a oleosidade (alta resistência elétrica) e aumentar a transmissão de impulsos elétricos.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se do material;
- Realizar higienização simples das mãos (Ver POP Higienização simples das mãos);
- Realizar o procedimento conforme descrito.

7. RECOMENDAÇÕES

- Os eletrodos devem estar bem fixados, para que se obtenha um traçado claro, sem interferências.
- O paciente deve ser tranquilizado de que, se o alarme do monitor soar, isso não indica a existência de um problema com os seus batimentos cardíacos. Isso ocorre frequentemente quando um eletrodo está frouxo ou solto;
- Quando necessário, realizar tricotomia conforme POP Cuidados de Enfermagem na Tricotomia;
- A troca dos eletrodos deverá ser realizada após o banho e quando estiver frouxo.
- Comunicar ao médico qualquer alteração no traçado eletrocardiográfico.

8. REFERÊNCIAS


KNOBEL, E. **Terapia intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2016.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

PADILHA, K. G; VATTIMO, M. F. F. et al. **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2016.

URDEN, L. D. **Cuidados intensivos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

VIANA, R. A. P. P. **Enfermagem em terapia intensiva: Práticas baseadas em evidências**. São Paulo: Atheneu, 2011.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 4</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 044	VERSÃO Nº 2	pag. 251 a 253	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA				
Título: Eletrocardiograma (ECG)				
Elaborado por:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Juliana Almeida Marques Lubenow Gláides Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Terapia Intensiva.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VI – Integrado Enfermagem Terapia Intensiva			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Edna Samara Ribeiro César Maria Sueli de Menezes			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VI – Integrado Enfermagem Terapia Intensiva			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

Consiste em um procedimento não invasivo que registra os estímulos elétricos produzidos pelo coração, representando as várias etapas da sua atividade, refletida por meio de ondas específicas em uma fita de papel do eletrocardiógrafo, ou na tela de um monitor cardíaco (MORTON; FONTAINE, 2011).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos da atividade eletro e mecânica do coração;
- Demonstrar a execução técnica e cuidados de enfermagem estratégicos para a realização do procedimento;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Aferir frequência e ritmo cardíaco;
- Detectar arritmias cardíacas, funções do marcapasso e isquemia cardíaca.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

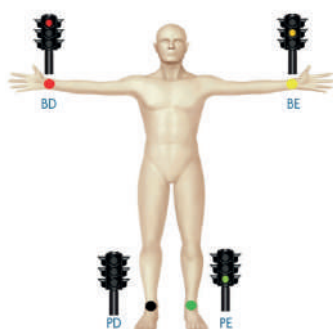
- Eletrocardiógrafo;
- 04 braçadeiras (ou pás) para eletrodos;

- 06 Eletrodos precordiais universais (pera) ou adesivos;
- Pasta condutora (gel);
- Pasta condutora (gel);
- Gazes;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Material para tricotomia conforme POP Cuidados de Enfermagem na Tricotomia.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material e colocar próximo ao paciente;
- Lavar as mãos conforme POP de Higienização Simples das Mãos;
- Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível;
- Acomodar o paciente em decúbito dorsal;
- Remover adornos metálicos;
- Ligar o eletrocardiógrafo;
- Realizar tricotomia local, se necessário, conforme POP Cuidados de Enfermagem na Tricotomia;
- Limpar a pele do paciente com gaze embebida em álcool nos locais onde serão fixados os eletrodos;
- Aplicar a pasta condutora nas placas metálicas dos eletrodos;
- Fixar os eletrodos no 1/3 distal da face interna dos MMSS e MMII do paciente^a da seguinte forma:

Figura 1: Demonstração da localização dos eletrodos



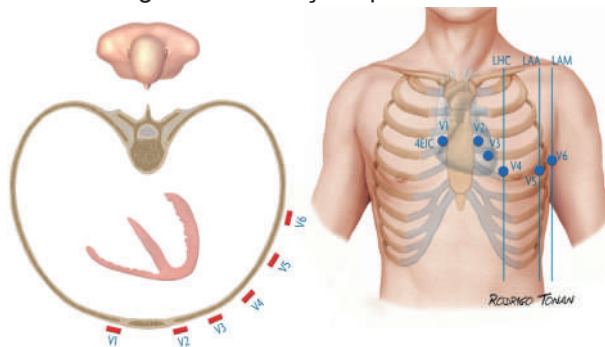
Fonte: Google images, 2020

- **FIO AMARELO:** trajeto do pulso arradial (antebraço esquerdo);
- **FIO VERMELHO:** trajeto do pulso radial (antebraço direito);
- **FIO VERDE:** trajeto do pulso tibial anterior (membro inferior esquerdo);
- **FIO PRETO:** trajeto do pulso tibial anterior (membro inferior direito);
- **PÊRAS ou ELETRODOS ADESIVOS:** para as derivações precordiais;^b
- Pressionar a tecla de sensibilidade em N/2;
- Selecionar a velocidade de registro (25 mm/s);

OBSERVAÇÕES

- manter a parte metálica em contato com a pele e longe de proeminências ósseas do paciente.
- Derivações precordiais:**
 - V1 - 4º espaço intercostal, na borda esternal direita;
 - V2 - 4º espaço intercostal, na borda esternal esquerda;
 - V3 - Mediana entre V2 e V4;
 - V4 - 5º espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular;
 - V5 - 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar anterior;
 - V6 - 5º espaço intercostal esquerdo na linha medioaxilar.

Figura 2: Derivações precordiais



Fonte: Google imagenes, 2020

- Iniciar o registro;
- Ao término do procedimento, limpar os eletrodos, braçadeiras e cabos, com algodão embebido em álcool 70%.
- Deixar o leito em ordem;
- Fazer o registro do procedimento no prontuário do paciente e anotar na folha de registro do ECG nome do paciente, data, hora e alguma observação, se houver;
- Anexar o ECG ao prontuário ou encaminhar para análise do médico solicitante.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se do material;
- Realizar higienização simples das mãos (Ver POP Higienização simples das mãos);
- Realizar o procedimento conforme descrito.

7. RECOMENDÇÕES

- Os eletrodos devem estar bem fixados, para que se obtenha um traçado claro, sem interferências.
- Durante o registro, deve-se orientar o paciente a não se mover ou conversar.

8. REFERÊNCIAS

KNOBEL, E. **Terapia intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2016.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

PADILHA, K. G; VATTIMO, M. F. F. et al. **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2016.

URDEN, L. D. **Cuidados intensivos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

VIANA, R. A. P. P. **Enfermagem em terapia intensiva: Práticas baseadas em evidências**. São Paulo: Atheneu, 2011.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 4</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 045	VERSÃO Nº 2	pag. 254 a 257	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA				
Título: Coleta de Gasometria Arterial				
Elaborado por:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Juliana Almeida Marques Lubenow Gláides Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Terapia Intensiva.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VI – Integrado Enfermagem Terapia Intensiva;			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Edna Samara Ribeiro César Maria Sueli de Menezes			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VI – Integrado Enfermagem Terapia Intensiva.			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

A coleta de gasometria arterial consiste na obtenção de uma amostra de sangue arterial para análise das trocas gasosas e do equilíbrio acidobásico (MORTON; FONTAINE, 2013).

2. OBJETIVO

- Ministrando aspectos teóricos e demonstrando procedimento técnico e cuidados de enfermagem estratégicos para o procedimento de coleta de gasometria arterial;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Avaliar ventilação (PaCO₂), oxigenação (PaO₂) e condição acidobásica (pH, PaCO₂, HCO₃⁻);
- Auxiliar na identificação de alterações relacionadas a esses indicadores;
- Acompanhar a resposta do paciente a terapia;
- Acompanhar a evolução clínica do paciente.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Requisição do exame;
- Etiqueta de identificação do paciente;

- Luvas de procedimento;
- Óculos de proteção.
- **Bandeja contendo:**
 - Seringa descartável de 1 a 5 ml;
 - Luvas de procedimentos;
 - Agulha descartável (13x4,5; 25x7; 25x8 ou scalps 19, 23, 25);
 - Algodão com álcool;
 - Frasco de heparina sódica;
 - Saco plástico para transporte do exame.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos conforme POP de Higienização Simples das Mãos;
- Reunir o material;
- Realizar desinfecção do frasco de heparina com algodão e álcool a 70 %;
- Aspire 1 mL de heparina e banhe toda a luz da seringa;
- Despreze todo o conteúdo da seringa de forma a manter apenas o volume residual do bico da seringa e do canhão da agulha;
- Escolher calibre adequado da agulha;^a
- Colocar na bandeja a seringa heparinizada, as luvas de procedimentos, algodão embebido em álcool e seco e óculos de proteção;
- Aproximar-se do paciente e comunicá-lo o que será feito, sempre que possível;
- Calçar as luvas e colocar óculos de proteção;
- Escolha o local avaliando os possíveis sítios de punção (artérias radial, braquial, ou femoral) (Figura 1);

Figura 1: Artéria radial



Fonte: Google imagines, 2020

- Posicionar confortavelmente o paciente, apoiando o membro a ser punccionado sobre uma superfície firme, com a musculatura relaxada;
- Realizar teste de Allen modificado^b, se a coleta for realizada na artéria radial (Figura 2);
- Palpe a artéria, colocando a ponta dos dedos indicador e médio sobre ela, definindo sua localização e seu trajeto e mantendo-os no local para guiar a punção;
- Faça a antisepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, em movimentos circulares, do centro para as extremidades;

OBSERVAÇÕES

- a. A escolha do calibre da agulha depende do local de coleta, lembrando que quanto menor for o calibre, maior será a chance de hemólise.
- b. O Teste de Allen modificado permite verificar a permeabilidade da artéria ulnar, garantindo vascularização adequada da extremidade, em caso de obstrução da artéria radial. Deve-se instruir o paciente que abra e feche a mão a ser punccionada algumas vezes, mantendo pressionadas as artérias, radial e ulnar, na altura do punho. Após a mão ficar pálida, deve-se soltar a artéria ulnar, observando a coloração da mão. Se a mão voltar a ter a coloração normal, a artéria possui fluxo normal e a radial poderá ser punccionada, pois caso haja obstrução, a artéria ulnar suprirá a irrigação da mão. O fechamento e a abertura da mão podem ser feitos passivamente por um auxiliar, caso o paciente não possa colaborar.

Figura 2: Teste de Allen



Fonte: Google imagines, 2020

- Introduza a agulha lentamente com o bisel para cima entre a ponta dos dedos nos seguintes ângulos, a depender da artéria selecionada: 45 a 60° para artéria radiale braquial; e 90° para a artéria femoral (Figura 3);

Figura 3: Angulação da punção radial



Fonte: Google imagines, 2020

- Verifique a entrada da agulha na luz da artéria por visualização do sangue pulsátil no canhão da agulha;
- Colete a quantidade de sangue necessária (1 a 3 mL);
- Retirar a agulha e pressionar o local por no mínimo 2 minutos (radial, braquial e pediosa) ou 5 minutos (femoral);^C
- Retire cuidadosamente todo o ar do interior da seringa;
- Retire a agulha da seringa;
- Descarte a agulha no recipiente adequado para descarte de material perfurocortante;
- Oclua o bico da seringa com dispositivo não perfurocortante;
- Coloque a seringa na bandeja;
- Observe o local da punção em busca de sinais de formação de hematoma ou sangramento;
- Deixe o paciente confortável;
- Realizar rotação da seringa com as mãos;
- Dirigir-se ao gasômetro para leitura da amostra - seguir instruções do fabricante, na manipulação do aparelho (Figura 4);
- Retirar luvas e lavar as mãos;
- Registrar o procedimento realizado, as condições da coleta do exame (FiO₂, FR, temperatura) e as possíveis ocorrências;
- Descarte os materiais em recipiente adequado.

- c. Mais tempo de compressão pode ser necessário caso o paciente tenha pressão arterial alta, distúrbio de coagulação ou esteja em uso de anticoagulantes.

Figura 4: Gasômetro



Fonte: Google imagenes, 2020

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se do material;
- Realizar higienização simples das mãos (Rever POP – Higienização simples das mãos);
- Realizar o procedimento conforme descrito.

7. RECOMENDÇÕES

- A artéria mais utilizada é a radial, por ser de fácil acesso, palpável e não estar associada a complicações graves. Para punção da artéria radial, antes do procedimento é necessário realizar o teste de Allen;
- Evite a punção repetida no mesmo local, pois pode ocorrer dilatação aneurismática;
- A heparina é uma substância ácida (pH aproximado de 6,8), portanto, seu excesso ou a escassez de sangue na amostra coletada podem interferir no resultado do exame;
- Fora das situações de urgência, a amostra não deve ser colhida em menos de 15 minutos, após modificação dos parâmetros do ventilador mecânico ou do fluxo de O₂;
- A amostra de sangue pode ser colhida em um cateter arterial. Antes de colher a amostra, aspirar 5 ml de sangue da torneira de 3 vias, para remover essa solução;
- A amostra deve ser transportada ao laboratório em recipiente com gelo, caso não seja analisada no setor;
- Realizar rodízio de locais se houver necessidade de novas coletas.


8. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, et. al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017.

