

VOLUME 02

São Lucas Instituto







Seleção de Organização Social de Saúde - OSS para celebração de Termo de Colaboração destinado à gestão, à operacionalização e à execução das ações e serviços de saúde das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte - José de Souza Dourado - e Sul - Gerson Pires de Aguiar - do município de Palmas/TO.

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2026
PROCESSO Nº SEI: 17.137010.000064-2026-78

300
06/11/2026

Compete ao responsável pela atualização:

a) Acompanhar alterações nas normas, resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e diretrizes internacionais de referência em ressuscitação (como AHA/ILCOR);

b) Avaliar novas evidências científicas e diretrizes de suporte básico e avançado de vida com potencial impacto sobre as condutas de reanimação adotadas;

c) Analisar indicadores assistenciais de ressuscitação, eventos adversos, resultados de auditorias e oportunidades de melhoria relacionados ao atendimento de PCR em adultos e pediatria;

d) Propor alterações nos algoritmos de reconhecimento, manejo de vias aéreas, uso de drogas vasoativas, desfibrilação, cuidados pós-RCE (Retorno da Circulação Espontânea) e critérios de interrupção ou suporte avançado;

e) Assegurar que as alterações aprovadas sejam comunicadas às equipes médicas e assistenciais envolvidas;

f) Promover, em conjunto com a educação continuada, a capacitação e treinamento prático periódico dos profissionais médicos;

g) Manter controle institucional da versão, data de aprovação, data da revisão e responsáveis pela elaboração, revisão e aprovação do protocolo.

16. Periodicidade de Revisão

Este Protocolo Médico de PCR Adulto e Pediátrico será revisado ordinariamente a cada **12 (doze) meses**, contados da data de sua aprovação ou da última revisão.

Independentemente desse prazo, deverá ocorrer revisão extraordinária sempre que necessário, especialmente nas seguintes situações:

- Publicação ou atualização de legislação, normas do Conselho Federal de Medicina, protocolos ou diretrizes técnicas aplicáveis;
- Publicação de novas evidências científicas relevantes para a medicina de emergência e ressuscitação cardiopulmonar;
- Alteração das recomendações do Ministério da Saúde ou das sociedades científicas de referência (ex.: AHA);
- Modificação do perfil assistencial, capacidade instalada ou recursos tecnológicos disponíveis na unidade;

- Alteração dos fluxos de regulação e transferência intra e inter-hospitalar;
- Identificação de não conformidades, eventos adversos ou oportunidades de melhoria no atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória;
- Resultados de auditorias, monitoramento de indicadores de sobrevida ou avaliações internas que indiquem necessidade de alteração das condutas médicas.

17. Controle de Revisão e Histórico do Protocolo

Item	Definição
Documento	Protocolo Médico de Parada Cardiorrespiratória (PCR) Pediátrico
Unidade de Aplicação	UPA Norte e UPA Sul
Responsável Técnico pela Atualização	Responsável Técnico Médico / Direção Técnica
Áreas Participantes	Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, NSP e demais setores envolvidos
Periodicidade Ordinária	Anual – a cada 12 meses
Revisão Extraordinária	Sempre que houver alteração normativa, científica, assistencial ou operacional relevante
Referências Principais	Diretrizes da American Heart Association (AHA) / ILCOR; Ministério da Saúde; CFM
Forma de Validação	Análise técnica, aprovação institucional e registro da versão vigente

V.1.9.6 – Protocolo de Tratamento da Exacerbação Asmática na Emergência- Adulto

1. Objetivo

Padronizar o atendimento ao paciente com asma na Unidade de Emergência, com ênfase no reconhecimento precoce da exacerbação, classificação de sua gravidade, instituição imediata do tratamento, monitorização da resposta terapêutica, identificação dos pacientes com risco de deterioração e definição segura entre alta, observação, internação e transferência para serviço de maior complexidade.

O protocolo tem como objetivos adicionais reduzir a morbimortalidade relacionada às exacerbações da asma, evitar atrasos no tratamento, reduzir o uso inadequado de broncodilatador de curta duração em monoterapia, promover o uso de medicamentos contendo corticosteroide inalatório e garantir planejamento terapêutico.

2. Introdução

A asma é uma doença respiratória crônica caracterizada por sintomas respiratórios variáveis, como dispneia, sibilância, tosse e opressão torácica, associados à limitação variável do fluxo expiratório e à inflamação das vias aéreas.

As exacerbações representam episódios de piora aguda ou subaguda dos sintomas e da função pulmonar em relação ao estado habitual do paciente. Podem evoluir rapidamente para insuficiência respiratória e óbito, especialmente em indivíduos com asma não controlada, histórico de exacerbações graves ou uso inadequado do tratamento controlador.

A GINA 2026 recomenda que a avaliação inicial determine se os sintomas são realmente decorrentes de asma e procure condições que podem simular ou agravar a crise, como pneumotórax, anafilaxia, obstrução laríngea induzível, pneumonia, insuficiência cardíaca e embolia pulmonar.

3. Classificação da Gravidade das Exacerbações

3.1 Exacerbação Leve

- fala em frases;
- consegue deitar;

- FR normal ou discretamente aumentada;
- ausência ou discreto uso de musculatura acessória;
- sibilância ausente ou discreta;
- entrada de ar preservada;
- SpO_2 em ar ambiente ≥94%;
- PFE/VEF1 >70% do melhor pessoal ou previsto

3.2 Exacerbação Moderada

- fala em frases curtas;
- prefere permanecer sentado;
- FR aumentada;
- uso de musculatura acessória;
- sibilância evidente;
- redução da entrada de ar;
- SpO_2 ≥92% em ar ambiente;
- PFE/VEF1 entre 50–70% do melhor pessoal ou previsto.

3.3 Exacerbação Grave

- incapacidade de falar adequadamente;
- incapacidade de beber;
- incapacidade de permanecer deitado;
- SpO_2 <92% em ar ambiente;
- FR >30 irpm;
- uso importante de musculatura acessória;
- tórax silencioso;
- PFE/VEF1 <50% do melhor pessoal ou previsto.

3.4 Diagnóstico Diferencial

Antes ou simultaneamente ao tratamento, considerar:

- pneumonia;

- pneumotórax;
- edema agudo de pulmão;
- insuficiência cardíaca;
- embolia pulmonar;
- anafilaxia;
- corpo estranho;
- obstrução de via aérea superior;
- disfunção/obstrução laríngea induzível;
- **DPOC;**
- arritmias;
- síndrome coronariana aguda;
- acidose metabólica;
- intoxicações;
- crise de ansiedade/pânico.

A ausência de sibilos em paciente muito grave não necessariamente representa melhora: tórax silencioso pode significar fluxo aéreo extremamente reduzido.

4. Avaliação Inicial

História dirigida - Perguntar:

Sintomas atuais

- início e evolução;
- dispneia;
- tosse;
- sibilância;
- opressão torácica;
- sintomas noturnos;
- capacidade de falar;
- limitação para atividades.

Tratamento prévio

- medicação utilizada;
- número de doses de broncodilatador;
- corticosteroide utilizado;
- adesão;
- técnica inalatória;
- uso de espaçador.

Fatores de risco para asma grave

- internação prévia;
- **UTI;**
- intubação;
- exacerbação grave recente;
- uso frequente de SABA;
- baixa adesão;
- ausência de corticosteroide inalatório;
- exposição ao tabaco;
- doença respiratória associada;
- problemas psicossociais.

Desencadeantes

- infecção viral;
- alérgenos;
- fumaça;
- poluição;
- exercício;
- exposição ocupacional;
- medicamentos;
- AINEs;
- β-bloqueadores;
- interrupção do controlador.

15. REFERÊNCIAS ESSENCIAIS

American Heart Association; American Academy of Pediatrics. Part 6: Pediatric Basic Life Support. 2025 AHA/AAP Guidelines for CPR and ECC. Circulation. 2025;152(suppl 2):S424–S447. doi:10.1161/CIR.0000000000001370. https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines/pediatric-basic-life-support

American Heart Association. Part 8: Pediatric Advanced Life Support. 2025 AHA Guidelines for CPR and ECC. https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines/pediatric-advanced-life-support

American Heart Association. Pediatric Cardiac Arrest, Bradycardia and Tachyarrhythmia Algorithms, 2025. https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines/algorithms/

American Heart Association. Highlights of the 2025 Guidelines for CPR and ECC. https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/guidelines-updates-and-highlights

International Liaison Committee on Resuscitation. 2025 International Consensus on CPR and ECC Science With Treatment Recommendations. https://costr.ilcor.org/

Ministério da Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 — Suporte Básico e Avançado de Vida, módulos pediátricos, versões disponíveis. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/publicacoes

Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica — Resolução CFM nº 2.217/2018 e alterações vigentes. https://portal.cfm.org.br/

Conselho Federal de Enfermagem. Normas vigentes para urgência/emergência e segurança na administração de medicamentos. https://www.cofen.gov.br/

Responsabilidade pela Atualização e Validação do Protocolo

A responsabilidade pela revisão e atualização técnica deste Protocolo Médico de Parada Cardiorrespiratória (PCR) Adulto e Pediátrico será da Responsabilidade Técnica Médica das UPAs Norte e Sul em articulação com a Direção Técnica, Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e demais áreas assistenciais envolvidas, conforme a matéria objeto da revisão.

5. Exame Físico

Avaliar:

- estado geral;
- nível de consciência;
- fala;
- **FR;**
- **FC;**
- **PA;**
- SpO_2;
- temperatura;
- uso de musculatura acessória;
- retrações;
- sibilância;
- entrada de ar;
- sinais de exaustão;
- sinais de anafilaxia.

Em pacientes graves, realizar monitorização cardíaca contínua.

6. Exames Complementares

Pico de fluxo expiratório, se disponível:

Quando possível, realizar:

- antes do tratamento;
- após tratamento;
- durante reavaliação.

Entretanto: não atrasar tratamento em pacientes com exacerbação grave.

6.1 Radiografia de Tórax

Não deve ser solicitada rotineiramente em toda exacerbação de asma.

Considerar quando houver:

- suspeita de pneumonia;
- pneumotórax;
- corpo estranho;
- insuficiência cardíaca;
- diagnóstico alternativo;
- evolução atípica;
- ausência de resposta ao tratamento.

6.2 Gasometria

Não é exame obrigatório em toda exacerbação.

Considerar em:

- exacerbação grave;
- alteração do nível de consciência;
- exaustão respiratória;
- suspeita de hipercapnia;
- deterioração apesar do tratamento;
- necessidade de suporte ventilatório.

Atenção: $PaCO_2$ normal ou elevado em paciente com crise grave pode representar sinal de fadiga ventilatória.

6.3 Exames Laboratoriais

Não solicitar exames laboratoriais rotineiramente apenas por diagnóstico de exacerbação de asma.

Solicitar conforme indicação clínica:

- hemograma;
- eletrólitos;
- função renal;
- glicemia;
- gasometria;

- lactato;
- marcadores infecciosos;
- troponina;
- outros exames conforme diagnóstico diferencial.