URDEN, L. D. **Cuidados intensivos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

VIANA, R. A. P. P. **Enfermagem em terapia intensiva**: Práticas baseadas em evidências. São Paulo: Atheneu, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO guidelines on drawing blood**: best practices in phlebotomy. WHO: Geneva, 2010.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>	
		<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 4</p>	
		Data da criação	06/04/2016
		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 046	VERSÃO Nº 2	pag. 258 a 261	Data da próxima revisão 14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA			
Título: Assistência de Enfermagem na Intubação Endotraqueal			
Elaborado por:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Juliana Almeida Marques Lubenow Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Terapia Intensiva.		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VI – Integrado Enfermagem Terapia Intensiva		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Edna Samara Ribeiro César Maria Sueli de Menezes		
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VI – Integrado Enfermagem Terapia Intensiva		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

A intubação endotraqueal consiste na introdução de uma cânula por via oral ou nasal (Knobel, 2009).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar os cuidados de enfermagem estratégicos para o procedimento de intubação endotraqueal;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- **Está indicada em casos de:**
 - Obstrução das vias aéreas superiores secundária a: trauma, edema e tumefações, hemorragia, tumores;
 - Apneia;
 - Ineficácia na aspiração de secreções;
 - Elevado risco de broncoaspiração
 - Insuficiência respiratória.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Equipamentos de proteção individual (máscara, óculos, luvas de procedimento);

- Luvas estéreis;
- Laringoscópio com lâminas curvas e retas;
- Tubo endotraqueal (TET) de diversos tamanhos, com guia;
- Bolsa de Reanimação Manual (BRM) com máscara;
- Seringa de 10 ml para insuflar o cuff (se houver);
- Fita adesiva ou cadarço para fixação do tubo;
- Equipamento para aspiração (Sonda de aspiração conectada ao frasco de aspiração);
- Estetoscópio;
- Ventilador testado e funcionando.
- Medicamentos para sedação conforme solicitação médica.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos de acordo com o POP de Higienização Simples das Mãos;
- Colocar o equipamento de proteção individual;
- Separar e organizar o material;
- Providenciar medicação para sedação conforme solicitação médica;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal hiperestendendo o pescoço (se não houver suspeita de lesão cervical)^a e abrir a via respiratória (Figura 1);

Figura 1: Hiperextensão do pescoço



Fonte: Google images, 2020

- Aspirar secreções, se necessário, observando a saturação de Oxigênio (SpO₂) conforme POP de Aspiração de secreções;
- Realizar oxigenação a 100% utilizando BRM de 3 a 5 minutos, antes de inserir o tubo, através de movimentos respiratórios frequentes (1 a cada 6 segundos);^b
- Antes da inserção do tubo, testar o cuff com 10 ml de ar e desinsuflar;
- Oferecer o laringoscópio já montado e, em seguida, o tubo já com o fio-guia;^c

Figura 2: Laringoscópio montado



Fonte: Google images, 2020

OBSERVAÇÕES

- Se houver suspeita de lesão cervical, realizar manobra de Anteriorização da Mandíbula (Jaw-Thrust) da seguinte forma:
 - Apoiar a região tenar da mão sobre a região zigomática da vítima, bilateralmente, estando posicionado na sua "cabeceira";
 - Colocar a ponta dos dedos indicador e médio atrás do ângulo da mandíbula, bilateralmente, exercendo força suficiente para deslocá-la anteriormente;
 - Apoiar os polegares na região mentoniana, imediatamente abaixo do lábio inferior, e promover a abertura da boca.
- Para manter frequência respiratória entre 12 a 14 irpm.
- Deve-se manter a extremidade do guia a, pelo menos, 2,5 cm da extremidade do tubo endotraqueal, para evitar perfuração da traqueia.

- As tentativas de intubação devem ser suspensas, e o paciente deve ser oxigenado com a BRM se a SpO₂ abaixo de 90%;^d
- Após a intubação, acoplar a BRM até que o ventilador esteja pronto para o uso;
- Insulfar o cuff com 10ml de ar;
- Checar a posição correta do tubo;^e
- Fixar o tubo endotraqueal com fita adesiva ou cadarço, centralizado, na altura da arcada dentária superior (Figura 3);

Figura 3: Fixação do TET



Fonte: Google imagines, 2020

- Reconfirmar a posição correta do tubo após a fixação;
- Observar e registrar o posicionamento do tubo (na altura da arcada dentária superior);
- Reconfirmar a posição correta do tubo após a fixação;
- Observar e registrar o posicionamento do tubo (na altura da arcada dentária superior);
- Confirmar posicionamento do tubo endotraqueal, que deve ficar 2 a 3 cm acima da carina, através da realização de radiografia do tórax.

- d. A hipoxemia durante a intubação pode causar bradicardia, hipotensão, arritmias e outras complicações.
- e. Auscultar a região do epigástrico, bases (direita e esquerda) e ápices pulmonares (direito e esquerdo) e observar simetria e movimentação da caixa torácica, bilateral. Avaliar saturação de O₂ por oximetria de pulso (normal se acima de 92%); A presença de sons na região epigástrica é indicativa de intubação esofagiana, assim desinsufla-se o cuff e retira o TET. Na ausência de sons em base esquerda é indicativo de intubação seletiva (desinsuflar o cuff e tracionar o tubo por 2 cm e auscultar novamente).

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se do material;
- Realizar higienização simples das mãos (Ver POP Higienização simples das mãos);
- Realizar o procedimento conforme descrito.

7. RECOMENDAÇÕES

- Realizar ausculta pulmonar a cada 4 horas;
- Manter fixação adequada do tubo (atentar para não comprimir a veia jugular ou lesionar os lábios do paciente);
- Verificar e manter a pressão do cuff em torno de 20 a 25 mmHg a cada plantão ou conforme protocolo institucional;
- Aspirar a cânula orotraqueal, sempre que necessário;
- Inspeccionar e promover limpeza das narinas e cavidade oral a cada 8 horas, ou conforme necessidade;
- Recolher o material;
- Deixar a unidade em organizada.

8. REFERÊNCIAS

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K. **Cuidados críticos de enfermagem**: uma abordagem holística. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

URDEN, L. D. Cuidados intensivos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013;

PADILHA, K. G; VATTIMO, M. F. F. et al. **Enfermagem em UTI**: cuidando do paciente crítico. 2 ed. São Paulo: Manole, 2016.

VIANA, R.A.P.P; TORRE, M. **Enfermagem em terapia intensiva**: práticas integrativas. Barueri, São Paulo: Manole, 2017.

KNOBEL, E. **Terapia intensiva**: Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2016.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 4</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 047	VERSÃO Nº 2	pag. 262 a 266	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA				
Título: Aspiração de Secreções pelo Tubo Endotraqueal				
Elaborado por:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Juliana Almeida Marques Lubenow Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Terapia Intensiva.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar VI – Integrado Enfermagem Terapia Intensiva;			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Edna Samara Ribeiro César Maria Sueli de Menezes			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar VI – Integrado Enfermagem Terapia Intensiva.			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

Aspiração é a remoção de secreções existentes nas vias aéreas inferiores e superiores, por meio de um aspirador ligado ao sistema de vácuo. Está indicada para pacientes conscientes ou inconscientes, com dificuldade ou ausência do reflexo de deglutição, com reflexo reduzido ou ausente de tosse; observação visual de secreções nas vias respiratórias; determinação da presença de secreções ou tampões mucosos pela ausculta do tórax, tosse, aumento na pressão máxima nas vias respiratórias, diminuição no volume corrente durante a ventilação por pressão ou a deterioração da oxigenação do paciente, conforme anotado pela diminuição da SaO₂ (MORTON; FONTAINE, 2011).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidados de enfermagem estratégicos para o procedimento de aspiração de secreções da nasofaringe, orofaringe, orotraqueal, nasotraqueal e das vias aéreas artificiais (tubo endotraqueal ou traqueostomia);
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Manter permeabilidade das vias aéreas e favorecer as trocas gasosas.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Luvas estéreis e de procedimento;
- Sonda de aspiração (10,12,14);
- Gaze estéril;
- SF 0,9% ou água destilada;
- Vacuômetro ou aspirador;
- Frasco de aspiração;
- EPIs (máscara cirúrgica e óculos de proteção).

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material e colocar próximo ao paciente;
- Lavar as mãos conforme POP de Higienização Simples das Mãos;
- Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível;
- Colocá-lo na posição de Fowler ou Semi-fowler;
- Interromper a dieta enteral, caso o paciente esteja utilizando;
- Abrir o frasco de aspiração e conectar a extensão de silicone, ocluindo a extensão que conectará a sonda de aspiração;

Figura 1- Frasco de aspiração



Fonte: Google imagines, 2020.

- Identificar o frasco coletor com o nome completo do paciente, data e hora de abertura do material;
- Adaptar o vacuômetro a extensão do frasco coletor;
- Regular a pressão do vacuômetro (120 a 150 mmHg);

Figura 2 - Vacuômetro



Fonte: Google imagines, 2020.

- Fazer o teste de aspiração;
- Auscultar o paciente;

OBSERVAÇÕES

- Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador (mantendo-a dentro do invólucro);
- Abrir a ampola de água destilada ou soro fisiológico;
- Calçar a luva estéril na mão dominante que irá conduzir a sonda de aspiração;
- Retirar a sonda de aspiração do invólucro com a mão dominante;
- Ligar o aspirador ou vacuômetro com a mão não dominante;
- Atentar para o traçado ao monitor cardíaco e a saturação do paciente;
- Ligar no ventilador mecânico o modo de aspiração (FIO₂ a 100 % por dois minutos);
- Desligar o alarme do ventilador mecânico, temporariamente;
- Desconectar a traqueia do respirador com a mão não dominante ou solicitar a outra pessoa para desconectar (deixar a extremidade distal suspensa – sem contato com o paciente ou roupas de cama do mesmo);
- Introduzir a sonda de aspiração no tubo endotraqueal até a carina (quando sentir resistência), recuar um pouco, com a extensão de silicone clampeada;^a

Figura 3: Introdução da sonda no TOT.



Fonte: Google imagines, 2020.

- Abrir a extensão de silicone, retirando-a lentamente em movimentos circulares (não ultrapassar 15 segundos);^b
- Conectar o paciente ao ventilador novamente;
- Voltar a fazer o procedimento, quantas vezes for necessário;
- Introduzir a sonda na cavidade nasal (pinçada) e abrir quando estiver introduzida;

Figura 4: Aspiração da cavidade nasal.



Fonte: Google imagines, 2020.

- a. Quando introduzir a sonda, a extensão de silicone deverá ser pinçada para evitar lesão em mucosas e aspiração de O₂, reduzindo a saturação de O₂.
- b. A rotação do cateter aumentará a remoção de secreções que aderiram nas laterais do tubo traqueal.

- Introduzir, em seguida, a sonda na cavidade oral (por último) ;^{c,d}
- Desconectar a sonda da conexão de silicone;
- Desprezar a sonda de aspiração em lixo infectante;
- Lavar a extensão de silicone com água estéril ou solução fisiológica;
- Ocluir a extremidade da sonda;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário a hora do procedimento, aspecto, quantidade de secreções e reações do paciente.

- c. A aspiração de nariz e boca deverá ser feita quando necessária.
- d. Em recém-nascidos, a boca deverá ser aspirada antes das narinas.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se do material;
- Realizar higienização simples das mãos (Ver POP Higienização simples das mãos);
- Realizar o procedimento conforme descrito.

7. RECOMENDÇÕES

- Quando o frasco de aspiração estiver com dois terços de sua capacidade, ou antes do final de cada plantão, o frasco deve ser esvaziado e encaminhado para processamento conforme rotina da unidade. Um frasco estéril deve substituir o mesmo;
- Se houver prescrição de nebulização, recomenda-se realizar a aspiração após a realização da mesma;
- A extensão de silicone deve ser mantida com a ponta distal protegida com plástico (pode ser a embalagem da sonda de aspiração utilizada) ou gaze;
- Para realizar a aspiração, recomenda-se que o paciente esteja em posição semi-fowler;
- Quando for necessário aspirar as duas cavidades – nasal e oral, faz-se primeiro a aspiração nasal e depois a aspiração da boca e faringe;
- A aspiração deve ser breve (15 minutos), pois pode acentuar a insuficiência respiratória uma vez que, junto com secreções, o ar (e o oxigênio) é aspirado;
- A frequência das aspirações é determinada pelo volume de secreções;
- Limpar a sonda entre as aspirações com líquidos em recipiente estéril;
- A extensão de silicone deve ser trocada a cada 24 horas
- É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores antes de procedimentos como banho, antes de baixar a cabeceira para realizar procedimentos, antes de introduzir alimentos via sonda de alimentação;
- Deixar a unidade em ordem.

8. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.M.; LIMA, E. A. R.; PINTO, M. B. **Tópicos de Cuidados em Enfermagem. Campina Grande:** EDUFPG; 2014.

JOHN, R. E. S.; SECKEL, M.; BURNS, S. M. Manejo ventilatório e das vias aéreas. In: CHULAY, M.; BURNS, S. M. **Fundamentos de enfermagem em cuidados críticos da AACN.** 2ª ed. Porto Alegre (RS): AMGH; 2012.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K. **Cuidados críticos de enfermagem:** uma abordagem holística. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

PADILHA, K. G; VATTIMO, M. F. F. et al. **Enfermagem em UTI:** cuidando do paciente crítico. 2 ed. São Paulo: Manole, 2016.


VIANA, R. A. P. P. **Enfermagem em terapia intensiva: Práticas baseadas em evidências.** São Paulo: Atheneu, 2011.

VIANA, R. A. P. P.; WHITAKER, I. Y. **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e vivências.** Porto Alegre: Artmed; 2011.

POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** Elsevier, 2013.

SEÇÃO 5

ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 5</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 048	VERSÃO Nº 2	pag. 268 a 273	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA				
Título: Assistência de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH)				
Elaborado por:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Juliana Almeida Marques Lubenow Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação de Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Urgência e Emergência.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar I – Suporte Básico de Vida			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves Estela Rodrigues Paiva Alves			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar I – Suporte Básico de Vida			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

O serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) é caracterizado como o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive psiquiátrica), que possa levar a sofrimento, sequelas, ou mesmo à morte, sendo necessário prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (BUENO; BERNARDES, 2010). O APH é realizado através de duas modalidades: o Suporte Básico à Vida (SBV), que se caracteriza por não realizar manobras invasivas e o Suporte Avançado à Vida (SAV), que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório (PEREIRA; LIMA, 2006).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar os procedimentos de Enfermagem realizados no Atendimento Pré-Hospitalar;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Realizar atendimento de urgência e emergência fora do ambiente hospitalar segundo as diretrizes do PHTLS;
- Contribuir para manutenção da vida.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **EPIS:**
 - Luvas de procedimentos, máscara, óculos de proteção;
- **Materiais para atendimento pré-hospitalar:**
 - Prancha longa completa com tirantes e coxins laterais;
 - Colar cervical (P, M, G);
 - Cânula de Guedel;
 - Material para intubação conforme POP de intubação endotraqueal;
 - Sonda de Aspiração;
 - Aspirador portátil;
 - Oxímetro de pulso;
 - Cateter nasal;
 - Máscara Facial com reservatório de oxigênio;
 - AMBU;
 - Cristaloides: Soro Ringer Lactato, Soro Fisiológico 9%, Soro Glicosado 5%;
 - Gazes;
 - Compressas;
 - Ataduras;
 - Esparadrapo;
 - Fita adesiva;
 - Tala moldável;
 - Lanterna;
 - Tesoura;
 - Manta térmica.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Certificar-se que a cena está segura^a e descer paramentado da viatura.
- Iniciar o protocolo do APH.
- **Tratamento da via aérea e estabilização da coluna cervical**
 - Aproximar-se da vítima posicionando-se de modo a proteger sua coluna cervical, segurando a cabeça da mesma com as mãos;

Figura 1: Avaliação geral do paciente.



Fonte: Google imagens, 2020

OBSERVAÇÕES

- a. Polícia Militar: 190;
Bombeiros: 193; Polícia Rodoviária: 190; Energisa; SEMOB.

- Interagir com vítima e verificar seu nível de consciência;
- Verificar a permeabilidade das vias aéreas;
- Na presença de frequência ventilatória (FV) proceder com a colocação do colar cervical, observando o posicionamento e tamanho correto do colar cervical;

Figura 2: Estabilização da cervical



Fonte: PHTLS, 2017

- Na ausência da (FV) proceder com a abertura das vias aéreas;^b

Figura 3: Abertura das vias aéreas



Fonte: PHTLS, 2017

- Após assegurar uma via aérea pérvia, colocar o colar cervical, coxins laterais e tirantes da cabeça;
- Assim que possível alinhar toda a vítima, colocar em prancha rígida – manobras que preservem a coluna, fixá-la à prancha com tirantes. Colocar na maca e ir para ambulância e passar o cinto de segurança.

Figura 4: Imobilização em prancha rígida



Fonte: PHTLS, 2017

b. Manobras manuais:

- **hiperextensão da cabeça:** contra indicada na suspeita de lesão da coluna cervical;
- **elevação ou tração da mandíbula:** preserva a estabilidade da cervical
- **meios mecânicos:** cânula de guedel e cânula nasofaríngea;
- **remoção de corpo estranho:** varredura digital (vítimas inconscientes);
- **aspiração:** remover sangue, secreções, conteúdo gástrico;
- **vias aéreas definitivas:** intubação orotraqueal, combitube, cricotireostomia cirúrgica, traqueostomia.

- **Ventilação: avaliar via, adequar e viabilizar a oferta de oxigênio.**

- Instalar oxímetro de pulso;

Figura 5: Oxímetro de pulso



Fonte: PHTLS, 2017

- Monitorar a SatO2 da vítima: > ou = 90%;
- Avaliar a Frequência Respiratória;^c
- Examinar o tórax;^d
- Fornecer oxigênio conforme preconiza o protocolo guiado pela FV e SatO2;^c
- Ofertar oxigênio através dos dispositivos;^e
- Para os casos de trauma torácico, considera: drenagem torácica e descompressão pleural.

- **Circulação e hemorragia (perfusão e sangramento)**

- Identificar se a hemorragia é capilar, venosa e arterial;
- Em caso de hemorragia externa realizar pressão direta no local do sangramento utilizando gazes ou compressas para conter o sangramento, se a hemorragia não for controlada, utilizar torniquetes em membros;
- Em caso de hemorragia interna: deve-se avaliar abdome, pelve e sinais de choque hipovolêmico de causa não identificada;^f
- Realizar acesso venoso de grosso calibre (jelco 14 ou 16) em vaso periférico de fácil acesso. Lembrar que a veia jugular externa é uma opção em vítimas chocadas;
- Infundir cristaloides – RL – aquecido.^g

- **Disfunção neurológica**

- Avaliar o nível de consciência da vítima;
- Aplicar a Escala de Glasgow (FIGURA 6);
- Identificar o escore total realizado pela escala de Glasgow (QUADRO 1);

Quadro 1: escore realizado pela escala de Glasgow.

Total Máximo	Total Mínimo	Intubação
15	3	8

Fonte: KUIZUMI; ARAÚJO, 2005

- c. **Apneia:** ventilação controlada com FiO2 > ou = 85%.

Lenta (< ou = 12 ipm): ventilação assistida ou total com FiO2 > ou = 85%.

Normal (12 a 20 ipm): considerar O2 suplementar;

Rápida (20 a 30 ipm): O2 suplementar com FiO2 > ou = 85%, considerar ventilação assistida.

Muito rápida (> 30 ipm): ventilação assistida com FiO2 > ou = 85%.

- d. **Expor o tórax do paciente:** inspeção, palpação, **ausculta e percussão.**

- Avaliar profundidade da ventilação.
- Avaliar oximetria de pulso.

- e. **Cateter de O2:** até 5 litros; **Máscara** com reservatório 10 a 15 litros; **AMBU:** 15 litros; Fórmula: $F_{iO_2} = (4 \times \text{litros}) + 21\%$.

- f. Avaliar perfusão periférica; PA e Pulso (presença de pulso periférico, frequência, qualidade e regularidade); Pele: cor, temperatura, umidade, tempo de enchimento capilar.

- g. locais com temperatura ambiente baixa.





Figura 6: Escala de Glasgow

Abertura dos olhos	Pontos
Abertura espontânea dos olhos	4
Abertura dos olhos após comando	3
Abertura dos olhos ao estímulo de dor	2
Nenhuma abertura dos olhos	1
Melhor resposta verbal	
Responde apropriadamente (orientado)	5
Dá respostas confusas	4
Respostas inapropriadas	3
Faz barulhos ininteligíveis	2
Não dá resposta verbal	1
Melhor resposta motora	
Obedece a comandos	6
Localiza estímulos de dor	5
Reflexo à dor	4
Responde com flexão anormal a estímulos de dor (descorticoado)	3
Responde com extensão anormal a estímulos de dor (descerebrado)	2
Não dá resposta motora	1
Total	<input type="text"/>

Fonte: PHTLS, 2017

- Avaliar as pupilas quanto ao tamanho, igualdade e reatividade a luz;

Figura 7: Avaliação pupilar

SINAIS A SEREM OBSERVADOS	SITUAÇÃO
	ISCÓRICAS (NORMAIS) São simétricas e e reagem a luz
	MIOSE: Ambas estão contraídas, sem reação a luz
	ANISOCÓRICAS: Uma dilatada e outra contraída (assimétricas)
	MIDRÍSE: Pupilas dilatadas

FONTE: Google imagens, 2020

- **Exposição/ambiente**
 - Despir a vítima a procura de outras lesões;
 - Guardar pertences, registrando adequadamente sobre eles;
 - Proteger quanto ao frio com manta térmica.

Figura 8: Exposição da vítima



Fonte: PHTLS, 2017

- **Monitorar continuamente à vítima até chegar ao hospital.**

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da segurança da cena para não se tornar uma vítima;
- Realizar os procedimentos conforme o protocolo de APH.


7. REFERÊNCIAS

KOIZUMI, M.S.; ARAÚJO, G.L. Escala de Coma de Glasgow - subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas. **Acta Paul Enferm.**, v.18, n. 2, p.136-42, 2005.

PEREIRA, C.U. et al. Nervo oculomotor: Anatomia, Fisiologia e Clínica. Rev. Cir. Traumatol. **Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.12, n.2, p. 93-104, abr./jun. 2012.

PEREIRA, W.A.P.; LIMA, M.A.D.S. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. **Acta Paul Enferm.**, v.19, n.3, p. 279-83, 2006.

PHTLS – Pré-hospital trauma life support. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado**. 8. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 5</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 049	VERSÃO Nº 2	pag. 274 a 283	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA				
Título: Assistência de Enfermagem no Trauma Musculoesquelético				
Elaborado por:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Juliana Almeida Marques Lubenow Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação de Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Urgência e Emergência.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar I – Suporte Básico de Vida			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves Estela Rodrigues Paiva Alves			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar I – Suporte Básico de Vida			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

A lesão musculoesquelética, apesar de comum em vítimas de trauma, raramente representa uma condição de risco imediato de vida. O trauma esquelético, no entanto, pode ser fatal quando produz grave perda de sangue (hemorragia), por sangramento externo ou, interno no membro ou no retroperitônio no caso de acometimento da pelve (PHTLS, 2016).

2. OBJETIVO

- Ministrando aspectos teóricos e demonstrando os procedimentos de Enfermagem realizados no Atendimento a vítima com Trauma Musculoesquelético;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Realizar atendimento de urgência e emergência fora do ambiente hospitalar relacionado ao Trauma Musculoesquelético;
- Identificar os tipos de Traumas Musculoesqueléticos e realizar as condutas referentes a cada trauma;
- Contribuir para manutenção da vida.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **EPIs:**
 - Luvas de procedimentos, máscara, óculos de proteção;

- **Materiais para atendimento pré-hospitalar:**
 - Prancha longa completa com tirantes e coxins laterais;
 - Colar cervical (P, M, G);
 - Cânula de Guedel;
 - Material para intubação conforme POP de intubação endotraqueal;
 - Sonda de Aspiração;
 - Aspirador portátil;
 - Oxímetro de pulso;
 - Cateter nasal;
 - Máscara Facial com reservatório de oxigênio;
 - AMBU;
 - Cristaloides: Soro Ringer Lactato, Soro Fisiológico 9%, Soro Glicosado 5%;
 - Gazes;
 - Compressas;
 - Ataduras;
 - Esparadrapo;
 - Fita adesiva;
 - Tala moldável;
 - Lanterna;
 - Tesoura;
 - Manta térmica.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Certificar-se que a cena está segura^a e descer paramentado da viatura.
- Iniciar o protocolo do APH.

- **Tratamento da via aérea e estabilização da coluna cervical:**
 - Aproximar-se da vítima posicionando-se de modo a proteger sua coluna cervical, segurando a cabeça da mesma com as mãos;

Figura 1: Avaliação geral do paciente



Fonte: Google imagens, 2020

- Interagir com vítima e verificar seu nível de consciência;

OBSERVAÇÕES

a. Polícia Militar: 190;
Bombeiros: 193; Polícia Rodoviária: 190; Energisa; SEMOB.

- Verificar a permeabilidade das vias aéreas;
- Na presença de frequência ventilatória (FV) proceder com a colocação do colar cervical, observando o posicionamento e tamanho correto do colar cervical;

Figura 2: Estabilização da cervical



Fonte: PHTLS, 2017

- Na ausência da (FV) proceder com a abertura das vias aéreas;^b

Figura 3: Abertura das vias aéreas



Fonte: PHTLS, 2017

- Após assegurar uma via aérea pérvia, colocar o colar cervical, coxins laterais e tirantes da cabeça.
- Assim que possível alinhar toda a vítima, colocar em prancha rígida – manobras que preservem a coluna, fixá-la à prancha com tirantes. Colocar na maca e ir para ambulância e passar o cinto de segurança.

Figura 4: Imobilização em prancha rígida.



Fonte: PHTLS, 2017

b. Manobras manuais:

- **hiperextensão da cabeça:** contra indicada na suspeita de lesão da coluna cervical;
- **Elevação ou tração da mandíbula:** preserva a estabilidade da cervical;
- **Meios mecânicos:** cânula de guedel e cânula nasofaríngea;
- **Remoção de corpo estranho:** varredura digital (vítimas inconscientes);
- **Aspiração:** remover sangue, secreções, conteúdo gástrico;
- **Vias aéreas definitivas:** Intubação orotraqueal, combitube, cricotireostomia cirúrgica, traqueostomia.

- **Ventilação: avaliar via, adequar e viabilizar a oferta de oxigênio:**

- Instalar oxímetro de pulso;

Figura 5: Oxímetro de pulso



Fonte: PHTLS, 2017

- Monitorar a SatO₂ da vítima: > ou = 90%
- Avaliar a Frequência Respiratória;^c
- Examinar o tórax;^d
- Fornecer oxigênio conforme preconiza o protocolo guiado pela FV e SatO₂;^c
- Ofertar oxigênio através dos dispositivos;^e
- Para os casos de trauma torácico, considera: drenagem torácica e descompressão pleural.

- **Circulação e hemorragia (perfusão e sangramento):**

- Identificar se a hemorragia é capilar, venosa e arterial;
- Em caso de hemorragia externa realizar pressão direta no local do sangramento utilizando gazes ou compressas para conter o sangramento, se a hemorragia não for controlada, utilizar torniquetes em membros;
- Em caso de hemorragia interna: deve-se avaliar abdome, pelve e sinais de choque hipovolêmico de causa não identificada;^f
- Realizar acesso venoso de grosso calibre (jelco 14 ou 16) em vaso periférico de fácil acesso. Lembrar que a veia jugular externa é uma opção em vítimas chocadas;
- Infundir cristaloides – RL – aquecido.^g

- **Disfunção neurológica:**

- Avaliar o nível de consciência da vítima;
- Aplicar a Escala de Glasgow (FIGURA 6);
- Identificar o escore total realizado pela escala de Glasgow (QUADRO 1);

Quadro 1: Escore realizado pela escala de Glasgow

Total Máximo	Total Mínimo	Intubação
15	3	8

Fonte: KUIZUMI; ARAÚJO, 2005

- c. **Apneia:** ventilação controlada com FiO₂ > ou = 85%.