7. Tratamento da Exacerbação

7.1 Exacerbação leve

Salbutamol.

Salbutamol 100 mcg/jato: 4 jatos, podendo repetir uma vez após 30–60 minutos conforme resposta.

pMDI + espaçador como tratamento inicial da apresentação leve.

Corticosteroide sistêmico

Não é necessário em toda exacerbação leve que responda rapidamente ao broncodilatador.

Considerar quando:

- sintomas não respondem adequadamente ao tratamento inicial;
- piora progressiva;
- história de exacerbações graves;
- necessidade repetida de broncodilatador;
- apresentação moderada ou grave.

7.2 Exacerbação Moderada

Salbutamol.

Salbutamol 4–6 jatos + ipratrópio 4 jatos, por pMDI + espaçador.

Alternativamente, quando nebulização estiver indicada/disponível:

Salbutamol 2,5 mg + ipratrópio 0,25 mg por nebulização.

Pode repetir até 3 vezes, com intervalos de aproximadamente 20–30 minutos, conforme resposta clínica.

Corticosteroide Sistêmico

Na exacerbação moderada ou grave, administrar precocemente.

Prednisona/prednisolona

40–50 mg VO, uma vez ao dia, por 5–7 dias, para adultos.

Quando a via oral não for possível: considerar corticosteroide parenteral

Não é necessário prolongar o tratamento além do período recomendado em exacerbações não complicadas.

7.3 Exacerbação Grave

Iniciar tratamento imediatamente.

Oxigênio

Administrar oxigênio suplementar para manter:

SpO_2 entre 92–95% em adultos e adolescentes.

Evitar hiperóxia desnecessária.

Salbutamol

Por pMDI + espaçador: 6–10 jatos de 100 mcg/jato

ou, quando nebulização indicada: Salbutamol 5 mg por nebulização.

Pode repetir até 3 vezes, aproximadamente a cada 20–30 minutos, conforme resposta.

Ipratrópio

Por pMDI: 4 jatos de 20 mcg/jato ou por nebulização: 0,25 mg.

Utilizar associado ao salbutamol nas exacerbações graves e moderadas conforme resposta.

Corticosteroide sistêmico

Administrar o mais precocemente possível.

Preferencial: Prednisona/prednisolona 40–50 mg VO/dia por 5–7 dias.

Se impossibilidade de via oral, utilizar corticosteroide parenteral.

8. Anafilaxia Associada à Asma

Se houver anafilaxia concomitante: adrenalina IM é a intervenção prioritária.

Broncodilatadores e corticosteroides são tratamentos adjuvantes e não substituem a adrenalina na anafilaxia.

9. Sulfato de Magnésio

Considerar em paciente com:

- exacerbação grave;
- resposta insuficiente ao tratamento inicial;
- obstrução importante persistente;
- risco de necessidade de internação/terapia intensiva.

Esquema habitual:

Sulfato de magnésio 2 g IV, administrado em aproximadamente 20 minutos.

Não utilizar rotineiramente em exacerbações leves.

10. Reavaliação

A resposta deve ser reavaliada aproximadamente em até 1 hora ou antes, conforme gravidade.

Avaliar:

- dispneia;
- fala;
- **FR;**
- **FC;**
- SpO_2;
- musculatura acessória;
- sibilância;
- entrada de ar;
- PFE/VEF1 quando possível;
- necessidade de broncodilatador adicional.

11. Critérios de Resposta Adequada

Considerar resposta favorável quando houver:

- redução da dispneia;
- melhora da fala;
- redução do esforço respiratório;
- melhora da entrada de ar;
- redução da necessidade de broncodilatador;
- SpO_2 adequada em ar ambiente;
- melhora do PFE/VEF1;
- estabilidade clínica.

12. Falha Terapêutica

Considerar resposta inadequada quando houver:

- dispneia persistente;
- hipoxemia;
- necessidade frequente de salbutamol;
- PFE persistentemente <50%;
- piora clínica;
- exaustão;
- alteração do nível de consciência;
- tórax silencioso;
- hipercapnia;
- necessidade crescente de suporte respiratório.

Nessas situações:

1. reavaliar diagnóstico;
2. repetir broncodilatador conforme indicação;
3. manter corticosteroide sistêmico;
4. considerar magnésio IV;
5. avaliar gasometria;

6. acionar equipe de maior complexidade;
7. providenciar transferência para hospital/UTI quando necessário.

13. Indicação de Internação/Transferência

Considerar internação quando:

- não houver melhora suficiente após tratamento inicial;
- persistir hipoxemia;
- houver necessidade de salbutamol em intervalos menores que 1–2 horas;
- dispneia persistir por 4–6 horas após corticosteroide sistêmico;
- houver histórico de exacerbação com necessidade de UTI/intubação;
- houver comorbidade relevante;
- houver dificuldade de adesão;
- não houver condições adequadas de acompanhamento domiciliar.

Transferência imediata quando houver:

- alteração do nível de consciência;
- exaustão respiratória;
- tórax silencioso;
- cianose;
- hipoxemia persistente;
- hipercapnia;
- acidose respiratória;
- deterioração clínica;
- necessidade de ventilação não invasiva ou invasiva;
- necessidade de monitorização intensiva;
- resposta inadequada ao tratamento máximo disponível na unidade de emergência.

14. Ventilação Não Invasiva e Intubação

A ventilação não invasiva pode ser considerada especialmente diante de fadiga respiratória, desde que o paciente consiga proteger a via aérea e não haja contraindicação.

Indicações de considerar via aérea definitiva

- deterioração neurológica;
- incapacidade de proteger via aérea;
- parada respiratória;
- exaustão extrema;
- hipoxemia refratária;
- acidose/hipercapnia progressivas;
- falha do tratamento intensivo.

A intubação na asma grave deve ser realizada por equipe experiente, pois a ventilação mecânica pode aumentar o risco de hiperinsuflação dinâmica e barotrauma.

15. Medicações Que Não Devem Ser Utilizadas Rotineiramente

Não utilizar rotineiramente:

- antibióticos;
- mucolíticos;
- sedativos;
- benzodiazepínicos;
- opioides;
- aminofilina/teofilina;
- radiografia de tórax em todos os pacientes;
- corticosteroide inalatório isoladamente como substituto do tratamento sistêmico na crise grave.

Antibióticos devem ser reservados para suspeita clínica de infecção bacteriana associada.

A GINA 2026 não recomenda aminofilina/teofilina no manejo rotineiro da exacerbação.

16. Alta da Unidade de Emergência

Pode receber alta o paciente que apresente:

- melhora clínica significativa;
- estabilidade hemodinâmica;
- ausência de sinais de gravidade;

- SpO_2 adequada em ar ambiente;
- redução importante da necessidade de broncodilatador;
- capacidade de realizar atividades básicas;
- condições domiciliares adequadas;
- possibilidade de acompanhamento.

17. Referência Bibliográfica

1. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention – edição vigente. Recomendações internacionais para avaliação da gravidade das exacerbações asmáticas, administração de broncodilatadores, corticosteroides sistêmicos, oxigenoterapia, monitorização clínica e critérios de internação e alta.

2. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). Recomendações para o manejo da asma e das exacerbações asmáticas – versões vigentes. Orientações para diagnóstico, classificação da gravidade, tratamento das crises e prevenção de recorrências.

3. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Asma – versão vigente. Recomendações para diagnóstico, tratamento farmacológico, acompanhamento e controle da doença no âmbito do Sistema Único de Saúde.

4. National Asthma Education and Prevention Program (NAEPP). Expert Panel Report 3 (EPR-3): Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma, com atualizações de 2020. Referência complementar para avaliação e manejo da asma, considerando o escopo específico das recomendações atualizadas.

5. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.600/2011, referente à organização da Rede de Atenção às Urgências no SUS, observadas as atualizações normativas aplicáveis.

6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC nº 36/2013, referente às ações de segurança do paciente nos serviços de saúde, incluindo prevenção de eventos adversos, segurança medicamentosa e gerenciamento de riscos assistenciais.

7. Sociedade Brasileira de Alergia e Imunologia — ASBAI.

18. Responsável pela atualização

A responsabilidade pela atualização do Protocolo de Exacerbação Asmática na Emergência será atribuída ao Responsável Técnico Médico da Unidade, em conjunto com a Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), com apoio de profissionais especializados em Pneumologia, quando disponíveis.

Compete aos responsáveis acompanhar as atualizações científicas, revisar os critérios de classificação da gravidade das crises asmáticas, atualizar as condutas terapêuticas e os fluxos assistenciais, garantir a padronização dos procedimentos e monitorar os indicadores de qualidade e segurança.

Deverão ser acompanhados, especialmente, o tempo para início da broncodilatação, a administração oportuna de corticosteroides sistêmicos quando indicados, a resposta clínica ao tratamento, a necessidade de suporte ventilatório, as taxas de internação e transferência e os retornos precoces por exacerbação asmática.

Também deverão promover capacitações periódicas das equipes médicas e de enfermagem, visando ao reconhecimento precoce dos sinais de gravidade, à administração segura de medicamentos, ao manejo da insuficiência respiratória e à estabilização dos pacientes.

19. Periodicidade de revisão

O Protocolo de Exacerbação Asmática na Emergência terá revisão ordinária anual, a cada 12 meses, podendo ser atualizado extraordinariamente sempre que ocorrerem novas recomendações das sociedades científicas, alterações nos critérios de classificação e tratamento das exacerbações asmáticas, mudanças nas normas sanitárias, incorporação de novas tecnologias ou identificação de eventos adversos e não conformidades assistenciais.

Todas as revisões deverão ser formalmente documentadas, contendo data, número da versão, descrição das alterações realizadas, identificação dos profissionais responsáveis e aprovação da Direção Técnica da Unidade.

20. Controle de atualização e validação

Elemento	Definição
Protocolo	Exacerbação Asmática na Emergência
Referências técnicas principais	GINA, SBPT, Ministério da Saúde, NAEPP e ANVISA
Responsável pela atualização	Responsável Técnico Médico da Unidade
Equipe participante	Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, Pneumologia (quando disponível) e NSP
Periodicidade de revisão	Anual – a cada 12 meses
Revisão extraordinária	Conforme atualizações científicas, alterações normativas ou necessidades assistenciais
Responsável pela aprovação	Direção Técnica da Unidade

V.1.9.7 – Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem Pronto Atendimento

UPA SUL E NORTE- PALMAS/TO

Responsabilidade pela Atualização e Validação do Protocolo

A responsabilidade pela revisão e atualização técnica deste Protocolo de Assistência em Enfermagem será da Coordenação de Enfermagem das UPAs Norte e Sul em articulação com a Direção Técnica, Responsabilidade Técnica Médica, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e demais áreas assistenciais envolvidas, conforme a matéria objeto da revisão. Este controle de responsabilidade, periodicidade e revisão aplica-se a todos os Procedimentos Operacionais Padrão do conjunto V.1.9.7, numerados de V.1.9.7.1 a V.1.9.7.59.