Lenta (< ou = 12 ipm): ventilação assistida ou total com FiO₂ > ou = 85%.

Normal (12 a 20 ipm): considerar O₂ suplementar;

Rápida (20 a 30 ipm): O₂ suplementar com FiO₂ > ou = 85%, considerar ventilação assistida.

Muito rápida (> 30 ipm): ventilação assistida com FiO₂ > ou = 85%.

- d. **Expor o tórax do paciente:** inspeção, palpação, **ausculta e percussão.**

- Avaliar profundidade da ventilação;
- Avaliar oximetria de pulso.

- e. **Cateter de O₂:** até 5 litros; **Máscara** com reservatório 10 a 15 litros;

AMBU: 15 litros; Fórmula: Fio₂ = (4 x litros) + 21%.

- f. Avaliar perfusão periférica; PA e Pulso (presença de pulso periférico, frequência, qualidade e regularidade); Pele: cor, temperatura, umidade, tempo de enchimento capilar.

- g. locais com temperatura ambiente baixa.



Figura 6: Escala de Glasgow

Abertura dos olhos	Pontos
Abertura espontânea dos olhos	4
Abertura dos olhos após comando	3
Abertura dos olhos ao estímulo de dor	2
Nenhuma abertura dos olhos	1
Melhor resposta verbal	
Responde apropriadamente (orientado)	5
Dá respostas confusas	4
Respostas inapropriadas	3
Faz barulhos ininteligíveis	2
Não dá resposta verbal	1
Melhor resposta motora	
Obedece a comandos	6
Localiza estímulos de dor	5
Reflexo à dor	4
Responde com flexão anormal a estímulos de dor (descortiado)	3
Responde com extensão anormal a estímulos de dor (descerebrado)	2
Não dá resposta motora	1
Total	<input type="text"/>

Fonte: PHTLS, 2017

- Avaliar as pupilas quanto ao tamanho, igualdade e reatividade a luz;

Figura 7: Avaliação pupilar

SINAIS A SEREM OBSERVADOS	SITUAÇÃO
	ISCÓRICAS (NORMAIS) São simétricas e reagem a luz
	MIOSE: Ambas estão contraídas, sem reação a luz
	ANISOCÓRICAS: Uma dilatada e outra contraída (assimétricas)
	MIDRÍSE: Pupilas dilatadas

FONTE: Google imagens, 2020

- **Exposição/ambiente:**
 - Despir a vítima a procura de outras lesões;
 - Guardar pertences, registrando adequadamente sobre eles;
 - Proteger quanto ao frio com manta térmica.

Figura 8: Exposição da vítima



Fonte: PHTLS, 2017

- **Monitorar continuamente a vítima até chegar ao hospital:**

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da segurança da cena para não se tornar uma vítima;
- Realizar os procedimentos conforme o protocolo de APH.

7. RECOMENDAÇÕES

- Certificar-se da segurança da cena para não se tornar uma vítima;
- Realizar os procedimentos conforme o protocolo de APH.
- **Tipos de lesões musculoesqueléticas:**
 - ◇ Hemorragias
 - ◇ Instabilidades (fraturas e luxações)
 - ◇ Amputações
 - ◇ Síndrome compartimental
 - ◇ Síndrome do esmagamento
 - ◇ Entorses
- **Fraturas exposta (aberta):**
 - ◇ Colocar o membro em posição anatômica, realizando uma tração discreta, desde que o osso que esteja muito exposto não retorne para o interior do ferimento. Caso inicie o retorno do osso para dentro durante a tração, parar imediatamente e imobilizar na posição encontrada. -Também devemos parar a movimentação e tração, nos casos de dor intensa ou crepitações ósseas;
 - ◇ Em caso de sangramento, lavar o local da lesão com SF;
 - ◇ Cobrir a lesão com curativo estéril umedecido com SF.
- O retorno à posição anatômica pode aliviar a compressão de artérias ou nervos e melhorar a perfusão do tecido, bem como a função neurológica;
- O enfaixamento do membro afetado deve ser iniciado da parte distal do membro, no sentido do retorno venoso, podendo ser contínuo ou de três pontos;

Figura 9: Estabilização e imobilização do membro superior (A); Colocação da tala moldável (B)



Fonte: Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás, 2016

Figura 10: Imobilização na articulação distal (A) e no segundo ponto (B)



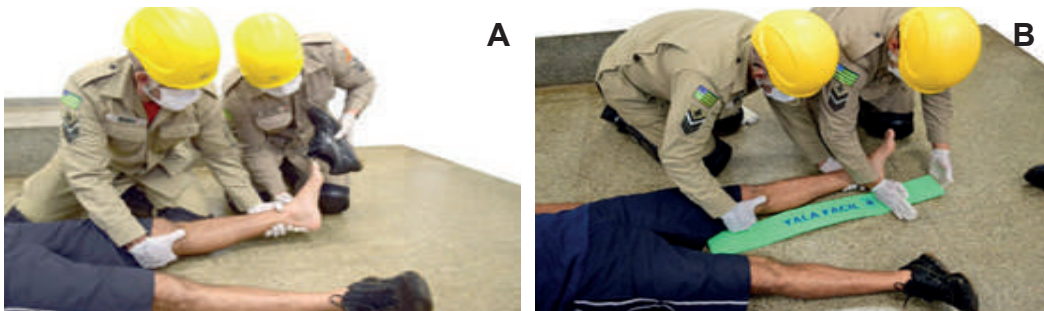
Fonte: Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás, 2016

Figura 11: Imobilização na articulação proximal (A) e de membro superior finalizada (B)



Fonte: Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás, 2016

Figura 12: Retirada de calçado da vítima e estabilização do membro (A) e colocação da tala moldável (1º passo) (B)



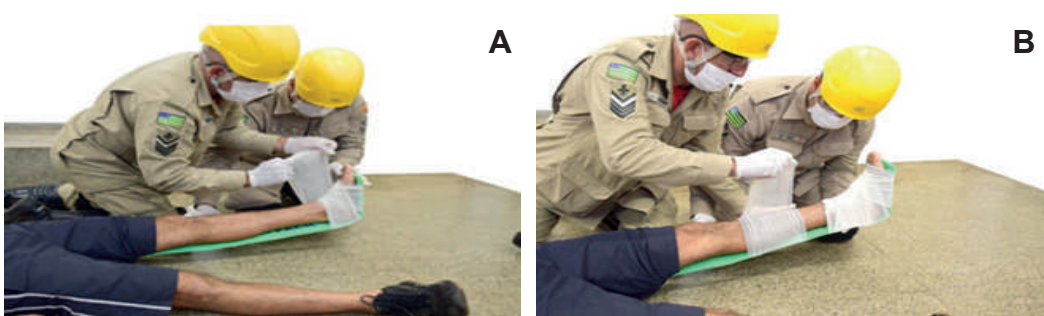
Fonte: Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás, 2016

Figura 13: Medição e colocação da tala moldável (2º passo) (A) e medição e colocação da tala moldável (3º passo) (B)



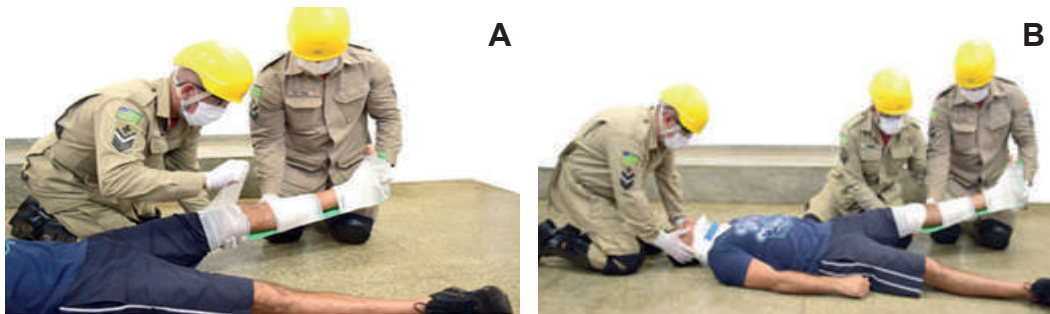
Fonte: Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás, 2016

Figura 14: Imobilização na articulação distal (A) e no segundo ponto (B)



Fonte: Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás, 2016

Figura 15: Imobilização na articulação proximal (A) e do membro inferior finalizada (B)



Fonte: Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás, 2016

Figura 16: Imobilização de fêmur finalizada.



Fonte: Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás, 2016

- Durante o enfaixamento não realizar pressão em cima da lesão;
- Qualquer que seja o local a enfaixar e o tipo de imobilização adotada (contínua ou de três pontos), significa retirar os movimentos das articulações acima e abaixo da fratura;
- Ajustar apenas o suficiente as ataduras que seguram a tala, deixando as extremidades (dedos) do membro atingido para fora, para observar sensibilidade e a perfusão periférica.

• **Amputação traumática:**

- ◇ Controlar hemorragia no segmento afetado (iniciar com compressão direta e considerar como último recurso a ser adotado, o uso do torniquete);
- ◇ Colocar a hora de aplicação no torniquete;
- ◇ Tempo de segurança para torniquete é de 2 horas;
- ◇ O torniquete é para uso de extremidades;

Figura 17: Torniquete comercial SWAT – T



Fonte: Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás, 2016

Figura 18: Torniquete comercial de combate



Fonte: Foto pessoal do acervo da Professora Estela Rodrigues, 2020

Figura 19: Torniquete improvisado



Fonte: Google imagens, 2020

- ◇ Limpeza e envolvimento com compressa estéril umedecida em SF;
- ◇ Evitar manipular a lesão que não sangra (pode ser rompido o coágulo sanguíneo e ocorrer novo sangramento, cobrindo-o com o curativo seco);
- ◇ Atentar para a possibilidade de choque hipovolêmico;
- ◇ Cuidados com a parte amputada: realizar breve limpeza com ringer lactato; envolver em gaze estéril umedecida com ringer lactato; colocar em saco plástico e identificar; colocar o saco plástico em outro recipiente com gelo (não colocar a parte amputada em contato direto com gelo); e transportar o segmento amputado ao hospital adequado junto com o paciente;
- ◇ Não retardar o transporte na tentativa de localizar a parte amputada. Policiais ou outros auxiliares devem permanecer no local para procurá-la e devem ser orientados quanto aos cuidados e à forma de transportá-la, sendo informados sobre o hospital de destino da vítima.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

KOIZUMI, M.S.; ARAÚJO, G.L. Escala de Coma de Glasgow - subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas. **Acta Paul Enferm.**; v. 18, n. 2, p.136-42, 2005.


Manual operacional de bombeiros: **resgate pré-hospitalar/Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás**. Goiânia, 2016. Disponível em: <https://www.bombeiros.go.gov.br/gestao-do-conhecimento/manuais-operacionais-de-bombeiros> Acesso em 03 jun. 2020.

PEREIRA, C.U. et al. Nervo oculomotor: Anatomia, Fisiologia e Clínica. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.12, n.2, p. 93-104, abr./jun. 2012.

PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D. S. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. **Acta Paul Enferm.** v. 19, n. 3, p 279-83, 2006.

PHTLS: **Pré-hospital trauma life support**: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

SOARES, L. S.; SOUZA, D. A. C. M.; MACHADO, A. L. G. et al. Caracterização das vítimas de traumas por acidente com motocicleta internadas em um hospital público. **Rev enferm UERJ.** v. 23, n. 1, p. 115-21, 2015.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 5</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 050	VERSÃO Nº 2	pag. 284 a 288	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA				
Título: Reanimação Cardiopulmonar (RCP) Adulto, no Ambiente Pré-Hospitalar (APH)				
Elaborado por:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Juliana Almeida Marques Lubenow Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação de Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Urgência e Emergência.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar I – Suporte Básico de Vida			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves Estela Rodrigues Paiva Alves			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar I – Suporte Básico de Vida			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

É um conjunto de procedimentos não invasivos (Suporte Básico de Vida - SBV) e invasivos (Suporte Avançado de Vida - SAV) instituídos em ambiente pré-hospitalar, no momento em que é comprovada a Parada Cardiorrespiratória (PCR), através da ausência de ventilação espontânea, perda de consciência e ausência de pulso nas grandes artérias (AEHLERT, 2017; HAZINSKI, 2015).

2. OBJETIVO

- Ministras aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para realização da RCP em adultos no APH;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Manter fluxo sanguíneo principalmente em órgãos alvo, coração e cérebro;
- Prevenir lesão e morte cerebral;
- Preservar funções de órgãos vitais;
- Fornecer suporte ventilatório;
- Restabelecer respiração espontânea;
- Restaurar a circulação sanguínea.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, máscara, gorro e óculos);
- Desfibrilador Externo Automático (DEA);
- Lâmina para remoção de pelos;
- Tesoura;
- Compressas;
- Reanimador manual auto inflável com máscara e reservatório de oxigênio (AMBU);
- Torpedo de oxigênio;
- Látex para conectar AMBU ao torpedo;
- Oxímetro de pulso;
- Material para aspiração, segundo POP de Cuidados de Enfermagem com a Aspiração de Vias Aéreas no APH;
- Material de intubação, segundo POP de Assistência de enfermagem na intubação endotraqueal (UTI);
- Material para punção de acesso venoso, segundo POP de Cuidados de Enfermagem na Inserção do Acesso Venoso Periférico e Central.
- Medicações (adrenalina, amiodarona, naloxona, eletrólitos, diuréticos);
- Seringas (3 ml, 5 ml, 10 ml e 20 ml);
- Água destilada;
- Soro fisiológico, glicosado e ringer;
- Prancha com tirantes;
- Maca.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Certificar-se que a cena está segura e descer paramentado da viatura;
- **Confirmar a parada cardiorrespiratória:**
 - Checar responsividade;
 - Verificar respiração e pulso carotídeo por 10 segundos.

Figura 1: Checando pulso carotídeo



Fonte: google imagens, 2020

- Solicitar ajuda (comunicar a equipe);
- Posicionar a vítima em decúbito dorsal plano sob superfície rígida;
- Expor o tórax;
- Iniciar ciclos de 30 compressões alternando com 2 ventilações ou compressões e ventilações contínuas assíncronas, repetir procedimentos por dois minutos;^a
- Liberar vias aéreas antes de ventilar.

OBSERVAÇÕES

- a. As compressões são feitas com as duas mãos, especificamente a região hipotênar sobre a metade inferior do esterno numa frequência de 100 a 120 / min e profundidade de 5 a 6 cm. Permitir o retorno do tórax e minimizar as interrupções. As ventilações, feitas com o AMBÚ conectado a fonte de O₂ e fluxometro a 15 L. Caso a equipe opte por compressões e ventilações contínuas assíncronas, ou o paciente já esteja intubado, a ventilação compressão ocorrem simultaneamente, observação d.

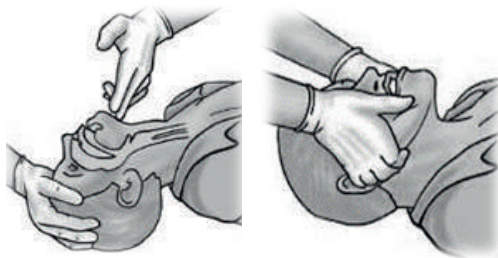
Figura 2: Compressão torácica



Fonte: GONZALEZ et al., 2013

- Para ventilar, liberar vias aéreas através da hiperextensão do pescoço e em vítimas com suspeita de lesão cervical, realizar tração de mandíbula.

Figura 3: Hiperextensão e elevação da mandíbula



Fonte: GONZALEZ et al., 2013

Figura 4: Ventilação com ambú



Fonte: GONZALEZ et al., 2013

- **Assim que possível monitorar o paciente com:**
 - - Oxímetro de pulso;
 - - DEA, para definir necessidade de choque.^b

Figura 5: DEA (desfibrilador externo automático)

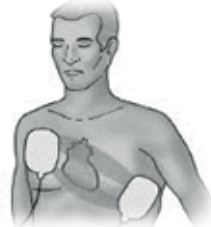


Fonte: google imagens, 2020

- b. Remover pelos se necessário, na presença de suor excessivo ou qualquer umidade, secar, posicionar um eletrodo na região infra clavicular direita e outro na região infra mamilar esquerda. Na presença de marca passo, instalar eletrodos cerca de três centímetros de distância, caso esteja localizado no hemitórax direito, instalar eletrodo na região infra escapular esquerda.

- Se recomendado, aplicar choque (certifica-se de que ninguém da equipe ou partes de metal estão em contato com o paciente, sob o risco de choques elétricos);

Figura 6: Choque/desfibrilação



Fonte: GONZALEZ et al., 2013

- Checar pulso carotídeo por 10 segundos (ausente);
- Continuar por dois minutos os ciclos de 30 compressões e 2 ventilações ou compressões e ventilações contínuas assíncronas;
- Checar pulso carotídeo (ausente);
- Prosseguir com intubação;^c
- Continuar compressões e ventilações agora obrigatoriamente assíncronas, por dois minutos;^d
- Preparar e administrar medicações conforme solicitação médica;^e
- Reavaliar a vítima a cada dois minutos.

- **Ao término da reanimação bem-sucedida:**

- Transferir vítima na prancha/maca até a ambulância;
- Verificar permeabilidade de vias aéreas;
- Checar acesso venoso e infusão de drogas;
- Verificar monitorização cardíaca e saturação de O₂;
- Registrar procedimentos;
- Transportar o paciente para hospital de referência após regulação.

- **Ao término da reanimação com óbito:**

- Preparar o corpo segundo POP de Cuidado com o Corpo Após a Morte;
- Entregar a família declaração de óbito preenchida pelo médico;
- Registrar procedimentos.

- c. Segundo POP de assistência de enfermagem na intubação endotraqueal (UTI).

- d. Se optar por compressões e ventilações contínuas assíncronas e após a intubação: 1 ventilação a cada 6 segundos e compressão torácica contínua.

- e. De acordo com as diretrizes da AHA (2015), a adrenalina é a medicação de escolha para a assistolia e a amiodarona é o antiarrítmico de escolha para fibrilação ventricular sem pulso (FVSP) e taquicardia ventricular sem pulso (TVSP), refratárias ao choque, que pode ser substituída por lidocaína sem vasoconstrictor. A naloxona é indicada em casos suspeitos de intoxicação por opióides.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se dos materiais, medicações e equipamentos;
- Realizar procedimento conforme descrito.

7. RECOMENDAÇÕES

- Sempre que possível, orientar os familiares sobre os procedimentos que serão realizados;
- Lembrar que o protocolo atual de RCP para adultos, segue a ordem C, A, B, em que C diz respeito a circulação, compressões e choque quando necessário, A, liberação de vias aéreas e

- B, ventilação, não invasiva no SBV e invasiva no SAV;
- Durante as compressões, não se apoiar no tórax da vítima;
 - Expor o tórax da vítima com cautela para evitar constrangimento;
 - As compressões torácicas não devem ser interrompidas durante a instalação do DEA;
 - O transporte da vítima só deve ser feito após estabilidade do mesmo;
 - Considerar interrupção da RCP quando: a equipe estiver exausta, a cena ou o ambiente apresentar riscos.


7. RECOMENDAÇÕES

AEHLERT, B. **ACLS**: Emergências em cardiologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

GONZALEZ, M. M .et al . I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 101, n. 2, supl. 3, p. 1-221, Aug. 2013;

HAZINSKI, M. F. **Destaques das diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE**. 2015.

PHTLS – Prehospital trauma life support. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado**. 8. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro		FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 5		Data da criação	06/04/2016
		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 051	VERSÃO Nº 2	pag. 289 a 292	Data da próxima revisão
POP ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Título: Reanimação Cardiopulmonar (RCP) Adulto no Ambiente Hospitalar			
Elaborado por:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Juliana Almeida Marques Lubenow Gláides Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação de Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Urgência e Emergência.		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar I – Suporte Básico de Vida		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Gláides Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves Estela Rodrigues Paiva Alves		
Sector:	Laboratório Multidisciplinar I – Suporte Básico de Vida		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

É um conjunto de procedimentos não invasivos (Suporte Básico de Vida - SBV) e invasivos (Suporte Avançado de Vida - SAV) instituídos em ambiente hospitalar, no momento em que é comprovada a Parada Cardiorrespiratória (PCR), através da ausência de ventilação espontânea, perda de consciência e ausência de pulso nas grandes artérias (AEHLERT, 2013; HAZINSKI, 2015).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para realização da RCP em adultos no ambiente hospitalar;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Manter fluxo sanguíneo principalmente em órgãos alvo, coração e cérebro;
- Manter lesão e morte cerebral;
- Preservar funções de órgãos vitais;
- Fornecer suporte ventilatório;
- Restabelecer respiração espontânea;
- Restaurar a circulação sanguínea.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, máscara, gorro e óculos);
- **Carro de parada contendo:**
- ◇ Placa de acrílico;
- ◇ Cardioversor;
- ◇ Gel condutor;
- ◇ Medicações (adrenalina, amiodarona, lidocaína, naloxona, eletrólitos, diuréticos, outras drogas vasoativas);
 - Seringas (3 ml, 5 ml, 10 ml e 20 ml);
 - Água destilada;
 - Soro fisiológico, glicosado e ringer;
 - Material de aspiração segundo POP de Cuidados de Enfermagem com a Aspiração de Vias Aéreas no APH.
- ◇ Material de intubação segundo POP de Assistência de enfermagem na Intubação Endotraqueal (UTI);
- ◇ Material para punção de acesso venoso periférico e central segundo POP de Cuidados de Enfermagem na Inserção do Acesso Venoso Periférico e Central.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- **Confirmar a parada cardiorrespiratória:**
- ◇ Checar responsividade;
- ◇ Verificar respiração e pulso carotídeo por 10 segundos.

Figura 1: Checando pulso carotídeo



Fonte: AHA, 2015

- Solicitar ajuda (comunicar a equipe e pedir carro de parada);
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal plano sob superfície rígida (Utilizar placa de acrílico que geralmente encontra-se suspensa na lateral do carro de parada);
- Expor o tórax;
- Iniciar ciclos de 30 compressões alternando com 2 ventilações, ou compressões e ventilações contínuas assíncronas, repetir procedimentos por dois minutos;^a

Figura 2: Compressão torácica



Fonte: GONZALEZ et al., 2013

OBSERVAÇÕES

- a. As compressões são feitas com as duas mãos, especificamente a região hipotênar sobre a metade inferior do esterno numa frequência de 100 a 120/min e profundidade de 5 a 6 cm. Permitir o retorno do tórax e minimizar as interrupções. As ventilações são feitas com o AMBÚ conectado a fonte de O₂ e fluxometro a 15 L. caso a equipe opte por compressões e ventilações contínuas assíncronas, ou o paciente já esteja intubado, a ventilação compressão ocorrem simultaneamente, observação d.

- Liberar vias aéreas antes de ventilar, realizando hiperextensão do pescoço.

Figura 3: Hiperextensão e ventilação



Fonte: GONZALEZ et al., 2013

- **Assim que possível monitorar o paciente com:**
 - ◇ Oxímetro de pulso;
 - ◇ Cardioversor ou monitor cardíaco (utilizar gel condutor), para definir necessidade de choque.^b
- Se recomendado, aplicar choque (antes do choque/desfibrilação deve-se ter certeza de que ninguém da equipe ou partes de metal estão em contato com o paciente, sob o risco de choques elétricos);

Figura 4: Choque/desfibrilação



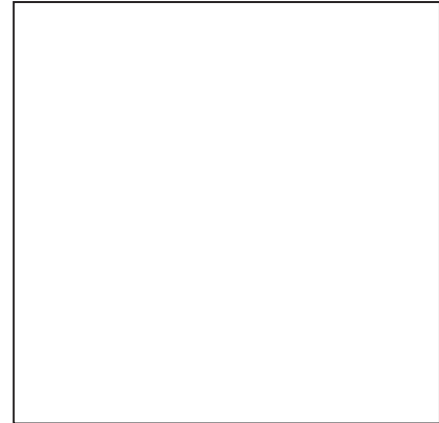
Fonte: google imagens, 2020

- Checar pulso carotídeo por 10 segundos (ausente);
- Continuar por dois minutos os ciclos de 30 compressões e 2 ventilações ou compressões e ventilações contínuas assíncronas;
- Checar pulso carotídeo (ausente);
- Prosseguir com intubação;^c
- Continuar compressões e ventilações agora obrigatoriamente assíncronas, por dois minutos;^d
- Preparar e administrar medicações conforme solicitação médica;^e
- Reavaliar o paciente a cada dois minutos.
- **Ao término da reanimação bem-sucedida:**
 - Verificar permeabilidade de vias aéreas;
 - Checar acesso venoso e infusão de drogas;
 - Verificar monitorização cardíaca e saturação de O₂;

- b. Remover pelos, se necessário. Na presença de sudorese, secar, posicionar uma das pás do cardioversor na região infra clavicular direita e outra na região infra mamilar esquerda. Se marca passo, manter cerca de três centímetros de distância, caso esteja localizado no hemitórax direito, posicionar uma das pás na região infra escapular esquerda.
- c. Consultar POP de assistência de enfermagem de na intubação endotraqueal (UTI).
- d. Se optar por compressões e ventilações contínuas assíncronas e após a intubação: 1 ventilação a cada 6 segundos e compressão torácica contínua.
- e. De acordo com as diretrizes da AHA (2015), a adrenalina é a medicação de escolha para a assistolia e a amiodarona é o antiarrítmico de escolha para fibrilação ventricular sem pulso (FVSP) e taquicardia ventricular sem pulso (TVSP), refratárias ao choque, que pode ser substituída por lidocaína sem vasoconstrictor.

- Registrar procedimentos;
- Investigar causa da PCR.

- **Ao término da reanimação com óbito:**
- Preparar o corpo segundo POP de Cuidado com o Corpo Após a Morte;
- Solicitar presença da família para comunicar o óbito;
- Entregar a família declaração de óbito preenchida pelo médico, ou encaminhar para o serviço social de acordo com a rotina institucional;
- Registrar procedimentos.



6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE


- Certificar-se dos materiais, medicações e equipamentos;
- Realizar procedimento conforme descrito.

7. RECOMENDAÇÕES

- Sempre que possível, orientar os familiares sobre os procedimentos que serão realizados;
- Lembrar que o protocolo atual de RCP para adultos, segue a ordem C, A, B, em que C diz respeito a circulação, compressões e choque quando necessário, A, liberação de vias aéreas e B, ventilação, não invasiva no SBV e invasiva no SAV;
- Durante as compressões, não se apoiar no tórax do paciente, evitar interrupções desnecessárias;
- Caso seja necessária a transferência inter ou intra-hospitalar do paciente, fazê-la apenas após estabilidade do mesmo e confirmação com a equipe que irá recebê-lo.