Compete ao responsável pela atualização:

a) Acompanhar alterações nas normas, resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e diretrizes nacionais e internacionais relacionadas à assistência e à sistematização dos cuidados;
b) Avaliar novas evidências científicas e práticas baseadas em evidências com potencial impacto sobre os cuidados de enfermagem adotados;
c) Analisar indicadores assistenciais de enfermagem, eventos adversos, resultados de auditorias e oportunidades de melhoria relacionados aos processos de trabalho da equipe assistencial;
d) Propor alterações nos critérios de avaliação, reconhecimento precoce, cuidados especializados de enfermagem, monitorização e fluxos operacionais;
e) Assegurar que as alterações aprovadas sejam comunicadas às equipes de enfermagem envolvidas;
f) Promover, em conjunto com a educação continuada, a capacitação e atualização dos profissionais de enfermagem;
g) Manter controle institucional da versão, data de aprovação, data da revisão e responsáveis pela elaboração, revisão e aprovação do protocolo.

Periodicidade de Revisão

Este conjunto de Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem (V.1.9.7.1 a V.1.9.7.59) será revisado ordinariamente a cada **12 (doze) meses**, contados da data de sua aprovação ou da última revisão.

Independentemente desse prazo, deverá ocorrer revisão extraordinária sempre que necessário, especialmente nas seguintes situações:

- Publicação ou atualização de legislação, normas do sistema COFEN, protocolos ou diretrizes técnicas aplicáveis;
- Publicação de novas evidências científicas relevantes para a prática de enfermagem;
- Alteração das recomendações do Ministério da Saúde ou das sociedades científicas de referência;
- Modificação do perfil assistencial, capacidade instalada ou recursos disponíveis na unidade;
- Alteração dos fluxos de regulação e transferência;
- Identificação de não conformidades, eventos adversos ou oportunidades de melhoria na assistência de enfermagem;
- Resultados de auditorias, monitoramento de indicadores ou avaliações internas que indiquem necessidade de alteração das condutas assistenciais.

Controle de Revisão e Histórico do Protocolo

Item	Definição
Documento	Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem – V.1.9.7.1 a V.1.9.7.59
Unidade de Aplicação	UPA Norte e UPA Sul
Responsável Técnico pela Atualização	Coordenação de Enfermagem / Direção Técnica
Áreas Participantes	Coordenação de Enfermagem, Equipe Assistencial, NSP e demais setores envolvidos
Periodicidade Ordinária	Anual – a cada 12 meses

Item	Definição
Revisão Extraordinária	Sempre que houver alteração normativa, científica, assistencial ou operacional relevante
Referências Principais	Ministério da Saúde; COFEN; Diretrizes e Sociedades Científicas de Referência
Forma de Validação	Análise técnica, aprovação institucional e registro da versão vigente

V.1.9.7.1. Administração de Nebulização/Inalação/Micronebulização

1. OBJETIVO

- Promover a umidificação das secreções das vias aéreas visando facilitar a expectoração;
- Administrar medicamentos absorvíveis pela mucosa nasal que tenham efeito sistêmico.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- NT-Norma técnica.
- CCIH -Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- N/A- Não se aplica.
- SAE – sistematização de Assistência de Enfermagem.
- PNSP- Programa Nacional de Segurança do Paciente

4. MATERIAL UTILIZADO

- Fluxômetro.
- Inalador com medicações prescritas.
- Látex.
- Papel higiênico ou forro.
- Máscaras de inalação.
- Luvas de procedimentos.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;

- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos conforme PNSP
- Levar o material ao quarto do paciente;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Preparar o paciente para receber o tratamento;
- Ligar o inalador
- Orientar o paciente para inspirar profundamente a medicação;
- Providenciar papel higiênico ou forro, para o paciente expectorar;
- Manter inalação durante o tempo indicado e observar o paciente;
- Recolher material e levar para desinfecção (expurgo)
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Organizar o material
- Higienizar caso seja necessário
- Verificar prescrição médica
- Usar somente fluídos estéreis para a inalação e manipular o líquido de maneira asséptica;
- Os inaladores são de uso individual e deverão passar por esterilização ou desinfecção de alto nívelpara serem novamente utilizados em outro paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Checagem no prontuário.

Registro na SAE

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

Carmagnani, M I S - Fakih, F Ti - Canteras, L M da S. Procedimentos De Enfermagem - Guia Prático Guanabara Koogan; 2ª edição (2 maio 2025).

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2021/2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE – 2021. BRASÍLIA (DF). Governo do Distrito Federal.

V.1.9.7.2. Administração de Oxigênio por Máscara Facial

1. OBJETIVO

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- NT - Norma Técnica;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Oxigênio canalizado;
- 01 fluxômetro para oxigênio;
- 01 máscara facial de oxigênio;
- 01 frasco umidificador;
- 01 intermediário de silicone estéril;
- 01 frasco de água destilada estéril de 500 ou 250 ml;
- 01 bandeja de aço inox;
- 01 par de luvas de procedimentos;
- 05 unidades de gaze estéril;
- 01 frasco ampola de soro Fisiológico 0,9% de 10 ml.
- 02 cotonetes;
- 01 impresso para anotação de oxigênio.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais: confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores; verificar alergias e riscos; explicar o procedimento; higienizar as mãos nos momentos indicados; utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução; preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS; reavaliar e registrar o cuidado.

- Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
- Promover Decúbito Elevado;
- Identificar o paciente no prontuário; A presentar-se ao paciente e/ou acompanhante (se possível);
- Higienizar as mãos conforme Programa Nacional de Segurança do Paciente-PNSP
- Separar e preparar os materiais;
- Levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinhode curativo;
- Conectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou a possibilidade de faíscas de materiais elétricos;
- Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
- Usar umidificação somente quando clinicamente indicada e conforme o dispositivo. Quando utilizada, empregar água estéril própria para inalação/umidificação em sistema adequado, sem completar recipiente parcialmente usado e conforme instruções do fabricante.
- Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-lo ao fluxômetro;
- Conectar uma das extremidades do tubo no frasco e a outra na máscara facial;
- Ajustar a faixa elástica ou cadarço até que a máscara se encaixe bem e confortavelmente;
- Colocar o paciente em posição segura e confortável;
- Abrir a válvula de fluxômetro até produzir vapor de oxigênio;
- Retirar o acúmulo de água no tubo de extensão ou intermediário de silicone;
- Higienizar as mãos conforme Protocolo Segurança do Paciente;
- Avaliar integridade tissular retroauricular e nasal;
- Registrar no prontuário em impresso padronizado a data, a hora do início, do término e fluxo do oxigênio administrado;
- Realizar a anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Organizar o material
- Higienizar caso seja necessário
- Verificar prescrição médica
- Fazer limpeza das narinas a cada 8 horas, utilizando luvas de procedimento, 01 cotonete ou gaze e aampola de SF 0,9%;
- Não completar o conteúdo do umidificador. Substituir o reservatório/sistema quando indicado pelo fabricante, por sujidade, violação, mau funcionamento ou protocolo do SCIH/CCIH.
- Trocar o sistema acoplado ao fluxômetro quando houver mau funcionamento, sujidade ou a cada sete dias encaminhá-lo para limpeza e desinfecção;
- Em caso de suspensão temporária, guardar o cateter devidamente acondicionado e protegido;
- Se não houver borbulhamento da água no umidificador, checar se o fluxômetro está conectado corretamente; se persistir, trocar o frasco umidificador;
- Observar queixa de dispneia, padrão respiratório, frequência respiratória, sinais de cianose e valor de saturação de oxigênio e comunicar ao médico e ou enfermeiro em caso de intercorrências;

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de Enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Anotação e checagem em prontuário do paciente.

Registrar em SAE.

10.REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

Carmagnani, M I S - Fakih, F Ti - Canteras, L M da S. Procedimentos De Enfermagem - Guia Prático Guanabara Koogan; 2ª edição (2 maio 2023)

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2021/2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE – 2021. Governo do Distrito Federal.

V.1.9.7.3. Aspiração de Tubo Endotraqueal

1. OBJETIVO

- Manter vias aéreas pérvias;
- Promover a ventilação adequada;
- Diminuir a colonização microbiana oral e evitar a broncoaspiração.

2. APLICABILIDADE

Sala amarela, sala vermelha,

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- EPI - Equipamento de Proteção Individual;
- NT CCIH - Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- FIO^2 - (Fração Inspirada de Oxigênio).
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja
- Sonda de aspiração estéril de calibre adequado para idade do paciente;
- Luvas estéreis;
- Compressas estéreis;
- Água estéril;
- Bolsa de ventilação com pressão positiva, reservatório de O2 e máscara de silicone – Ambú;
- Fonte de oxigênio a 100%;
- Fonte a vácuo ou aparelho de aspiração portátil;
- SF 0,9% na seringa;
- EPI (máscara, gorro, óculos, avental);
- Oximetro de pulso (Se necessário).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Higienizar as mãos conforme norma do Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP;
- Colocar os EPI;
- Realizar a avaliação clínica do paciente: frequência respiratória, esforço e mecânica respiratória, entrada de ar, ausculta, expansibilidade torácica, sinais de desconforto respiratório;
- Orientar paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Reunir todo o material;
- Posicionar o paciente em posição supina ou semi-fowler, quando possível;
- Colocar uma compressa estéril sobre o tórax do paciente;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Adaptar uma das extremidades do látex à fonte de vácuo e a outra à sonda de aspiração mantendo-a no invólucro;
- Teste o funcionamento adequado do sistema de aspiração;
- Calçar as luvas de maneira asséptica, designando uma das mãos como estéril e a outra como contaminada, quando não for possível o auxílio do Técnico de Enfermagem;
- Realizar pré-oxigenação conforme avaliação clínica, prescrição/protocolo institucional e parâmetros do ventilador. Evitar hiperóxia e registrar FiO_2, SpO_2 e resposta do paciente.
- Abrir a rede de vácuo;
- Segurar a sonda estéril com a mão limpa;