8. REFERÊNCIAS

- AEHLERT, B. ACLS - **Emergências em cardiologia**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
- COREN - DF, Conselho regional de enfermagem. **Parecer técnico nº 19/2019**. Distrito Federal: Brasília, 26 de junho de 2019.
- GONZALEZ, MM et al . I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 101, n. 2, supl. 3, p. 1-221, Aug. 2013.
- HAZINSKI, M. F. **Destaques das diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE**. Disponível em: www.heart.org/cpr
- HUDAK, C. N. et al. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- KOIZUMI, M.S.; ARAÚJO, G.L. Escala de Coma de Glasgow: subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 136-42,2005.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>	
		<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 5</p>	
		Data da criação	06/04/2016
		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 052	VERSÃO Nº 2	pag. 293 a 299	Data da próxima revisão 14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Título: Assistência de Enfermagem no Trauma Abdominal			
Elaborado por:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Juliana Almeida Marques Lubenow Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação de Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Urgência e Emergência.		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar I – Suporte Básico de Vida		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves Estela Rodrigues Paiva Alves		
Sector:	Laboratório Multidisciplinar I – Suporte Básico de Vida		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

O trauma abdominal é o sofrimento resultante de uma ação súbita e violenta, exercida contra o abdome por diversos agentes causadores: mecânicos, químicos, elétricos e irradiações. O sucesso no manejo do trauma abdominal é caracterizado pela eficiência da abordagem inicial que permite instituir o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno das lesões intra-abdominais, quando presentes. Classifica-se esse trauma em dois tipos principais - aberto ou fechado (RIBAS-FILHO et al, 2008).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar os procedimentos de Enfermagem realizados no Atendimento a vítima de Trauma Abdominal;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Realizar atendimento de urgência e emergência fora do ambiente hospitalar segundo as diretrizes do PHTLS relacionado ao Trauma Abdominal;
- Identificar os tipos de traumas abdominais e realizar as condutas referentes a cada trauma;
- Contribuir para manutenção da vida.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **EPIs**
 - Luvas de procedimentos, máscara, óculos de proteção.
- **Materiais para atendimento pré-hospitalar:**
 - Prancha longa completa com tirantes e coxins laterais;
 - Colar cervical (P, M, G);
 - Cânula de Guedel;
 - Material para intubação conforme POP de intubação endotraqueal;
 - Sonda de Aspiração;
 - Aspirador portátil;
 - Oxímetro de pulso;
 - Cateter nasal;
 - Máscara Facial com reservatório de oxigênio;
 - AMBU;
 - Cristaloides: Soro Ringer Lactato, Soro Fisiológico 9%, Soro Glicosado 5%;
 - Gazes;
 - Compressas;
 - Ataduras;
 - Esparadrapo;
 - Fita adesiva;
 - Tala moldável;
 - Lanterna;
 - Tesoura;
 - Manta térmica.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Certificar-se que a cena está segura^a e descer paramentado da viatura.

Iniciar o protocolo do APH:

- **Tratamento da via aérea e estabilização da coluna cervical**
 - Aproximar-se da vítima posicionando-se de modo a proteger sua coluna cervical, segurando a cabeça da mesma com as mãos;

Figura 1: Avaliação geral do paciente



Fonte: Google imagens, 2020

- Interagir com vítima e verificar seu nível de consciência;

OBSERVAÇÕES

- a. Polícia Militar: 190;
Bombeiros: 193; Polícia Rodoviária: 190; Energisa; SEMOB.

- Verificar a permeabilidade das vias aéreas;
- Na presença de frequência ventilatória (FV) proceder com a colocação do colar cervical, observando o posicionamento e tamanho correto do colar cervical;

Figura 2: Estabilização da cervical



Fonte: PHTLS, 2017

- Na ausência da (FV) proceder com a abertura das vias aéreas;^b

Figura 3: Abertura das vias aéreas



Fonte: PHTLS, 2017

- Após assegurar uma via aérea pérvia, colocar o colar cervical, coxins laterais e tirantes da cabeça.
- Assim que possível alinhar toda a vítima, colocar em prancha rígida – manobras que preservem a coluna, fixá-la à prancha com tirantes. Colocar na maca e ir para ambulância e passar o cinto de segurança.

Figura 4: Imobilização em prancha rígida



Fonte: PHTLS, 2017

b. Manobras manuais:

- **hiperextensão da cabeça:** contra indicada na suspeita de lesão da coluna cervical;
- **Elevação ou tração da mandíbula:** preserva a estabilidade da cervical;
- **Meios mecânicos:** cânula de guedel e cânula nasofaríngea;
- **Remoção de corpo estranho:** varredura digital (vítimas inconscientes);
- **Aspiração:** remover sangue, secreções, conteúdo gástrico;
- **Vias aéreas definitivas:** Intubação orotraqueal, combitube, cricotireostomia cirúrgica, traqueostomia.

- **Ventilação: avaliar via, adequar e viabilizar a oferta de oxigênio:**

- Instalar oxímetro de pulso;

Figura 5: Oxímetro de pulso



Fonte: PHTLS, 2017

- Monitorar a SatO₂ da vítima: > ou = 90%
- Avaliar a Frequência Respiratória;^c
- Examinar o tórax;^d
- Fornecer oxigênio conforme preconiza o protocolo guiado pela FV e SatO₂;^c
- Ofertar oxigênio através dos dispositivos;^e
- Para os casos de trauma torácico, considera: drenagem torácica e descompressão pleural.

- **Circulação e hemorragia (perfusão e sangramento)**

- Avaliar o abdome a procura de lesões;
- Identificar se a hemorragia é capilar, venosa e arterial;
- Em caso de **hemorragia externa** realizar pressão direta no local do sangramento utilizando gazes ou compressas para conter o sangramento;
- **Caso tenha objetos encravados:** evitar qualquer movimento do mesmo e não realizar ações para sua remoção; deve-se estabilizar e imobiliza-lo manual ou mecanicamente;

Figura 6: Trauma abdominal – lesão por arma branca



Fonte: Google imagens, 2020

- **Caso tenha evisceração de um segmento do intestino:** não se deve tentar colocar o tecido eviscerado de volta na cavidade abdominal; deve-se irrigar as vísceras com SF a 9%, cobrir a evisceração com curativo, utilizando gazes ou compressas estéreis, umedecida com SF;

- c. **Apneia:** ventilação controlada com FiO₂ > ou = 85%.

Lenta (< ou = 12 ipm): ventilação assistida ou total com FiO₂ > ou = 85%.

Normal (12 a 20 ipm): considerar O₂ suplementar;

Rápida (20 a 30 ipm): O₂ suplementar com FiO₂ > ou = 85%, considerar ventilação assistida.

Muito rápida (> 30 ipm): ventilação assistida com FiO₂ > ou = 85%.

- d. **Expor o tórax do paciente:** inspeção, palpação, **ausculta e percussão.**

- Avaliar profundidade da ventilação.
- Avaliar oximetria de pulso.

- e. **Cateter de O₂:** até 5 litros;

Máscara com reservatório 10 a 15 litros;

AMBU: 15 litros; Fórmula: Fio₂ = (4 x litros) + 21%.

Figura 7: Trauma abdominal - evisceração



Fonte: Google imagens, 2020

- Em caso de hemorragia interna: deve-se avaliar abdome, tórax, pelve e sinais de choque hipovolêmico de causa não identificada;^f
- Realizar acesso venoso de grosso calibre (jelco 14 ou 16) em vaso periférico de fácil acesso. Lembrar que a veia jugular externa é uma opção em vítimas chocadas;
- Infundir cristaloides – RL – aquecido;^g
- **Disfunção neurológica**
 - Avaliar o nível de consciência da vítima;
 - Aplicar a Escala de Glasgow;

Figura 8: Escala de Glasgow

Abertura dos olhos	Pontos
Abertura espontânea dos olhos	4
Abertura dos olhos após comando	3
Abertura dos olhos ao estímulo de dor	2
Nenhuma abertura dos olhos	1
Melhor resposta verbal	
Responde apropriadamente (orientado)	5
Dá respostas confusas	4
Respostas inapropriadas	3
Faz barulhos ininteligíveis	2
Não dá resposta verbal	1
Melhor resposta motora	
Obedece a comandos	6
Localiza estímulos de dor	5
Reflexo à dor	4
Responde com flexão anormal a estímulos de dor (descortiado)	3
Responde com extensão anormal a estímulos de dor (descerebrado)	2
Não dá resposta motora	1
Total	<input type="text"/>

Fonte: KUIZUMI; ARAÚJO, 2005

- Identificar o escore total realizado pela escala de Glasgow;

Quadro 1: Escore

Total Máximo	Total Mínimo	Intubação
15	3	8

Fonte: KUIZUMI; ARAÚJO, 2005

- f. Avaliar perfusão periférica; PA e Pulso (presença de pulso periférico, frequência, qualidade e regularidade); **Pele:** cor, temperatura, umidade, tempo de enchimento capilar.
- g. Locais com temperatura ambiente baixa.

- Avaliar as pupilas quanto ao tamanho, igualdade e reatividade a luz;

Figura 9: Avaliação pupilar.

SINAIS A SEREM OBSERVADOS	SITUAÇÃO
	ISCÓRICAS (NORMAIS) São simétricas e e reagem a luz
	MIOSE: Ambas estão contraídas, sem reação a luz
	ANISOCÓRICAS: Uma dilatada e outra contraída (assimétricas)
	MIDRÍSE: Pupilas dilatadas

FONTE: Google imagens, 2020

- **Exposição/ambiente**
 - Despir a vítima a procura de outras lesões;
 - Guardar pertences, registrando adequadamente sobre eles;
 - Proteger quanto ao frio com manta térmica.

Figura 10: Exposição da vítima



Fonte: PHTLS, 2017

- **Monitorar continuamente à vítima até chegar ao hospital.**

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da segurança da cena para não se tornar uma vítima;
- Realizar os procedimentos conforme o protocolo de APH.

7. RECOMENDAÇÕES

- **Sinais Indicativos de Lesão Abdominal:**
 - ◇ Fraturas de costelas inferiores (flutuantes);
 - ◇ Equimose de parede abdominal;
 - ◇ Ferimentos na parede abdominal, dorso e tórax;
 - ◇ Sangramento pela uretra, vagina ou reto.
- O quadro clínico mais frequente é a presença de choque hemorrágico sem causa aparente;
- O abdome deve ser completamente inspecionado nas suas faces anterior e posterior como também as nádegas e a região perineal. A presença de escoriações, contusões, hematomas localizados e ferimentos abertos são sinais de trauma e devem ser bem caracterizados;
- Em caso de necessidade, o emprego da sonda gástrica visa descomprimir o estômago, diminuindo o risco de aspiração. As contraindicações para a instalação da sonda nasogástrica

são as fraturas da face média e a suspeita da fratura da base do crânio;

- A sondagem vesical permite o controle do débito urinário, que pode ser utilizado para se avaliar a resposta clínica à reposição volêmica (realizar o procedimento caso o transporte seja demorado);
- No caso de objetos encravados o abdome não deve ser palpado e nem percutido, esses procedimentos pode provocar mais lesões pela ponta distal do objeto.

8. REFERÊNCIAS


PEREIRA, C.U. et al. Nervo oculomotor: Anatomia, Fisiologia e Clínica. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.12, n.2, p. 93-104, abr./jun. 2012.

PEREIRA JÚNIOR, G.A. et al. Abordagem geral trauma abdominal. **Medicina** (Ribeirão Preto) 2007; 40 (4): 518-30, out./dez.

RIBAS-FILHO, Jurandir Marcondes et al. Trauma abdominal: estudo das lesões mais frequentes do sistema digestório e suas causas. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo , v. 21, n. 4, p. 170-174, Dec. 2008.

PHTLS – Pre hospital trauma life support. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado**. 8ª. Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

KOIZUMI, M.S.; ARAÚJO, G.L. Escala de Coma de Glasgow - subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas. **Acta Paul Enferm.** 2005;18(2):136-42.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>	
		<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 5</p>	
		Data da criação	06/04/2016
		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 053	VERSÃO Nº 2	pag. 300 a 305	Data da próxima revisão 14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Título: Assistência de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) a Vítimas de Trauma Crânio Encefálico (TCE)			
Elaborado por:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Juliana Almeida Marques Lubenow Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação de Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Urgência e Emergência.		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar I – Suporte Básico de Vida		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves Estela Rodrigues Paiva Alves		
Sector:	Laboratório Multidisciplinar I – Suporte Básico de Vida		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

É o conjunto de medidas adotadas no ambiente pré-hospitalar com vítimas que apresentam lesão causada por força penetrante, ou não penetrante, no cérebro, estruturas de apoio, vasos sanguíneos e crânio (MANTOVANI, 2005; PHTLS, 2016).

2. OBJETIVO

- Ministrando aspectos teóricos e demonstrando procedimento técnico e cuidado de enfermagem estratégico para realização no atendimento pré-hospitalar de vítimas de TCE;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Preservar a homeostasia cerebral;
- Prevenir lesão cerebral secundária que ocorrem em consequência do edema cerebral, hipotensão e da depressão respiratória que pode levar a hipoxemia e ao desequilíbrio eletrolítico;
- Estabilizar as funções cardiovascular e respiratória;
- Controlar hemorragias.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, máscara, gorro e óculos);
- Colar cervical (P, M e G);
- Cânula de Guedel;
- Cateter de O₂;
- Reanimador manual auto inflável com máscara e reservatório de oxigênio (AMBU);
- Torpedo de oxigênio;
- Látex para conectar AMBU ao torpedo;
- Oxímetro de pulso;
- Tensiómetro;
- Material de aspiração segundo POP de aspiração;
- Material de intubação, segundo POP de Assistência de enfermagem na intubação endotraqueal (UTI);
- Material para punção de acesso venoso, segundo POP de Assistência de enfermagem na punção venosa (Semiologia);
- Material para verificação de glicemia capilar;
- Medicamentos;
- Seringas (3 ml, 5 ml, 10 ml e 20 ml);
- Água destilada;
- Soro fisiológico, glicosado e ringer;
- Tesoura;
- Prancha com tirantes;
- Maca.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Certificar-se que a cena está segura^a e descer paramentado da viatura.

Iniciar o protocolo do APH:

- **Tratamento da via aérea e estabilização da coluna cervical**
- Aproximar-se da vítima posicionando-se de modo a proteger sua coluna cervical, segurando a cabeça da mesma com as mãos;

Figura 1: Avaliação geral do paciente



Fonte: Google imagens, 2020

- Interagir com vítima e verificar seu nível de consciência;
- Verificar a permeabilidade das vias aéreas;
- Na presença de frequência ventilatória (FV) proceder

OBSERVAÇÕES

- a. Polícia Militar: 190;
Bombeiros: 193; Polícia Rodoviária: 190; Energisa; SEMOB.

com a colocação do colar cervical, observando o posicionamento e tamanho correto do colar cervical;

Figura 2: Estabilização da cervical



Fonte: PHTLS, 2017

- Na ausência da (FV) proceder com a abertura das vias aéreas;^b

Figura 3: Abertura das vias aéreas



Fonte: PHTLS, 2017

- Após assegurar uma via aérea pérvia, colocar o colar cervical, coxins laterais e tirantes da cabeça;
- Assim que possível alinhar toda a vítima, colocar em prancha rígida – manobras que preservem a coluna, fixá-la à prancha com tirantes. Colocar na maca e ir para ambulância e passar o cinto de segurança.

Figura 4: Imobilização em prancha rígida



Fonte: PHTLS, 2017

b. Manobras manuais:

- **hiperextensão da cabeça:** contra indicada na suspeita de lesão da coluna cervical;
- **Elevação ou tração da mandíbula:** preserva a estabilidade da cervical;
- **Meios mecânicos:** cânula de guedel e cânula nasofaríngea;
- **Remoção de corpo estranho:** varredura digital (vítimas inconscientes);
- **Aspiração:** remover sangue, secreções, conteúdo gástrico;
- **Vias aéreas definitivas:** Intubação orotraqueal, combitube, cricotireostomia cirúrgica, traqueostomia.

- **Ventilação: avaliar via, adequar e viabilizar a oferta de oxigênio:**

- Instalar oxímetro de pulso;

Figura 5: Oxímetro de pulso.



Fonte: PHTLS, 2017

- Monitorar a SatO2 da vítima: > ou = 95%;
- Avaliar a Frequência Respiratória;^c
- Examinar o tórax;^d
- Fornecer oxigênio conforme preconiza o protocolo guiado pela FV e SatO2;^c
- Ofertar oxigênio através dos dispositivos;^e
- Para os casos de trauma torácico, considerar: drenagem torácica e descompressão pleural.

- **Circulação e hemorragia (perfusão e sangramento):**

- Identificar se a hemorragia é capilar, venosa e arterial;
- Na presença de hemorragia no couro cabeludo, aplicar pressão direta nas bordas do ferimento seguida de curativo compressivo;^f
- Sangramento na orelha ou nariz, tamponar com material de curativo permitindo vazamento leve para evitar elevação da PIC;
- Em caso de hemorragia externa realizar pressão direta no local do sangramento utilizando gazes ou compressas para conter o sangramento, se a hemorragia não for controlada, utilizar torniquetes em membros;
- Em caso de hemorragia interna: deve-se avaliar tórax, abdome, pelve e sinais de choque hipovolêmico de causa não identificada;^g
- Realizar acesso venoso de grosso calibre (jelco 14 ou 16) em vaso periférico de fácil acesso. Lembrar que a veia jugular externa é uma opção em vítimas chocadas;
- Infundir cristalóides – RL – aquecido;^h
- Verificar glicemia capilar.

- **Disfunção neurológica:**

- Avaliar o nível de consciência da vítima;
- Aplicar a Escala de Glasgow (QUADRO 1);
- Identificar o escore total realizado pela escala de Glasgow (QUADRO 2);

- c. **Apneia:** ventilação controlada com FiO2 > ou = 85%;

Lenta (< ou = 12 ipm): ventilação assistida ou total com FiO2 > ou = 85%;

Normal (12 a 20 ipm): considerar O2 suplementar;

Rápida (20 a 30 ipm): O2 suplementar com FiO2 > ou = 85%, considerar ventilação assistida;

Muito rápida (> 30 ipm): ventilação assistida com FiO2 > ou = 85%.

- d. **Expor o tórax do paciente:** inspeção, palpação, **ausculta e percussão.**

- Avaliar profundidade da ventilação;
- Avaliar oximetria de pulso.

- e. **Cateter de O2:** até 5 litros;

Máscara com reservatório 10 a 15 litros;

AMBU: 15 litros; Fórmula: FiO2 = (4 x litros) + 21%.

- f. Em caso de deformidade óssea ou fratura aberta, não aplicar pressão sobre a lesão, somente na região adjacente, com cobertura sem compressão excessiva.

- g. Avaliar perfusão periférica; PA e Pulso (presença de pulso periférico, frequência, qualidade e regularidade); **Pele:** cor, temperatura, umidade, tempo de enchimento capilar.

- h. locais com temperatura ambiente baixa.

Quadro 1: Escala de Glasgow

Variáveis		Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Fonte: KOIZUMI; ARAÚJO, 2005





Quadro 2: Escore

Total Máximo	Total Mínimo	Intubação
15	3	8

Fonte: KOIZUMI; ARAÚJO, 2005

- Avaliar as pupilas quanto ao tamanho, igualdade e reatividade a luz;¹

Figura 6: Avaliação pupilar

SINAIS A SEREM OBSERVADOS	SITUAÇÃO
	ISCÓRICAS (NORMAIS) São simétricas e reagem a luz
	MIOSE: Ambas estão contraídas, sem reação a luz
	ANISOCÓRICAS: Uma dilatada e outra contraída (assimétricas)
	MIDRÍSE: Pupilas dilatadas

FONTE: Google imagens, 2020

- **Exposição/ambiente:**
 - Despir a vítima a procura de outras lesões;
 - Guardar pertences, registrando adequadamente sobre eles;
 - Proteger quanto ao frio com manta térmica.

Figura 7: Exposição da vítima



Fonte: PHTLS, 2017

- **Monitorar continuamente à vítima até chegar ao hospital.**

- i. Ao examinar a pupila, deve-se estar atento as características da forma (geralmente arredondada), situação (central), tamanho (abaixo de 2 mm, miose; acima de 4 mm, midríase), se há igualdade entre as pupilas (isocóricas) e irregularidades em seu contorno (discoria).
 - **Pupilas contraídas** - miose, podem indicar a presença de lesão no SNC ou abuso de drogas;
 - **Pupilas assimétricas** - anisocóricas, são sugestivas de AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou TCE (Traumatismo Crânio Encefálico);
 - **Pupilas dilatadas** – midríase, pode ser devido a pouca luz do ambiente, nos casos de anóxia (falta de oxigênio), hipóxia (pouco oxigênio), inconsciência, choque, Parada cardíaca, hemorragia ou TCE.

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se dos materiais, medicações e equipamentos;
- Realizar procedimento conforme descrito.

7. RECOMENDAÇÕES

- Sempre que possível, orientar os familiares sobre os procedimentos que serão realizados;
- Respeitar particularidades anatômicas durante a escolha dos recursos materiais;
- Se a vítima for uma criança, aplicar a escala de coma de Glasgow modificada (em anexo) e considerar que alterações cardiovasculares podem ser decorrentes do medo;
- Quando possível examinar detalhadamente a cabeça (couro cabeludo, face, nariz, ouvido e olhos);
- O transporte do paciente só deve ser feito após estabilidade do mesmo;
- Durante o transporte, monitorizar continuamente nível de consciência/responsividade, padrão respiratório, olhos (pupilas, movimento ocular e reflexo corneal) e função motora.

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.

KOIZUMI, M.S.; ARAÚJO, G.L. Escala de Coma de Glasgow - subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas. **Acta Paul Enferm**. 2005;18(2):136-42.

MANTOVANI, M. **Suporte básico e avançado de vida no trauma**. São Paulo: Atheneu, 2005.

PEREIRA, Carlos Umberto et al. Nervo Oculomotor: Anatomia, Fisiologia e Clínica. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac**. 2012; 12(2): 93-104.

PHTLS – Prehospital trauma life support. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado**. 8ª. Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

SWEARINGEN, P. L.; KEEN, J. H. **Manual de enfermagem no cuidado crítico: intervenções em enfermagem e problemas colaborativos**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

 <p>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro</p>		<p>FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01</p>		
<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEÇÃO 5</p>		Data da criação	06/04/2016	
		Data da revisão	11/03/2020	
		Data da aprovação	14/03/2020	
POP 054	VERSÃO Nº 2	pag. 306 a 312	Data da próxima revisão	14/03/2021
POP ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA				
Título: Assistência de Enfermagem no Trauma de Tórax				
Elaborado por:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Juliana Almeida Marques Lubenow Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves			
Revisado por:	Equipe POP			
Aprovado por:	Coordenação de Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Urgência e Emergência.			
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar I – Suporte Básico de Vida			
Responsável pelo POP e pela atualização:	Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves Estela Rodrigues Paiva Alves			
Sector:	Laboratório Multidisciplinar I – Suporte Básico de Vida			
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.			

1. CONCEITO

O trauma torácico pode ser causado por mecanismos contusos (lesão fechada) ou penetrante, em função do rompimento ou não da cavidade pleural (PHTLS, 2016).

2. OBJETIVO

- Ministrando aspectos teóricos e demonstrando os procedimentos de Enfermagem realizados no Atendimento a vítima com Trauma de tórax;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Realizar atendimento de urgência e emergência fora do ambiente hospitalar segundo as diretrizes do PHTLS relacionado ao Trauma de tórax;
- Identificar os tipos de Traumas de tórax e realizar as condutas referentes a cada trauma;
- Contribuir para manutenção da vida.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **EPis:**
- Luvas de procedimentos, máscara, óculos de proteção.

- **Materiais para atendimento pré-hospitalar:**
 - Prancha longa completa com tirantes e coxins laterais;
 - Colar cervical (P, M, G);
 - Cânula de Guedel;
 - Material para intubação conforme POP de intubação endotraqueal;
 - Sonda de Aspiração;
 - Aspirador portátil;
 - Oxímetro de pulso;
 - Cateter nasal;
 - Máscara Facial com reservatório de oxigênio;
 - AMBU;
 - Cristaloides: Soro Ringer Lactato, Soro Fisiológico 9%, Soro Glicosado 5%;
 - Gazes;
 - Compressas;
 - Ataduras;
 - Esparadrapo;
 - Fita adesiva;
 - Tala moldável;
 - Lanterna;
 - Tesoura;
 - Manta térmica.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Certificar-se que a cena está segura^a e descer paramentado da viatura.

Iniciar o protocolo do APH:

- **Tratamento da via aérea e estabilização da coluna cervical:**
 - Aproximar-se da vítima posicionando-se de modo a proteger sua coluna cervical, segurando a cabeça da mesma com as mãos;

Figura 1: Avaliação geral do paciente



Fonte: Google imagens, 2020

- Interagir com vítima e verificar seu nível de consciência;
- Verificar a permeabilidade das vias aéreas;
- Na presença de frequência ventilatória (FV) proceder com a colocação do colar cervical, observando o posicionamento e tamanho correto do colar cervical;

OBSERVAÇÕES

- a. Polícia Militar: 190;
Bombeiros: 193; Polícia Rodoviária: 190; Energisa; SEMOB.

Figura 2: Estabilização da cervical



Fonte: PHTLS, 2017

- Na ausência da frequência ventilatória proceder com a abertura das vias aéreas;^b

Figura 3: Abertura das vias aéreas



Fonte: PHTLS, 2017

- Após assegurar uma via aérea pérvia, colocar o colar cervical, coxins laterais e tirantes da cabeça;
- Assim que possível alinhar toda a vítima, colocar em prancha rígida – manobras que preservem a coluna, fixá-la à prancha com tirantes. Colocar na maca e ir para ambulância e passar o cinto de segurança.

Figura 4: Imobilização em prancha rígida



Fonte: PHTLS, 2017

- **Ventilação: avaliar via, adequar e viabilizar a oferta de oxigênio:**
 - Instalar oxímetro de pulso;

b. Manobras manuais:

- **hiperextensão da cabeça:** contra indicada na suspeita de lesão da coluna cervical;
- **Elevação ou tração da mandíbula:** preserva a estabilidade da cervical;
- **Meios mecânicos:** cânula de guedel e cânula nasofaringea;
- **Remoção de corpo estranho:** varredura digital (vítimas inconscientes);
- **Aspiração:** remover sangue, secreções, conteúdo gástrico;
- **Vias aéreas definitivas:** Intubação orotraqueal, combitube, cricotireostomia cirúrgica, traqueostomia.

Figura 5: Oxímetro de pulso



Fonte: PHTLS, 2017

- Monitorar a SatO₂ da vítima: > ou = 95%;
- Avaliar a Frequência Respiratória.^C
- **Examinar o tórax:**^d
 - ◇ Se existir trauma torácico aberto, ferimento com secreção borbulhante (realizar curativo valvular ou de 3 pontos); ferimento com sangramento (realizar curativo oclusivo) conforme POP de curativo;
 - ◇ **Considerar:** drenagem torácica e descompressão pleural.
- Fornecer oxigênio conforme preconiza o protocolo guiado pela FV e SatO₂;^C
- Ofertar oxigênio através dos dispositivos.^e
- **Circulação e hemorragia (perfusão e sangramento):**
 - Avaliar o tórax a procura de lesões;
 - Identificar se a hemorragia é capilar, venosa e arterial;
 - **Em caso de hemorragia externa:** realizar pressão direta no local do sangramento utilizando gazes ou compressas para conter o sangramento;
 - **Caso tenha objetos encravados:** evitar qualquer movimento do mesmo e não realizar ações para sua remoção; deve-se estabilizar e imobilizá-lo manual ou mecanicamente;
 - **Em caso de hemorragia interna:** deve-se avaliar tórax, abdome, pelve e sinais de choque hipovolêmico de causa não identificada;^f
 - Realizar acesso venoso de grosso calibre (jelco 14 ou 16) em vaso periférico de fácil acesso. Lembrar que a veia jugular externa é uma opção em vítimas chocadas;
 - Infundir cristaloides – RL – aquecido.^g
- **Disfunção neurológica:**
 - Avaliar o nível de consciência da vítima;
 - Aplicar a Escala de Glasgow;
 - Aplicar a Escala de Glasgow (FIGURA 6);
 - Identificar o escore total realizado pela escala de Glasgow (QUADRO 1);

- c. **Apneia:** ventilação controlada com FiO₂ > ou = 85%.;
- Lenta (< ou = 12 ipm):** ventilação assistida ou total com FiO₂ > ou = 85%;
- Normal (12 a 20 ipm):** considerar O₂ suplementar;
- Rápida (20 a 30 ipm):** O₂ suplementar com FiO₂ > ou = 85%, considerar ventilação assistida;
- Muito rápida (> 30 ipm):** ventilação assistida com FiO₂ > ou = 85%.
- d. **Expor o tórax do paciente:** inspeção, palpação, ausculta e percussão; presença de hematomas, fraturas de arcos costais, ferimentos penetrantes, enfisema subcutâneo, instabilidade e assimetria da parede torácica, diminuição ou ausência de murmúrios vesiculares, bulhas cardíacas abafadas, sinais de choque hipovolêmico, som maciço à percussão. avaliar profundidade da ventilação. Avaliar oximetria de pulso.
- e. **Cateter de O₂:** até 5 litros;
- Máscara** com reservatório 10 a 15 litros;
- AMBU:** 15 litros; Fórmula: FiO₂ = (4 x litros) + 21%.
- f. Avaliar perfusão periférica; PA e Pulso (presença de pulso periférico, frequência, qualidade e regularidade); Pele: cor, temperatura, umidade, tempo de enchimento capilar.
- g. locais com temperatura ambiente baixa.