- Preferir sistema fechado quando indicado e evitar desconexão do ventilador, especialmente em pacientes com PEEP elevada, FiO_2 elevada ou risco de desrecrutamento. Se sistema aberto for indispensável, seguir técnica estéril e protocolo institucional.
- Introduzir o cateter sem aplicar sucção, utilizando técnica rasa; recorrer à aspiração profunda apenas quando a técnica rasa for ineficaz. O cateter deve ocluir menos de 50% do lúmen do tubo em adultos e crianças e menos de 70% em neonatos.
- Não forçar o cateter contra resistência. Aplicar sucção somente durante a retirada, pelo menor tempo possível e por no máximo 15 segundos.
- Aplicar sucção intermitente, enquanto se retira a sonda através de movimentos rotatórios;
- Limitar o procedimento de 10 a 15 segundos no máximo, idealmente 5 segundos para crianças;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reconectar o ventilador (se necessário) e manter restrita observação do paciente durante todo o procedimento;
- Cateter de aspiração aberto é de uso único e deve ser descartado após o procedimento. Em sistema fechado, limpar o cateter pelo porto próprio, conforme instruções do fabricante, sem instilar a solução no paciente.
- Limpar a sonda com gaze estéril, se necessário;
- Não realizar instilação rotineira de solução salina na via aérea. Diante de secreção espessa, avaliar hidratação, umidificação do sistema, fisioterapia respiratória e outras medidas prescritas; qualquer exceção deve ser clinicamente justificada e registrada.
- Realizar aspiração nasofaríngea e orofaríngea na seguinte ordem: introduzir a sonda alternadamente em cada narina e na boca até a faringe;
- No sistema fechado, utilizar o porto de irrigação exclusivamente para limpeza do cateter conforme instruções do fabricante. Não reutilizar cateter aberto descartável.
- Proteger a extremidade do látex com invólucro estéril;
- Fechar o vácuo e desprezar a sonda de aspiração e demais materiais utilizados no procedimento;
- Reavaliar o paciente;
- Trocar frasco coletor, extensão e demais componentes conforme instruções do fabricante, protocolo do SCIH/CCIH, sujidade, perda de integridade ou mau funcionamento; manter o sistema fechado e identificado.

6. PERIODICIDADE

Sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Prevenir complicações respiratórias;
- Proporcionar uma ventilação eficaz, removendo secreções brônquicas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Anotação e checagem em prontuário do paciente.

10.REFERÊNCIAS

NETTINA, Sandra M. Práticas De Enfermagem. 9º edição-Rio de janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2020.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

Carmagnani, M I S - Fakih, F Ti - Canteras, L M da S.Procedimentos De Enfermagem - Guia Prático Guanabara Koogan; 2ª edição (2 maio 2023).

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2021/2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE – 2021. Governo do Distrito Federal.

V.1.9.7.4. Aspiração de vias aéreas superiores

1. OBJETIVO

- Manter vias aéreas pérvias, promovendo a ventilação adequada;
- Diminuir a colonização microbiana oral e evitar a broncoaspiração.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- EPI - Equipamento de Proteção Individual.
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Bandeja contendo:

- Sonda de aspiração estéril de calibre adequado para idade do paciente;
- Luvas de procedimentos;
- Gazes;
- Extensão de látex;
- Frasco de aspiração conectado á rede de vácuo ou ar comprimido;
- Frasco contendo água estéril ou soro fisiológico estéril;
- Aspirador;
- EPI (máscara, gorro, Óculos, avental).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;

- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Higienizar as mãos conforme norma do Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP;
- Colocar os EPI;
- Reunir todo o material;
- Posicionar o paciente em posição supina ou semi-fowler, quando possível;
- Realizar a avaliação clínica do paciente: frequência respiratória, esforço e mecânica respiratória, entrada de ar, ausculta, expansibilidade torácica, sinais de desconforto respiratório;
- Orientar paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Adaptar uma das extremidades do látex á fonte de vácuo e a outra à sonda de aspiração;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Abrir a rede de vácuo;
- Iniciar a aspiração pelas narinas;
- Pinçar o látex e introduzir a sonda em uma das narinas;
- Introduzir a sonda de aspiração suavemente, soltar o látex e proceder à aspiração com movimentos semi - rotatórios;
- Introduzir a sonda na cavidade oral até provocar reflexo da tosse, soltando o látex;
- Proceder à aspiração com movimentos rotatórios;
- Sempre que houver necessidade entre uma aspiração e outra lavar extensão da sonda e látex, aotérmino do procedimento lavar novamente toda a extensão;
- Fechar o vácuo, desprezar a sonda, desconectando-se do látex e proteger a ponta do mesmo;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reavaliar o paciente;
- Deixar o paciente seguro, confortável e unidade em ordem;
- Desprezar no expurgo o conteúdo do frasco coletor;

- Trocar frasco coletor, extensão e demais componentes conforme instruções do fabricante, protocolo do SCIH/CCIH, sujidade, perda de integridade ou mau funcionamento; manter o sistema fechado e identificado.
- Retirar EPI;
- Higienizar as mãos conforme PNSP;
- Registrar no prontuário a data, hora, aspecto e quantidade das secreções, intercorrências se houver;
- Assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

Sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Prevenir complicações respiratórias;
- Proporcionar uma ventilação eficaz, removendo secreções brônquicas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Anotação e checagem em prontuário do paciente

10. REFERÊNCIAS

LUZ, S. Oxigenoterapia por cateter nasal ou máscara. 2022. Disponível em: https://www.portaldaenfermagem.com.br/protocolos-leitura.asp?id=214.

Acesso em: 24 jul. 2022.

PRAZERES, L. Entendendo sobre oxigenoterapia!: definições e tipos! Disponível em: https://enfermagemcomamor.com.br/index.php/2018/04/26/oxigenoterapia/.

Acesso em: 11 ago. 2022. RODRIGUES, F. C.; SIMÕES, M.