Figura 6: Escala de Glasgow

Abertura dos olhos	Pontos
Abertura espontânea dos olhos	4
Abertura dos olhos após comando	3
Abertura dos olhos ao estímulo de dor	2
Nenhuma abertura dos olhos	1
Melhor resposta verbal	
Responde apropriadamente (orientado)	5
Dá respostas confusas	4
Respostas inapropriadas	3
Faz barulhos ininteligíveis	2
Não dá resposta verbal	1
Melhor resposta motora	
Obedece a comandos	6
Localiza estímulos de dor	5
Reflexo à dor	4
Responde com flexão anormal a estímulos de dor (descorticado)	3
Responde com extensão anormal a estímulos de dor (descerebrado)	2
Não dá resposta motora	1
Total	<input type="text"/>

Fonte: PHTLS, 2017




Quadro 1: Escore realizado pela escala de Glasgow

Total Máximo	Total Mínimo	Intubação
15	3	8

Fonte: KUIZUMI; ARAÚJO, 2005

- Avaliar as pupilas quanto ao tamanho, igualdade e reatividade a luz.

Figura 7: Avaliação pupilar

SINAIS A SEREM OBSERVADOS	SITUAÇÃO
	ISCÓRICAS (NORMAIS) São simétricas e reagem a luz
	MIOSE: Ambas estão contraídas, sem reação a luz
	ANISOCÓRICAS: Uma dilatada e outra contraída (assimétricas)
	MIDRIASE: Pupilas dilatadas

FONTE: Google imagens, 2020

- ***Exposição/ambiente:**
 - Despir a vítima a procura de outras lesões;
 - Guardar pertences, registrando adequadamente sobre eles;
 - Proteger quanto ao frio com manta térmica.
- **Monitorar continuamente à vítima até chegar ao hospital.**

*Figura 8: Exposição da vítima



Fonte: PHTLS, 2017

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da segurança da cena para não se tornar uma vítima;
- Realizar os procedimentos conforme o protocolo de APH.

7. RECOMENDAÇÕES

- **Sinais Indicativos de Lesão no Tórax:**
 - Lesões penetrantes: FAP (Projétil de arma de Fogo), ferimentos por arma branca, quedas sobre objetos afiados;
 - Lesões fechadas: compressão e força de cisalhamento.
- **Considerar outros tipos de Trauma de Tórax:**
 - Pneumotórax simples/hipertensivo/aberto;
 - Hemotórax;
 - Contusão cardíaca;
 - Tamponamento Cardíaco;
 - Concussões cardíacas;
 - Fratura de Arcos Costais;
 - Tórax instável;
 - Ruptura traumática da aórtica;
 - Ruptura traqueobrônquica;
 - Asfixia traumática;
 - Ruptura diafragmática;
 - Curativo valvular ou de 3 pontos: criar um mecanismo de válvula fazendo um curativo com uma das pontas sem fixação, de preferência a parte de baixo, para facilitar saída de ar e fluidos;

Figura 9: Curativo valvular de 3 pontos



Fonte: Google imagens, 2020

- O tratamento convencional do pneumotórax hipertensivo é realizado sistematicamente com a drenagem torácica em selo d'água;
- A decompressão pleural deve ser realizada através da inserção da agulha no espaço pleural, no segundo, ou no terceiro espaço intercostal na linha hemiclavicular do lado acometido.

8. REFERÊNCIAS

BAITELLO, A. L. et al. Tratamento conservador de pneumotórax traumático em idoso. **Arq. Ciênc. Saúde**. v. 21, n. 2, p. 15-7, 2014.


NAUFEL JÚNIOR, C. R.; TALINI, C; BARBIER NETO, L. Perfil dos pacientes vítimas de trauma torácico atendidos no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC). **Rev Med UFPR**. v. 1, n. 2, p. 42-6, 2014.

KOIZUMI, M.S.; ARAÚJO, G.L. Escala de Coma de Glasgow - subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas. **Acta Paul Enferm.**, v.18, n.2, p.136-42, 2005.

PEREIRA, C.U. et al. Nervo oculomotor: Anatomia, **Fisiologia e Clínica**. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, v.12, n.2, p. 93-104, 2012.

PHTLS – Prehospital trauma life support. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**: básico e avançado. 8. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

SMELTZER; S.C; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De olho no futuro		FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258 de 21 de setembro de 2005. Publicada no Diário Oficial de 23 de setembro de 2005 Pg. 184 Seção 01	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)		Data da criação	06/04/2016
SEÇÃO 5		Data da revisão	11/03/2020
		Data da aprovação	14/03/2020
POP 055	VERSÃO Nº 2	pag. 313 a 316	Data da próxima revisão
POP ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Título: Desobstrução de Via Aérea em APH			
Elaborado por:	Valdiléia da Silva Ferreira Torres Juliana Almeida Marques Lubenow Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves		
Revisado por:	Equipe POP		
Aprovado por:	Coordenação de Acadêmica da FACENE; Coordenação do Curso de Enfermagem; Docentes da Disciplina de Enfermagem Urgência e Emergência.		
Local de guarda do documento:	Laboratório Multidisciplinar I – Suporte Básico de Vida		
Responsável pelo POP e pela atualização:	Glaydes Nely Sousa da Silva Salmana Rianne Pereira Alves Estela Rodrigues Paiva Alves		
Setor:	Laboratório Multidisciplinar I – Suporte Básico de Vida		
Agente(s):	Discentes; Docentes; Servidores dos laboratórios.		

1. CONCEITO

A aspiração de corpo estranho (ACE) é um acidente grave e potencialmente fatal, com gravidade dependente principalmente do grau de obstrução da via aérea. Caso ocorra uma obstrução total ou subtotal, especialmente de laringe ou traqueia, a asfixia pode rapidamente causar a morte (GONÇALVES; CARDOSO; RODRIGUES, 2011).

Para Sant'anna et al. (2010), a dificuldade da passagem do ar provoca a obstrução das vias aéreas e queda da língua, devido ao relaxamento muscular que a sustenta, e corpos estranhos são as causas mais frequentes para a obstrução das vias aéreas, conhecido na linguagem popular como engasgo.

Existe uma manobra que é caracterizada como útil e salvadora. Foi descrita no ano de 1974 por Henry Heimlich e mais tarde foi reconhecida pela Cruz Vermelha e posteriormente adotada em todo o mundo. Ficou reconhecida por manobra de Heimlich em homenagem ao cirurgião torácico que desenvolveu tal técnica ao descobrir que o engasgamento era a sexta causa de morte mais comum nos Estados Unidos. A técnica induz uma tosse artificial na qual expelle o objeto ou alimento que esteja bloqueando a respiração da vítima (POLETTTO et al., 2013).

2. OBJETIVO

- Ministrar aspectos teóricos e demonstrar os procedimentos de Enfermagem realizados na

Desobstrução de Via Aérea em APH;

- Contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que proporcionem ao discente segurança na sua execução.

3. FINALIDADE

- Realizar a desobstrução de Via aérea através da manobra de Heimlich;
- Contribuir para manutenção da vida.

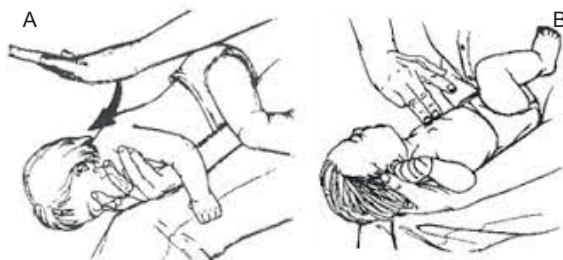
4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento S/N.

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- **Obstrução em lactentes (até 1 ano de idade):**
 - Identificar a obstrução da via aérea;^a
 - Ligar para o SAMU 192 e informar a ocorrência;
 - Colocar a criança com a cabeça em posição mais baixa que o corpo em decúbito ventral no seu antebraço;
 - Segurar a cabeça e a mandíbula em ligeira hiperextensão com uma das mãos;
 - Realizar com a face hipotenar da mão 5 tapotagens no tórax posterior, entre as escápulas, do lactente (FIGURA 1 A);
 - Girar o lactente deixando de em decúbito dorsal no seu antebraço;
 - Realizar 5 compressões torácicas, com o indicador e o dedo médio da mão dominante, no espaço entre os mamilos do lactente (FIGURA 1 B);

Figura 1: Tapotagens tórax (A) e compressões torácicas (B)



FONTE: Google imagens, 2020

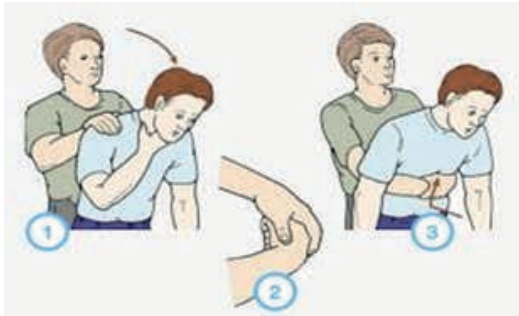
- Ocorrendo a desobstrução;^b
- Lateralize o lactente após a desobstrução da via aérea e retire o excesso do corpo estranho, utilizando o dedo mínimo;
- Caso o lactente entre em PCR, seguir POP de RCP em neonatologia.
- **Obstrução em crianças e adultos:**
 - Identifique a obstrução da via aérea;^c
 - Se a obstrução for parcial, não realizar manobras de desobstrução (não interferir);
 - Acalmar o paciente;

OBSERVAÇÕES

- a. Inconsciência, cianose de extremidades e perilabial.
- b. Lactente irá emitir movimentos e possivelmente o choro.
- c. Vítima para de se alimentar e coloca as mãos no pescoço como forma de demonstrar o engasgo.

- Incentivar tosse vigorosa até que ocorra a desobstrução e a FR se normalize;
- Caso seja obstrução total, certificar-se que a vítima está engasgada;^d
- Ligue para o SAMU 192 e informe a ocorrência;
- Abraçar a vítima por trás, com seus braços na altura do ponto médio entre a cicatriz umbilical e o apêndice xifoide, na região nasogástrica;
- A mão do socorrista em contato com o abdome da vítima deverá estar com o punho fechado e o polegar voltado para dentro;
- A outra mão do socorrista é colocada sobre a primeira;
- Fazer compressões abdominais sucessivas, direcionadas para cima, até desobstruir a via aérea ou a vítima perder a consciência;

Figura 2: Desobstrução de via aérea (manobra heimlich)



Fonte: Google imagens, 2020

- Caso a vítima perca a consciência, deite-a no chão em decúbito dorsal e verifique o pulso carotídeo;
- **Vítima com pulso carotídeo:** se ajoelhe sobre as coxas da vítima e coloque as mãos entre o umbigo e o início das costelas. Faça compressões súbitas no abdome para dentro e para cima;

Figura 3: Compressões súbitas no abdome do paciente



Fonte: Google imagens, 2020

- Abra a boca e verifique se o corpo estranho foi deslocado, retirando-o;
- Em caso de insucesso, repita toda a sequência, até que seja obtido sucesso, ou até o socorro chegar;

d. Impossibilidade de respirar, tossir e falar.

- **Vítima sem pulso carotídeo:** iniciar protocolo de parada seguindo o POP de RCP em adultos.
- **Obstrução em gestantes e obesos:**
 - Seguir os passos da desobstrução em crianças e adultos, até se posicionar atrás da vítima;
 - Em mulheres gestantes e obesos, no último trimestre, realize as compressões sobre o esterno (linha intermamilar) e não sobre o abdome.

Figura 4: Desobstrução das vias aéreas em obesos e gestantes



Fonte: Google imagens, 2020

6. RESPONSABILIDADES DO EXECUTANTE

- Certificar-se da segurança da cena para não se tornar uma vítima;
- Realizar os procedimentos conforme o protocolo da Desobstrução de Via aérea.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192**. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

GONÇALVES, M.E.P.; CARDOSO, S.R.; RODRIGUES, A.J. **Corpo estranho em via aérea. Pulmão**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 54-58, 2011.

POLETTO, C. A. R. et al. Prevenção e conduta diante da ingestão e deglutição acidental de componentes dos aparelhos ortodônticos. **Rev. Clin. Ortod.** Dental Press. 72 p., 2013.

SANT'ANNA, F. et al. Cricotireotomia no manejo de obstrução aguda das vias aéreas. **Rev. Circ. Traumatol. Buco Maxilar faces**. v.10,n 2, 2010.