V.1.9.7.5. Instalação de oximetria de pulso

1. OBJETIVO

Mensurar os níveis de saturação de oxigênio e a frequência do pulso.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- NT CCIH (Nota Técnica da Comissão de Controle de Infeção Hospitalar).
- N/A - Não se aplica.
- PNSP- Programa Nacional de Segurança do Paciente

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 oxímetro de pulso com cabo de energia;
- 01 sensor em sonda de acordo com o paciente: (se pediátrico 10 cm de fita adesiva hipoalérgica ou esparadrapo);
- 03 bolas de algodão ou 01 pacote de gaze;
- 01 almotolia com álcool a 70%;
- 01 caneta;
- 01 impresso de sinais vitais ou de anotações de enfermagem.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;

- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Verificar a prescrição do paciente;
- Identificar o paciente com dois identificadores válidos (nome completo e data de nascimento ou número do prontuário), conferindo pulseira e prontuário; o número do leito indica apenas a localização física;
- Higienizar as mãos conforme PNSP
- Separar e preparar os materiais;
- Levar os materiais para a unidade do paciente;
- Fazer desinfeção do sensor com algodão umedecido com Álcool a 70%;
- Verificar a voltagem do equipamento e conectá-lo à fonte de energia elétrica;
- Ligar o monitor e determinar os limites do alarme, tanto para saturação de oxigênio alta quanto baixa, bem como, para as frequências de pulso altas e baixas, de acordo com a idade, condição física ou clínica, terapêutica e riscos;
- Confirmar se o sensor está compatível ao monitor;
- Selecionar a área apropriada para aplicar o sensor com base na circulação periférica e temperatura do membro (dedos das mãos, dos pés e lóbulo da orelha);
- Determinar a adequação da circulação periférica, avaliando o enchimento capilar, evitando locais com: edemas, lesões cutâneas, hipotermia ou doença vascular periférica;
- Preparar o sítio selecionado;
- Fixar o sensor no local escolhido, alinhando o receptor e o emissor de luz- um em oposição ao outro.
- Em neonatal e pediátrico: Envolver primeiro uma gaze dobrada e depois passar a fita hipoalérgica;
- Orientar Mãe ou responsável;
- Conectar o sensor do oxímetro ao aparelho;
- Certificar se a luz ou a forma da onda refletem a força do pulso, comparando a frequência radial ou apical do cliente com a frequência do oxímetro. quando existir diferença reavaliar a colocação do sensor;
- Ler o nível de saturação do oxigênio e a frequência de pulso;

- Mudar o sensor de dedo a cada duas horas se sensor de salto (abre e fecha como pregador de roupa) ou a cada 4 horas se adesivo; deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
- Higienizar as mãos conforme PNSP
- Registrar no prontuário a data, a hora, o local de escolha para colocação do sensor e os valores dasleituras realizadas (saturação e frequência);
- Assinar e carimbar.
- Diante de níveis alterados, avaliar a condição clínica, verificar se o sensor não se soltou e, conferirse o tipo de sensor está adequado ao biótipo e ao local de escolha. Comunicar ao médico, se persistir.

6. PERIODICIDADE

Conforme necessidade e/ou solicitação do médico ou enfermeiro.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não se aplica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Registrar em prontuário e SAE.

10.REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispões sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em http://www.portalcofen.com.br.

POTTER, P. A.&PERRY, A.G .Fundamentos de Enfermagem. 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara koogan S.A.2022.

Monitorização de oximetria de pulso no paciente adulto. Campo Grande: HUMAP-UFMS, 2020. Disponível em < http://www2.ebserh.gov.br/documents/17082/2535155/POP_ENFERMAGEM+-+2020.pdf/094eb6db-e429-4510-9d18-30bcf52878a3>. Acesso em: 15 de set. de 2020.

SOBECC. Práticas Recomendadas-SOBEC. Práticas Recomendadas- SOBECC 3ª ed. Revisada e atualizada 2023.

V.1.9.7.6. Oxigenoterapia por Cateter Tipo Óculos

1. OBJETIVO

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- NT CCIH - (Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);
- EPI - (Equipamento de Proteção Individual).
- N/A – Não se aplica.
- PNSP- Programa Nacional de Segurança do Paciente

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja
- Luvas de procedimentos;
- Gazes;
- Extensão de látex;
- Cateter nasal tipo óculos;
- Rede de Oxigênio canalizada ou em torpedos;
- Frasco contendo água estéril ou soro fisiológico estéril;
- EPI (máscara, gorro, óculos, avental)

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos; explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;

- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
- Checar a identificação do paciente com dois identificadores válidos, conferindo a pulseira;
- Orientar e explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
- Higienizar as mãos conforme PNSP;
- Separar e preparar os materiais;
- Levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
- Colocar os EPI;
- Conectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou a possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
- Utilizar umidificação somente quando indicada. Empregar água estéril própria para umidificação e sistema compatível, conforme instruções do fabricante; não completar recipiente parcialmente usado.
- Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-lo ao fluxômetro;
- Conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador ao frasco e a outra no cateter nasal;
- Abrir o fluxômetro e deixar um pouco de oxigênio sair para evitar acidentes por saída intempestiva do mesmo e verificar se há borbulhamento da água;
- Colocar o paciente em posição segura e confortável;
- Ajustar dispositivo e fluxo para a meta de saturação definida na prescrição ou protocolo clínico, considerando idade, condição clínica e risco de hipercapnia. Reavaliar SpO_2, frequência respiratória, conforto e sinais de deterioração.
- Higienizar as mãos;
- Posicionar o paciente em posição supina ou Semi-Fowler, quando possível; monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração; reunir todo o material, organizar o leito;
- Realizar anotação no prontuário, assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica ou até melhora do quadro do paciente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não se aplica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume por minuto de oxigênio.

10.REFERÊNCIAS

LUZ, S. Oxigenoterapia por cateter nasal ou máscara. Disponível em: https://www.portaldaenfermagem.com.br/protocolos-leitura.asp?id=214.

Acesso em: 24 jul. 2021.

PRAZERES, L. Entendendo sobre oxigenoterapia!: definições e tipos! Disponível em: https://enfermagemcomamor.com.br/index.php/2018/04/26/oxigenoterapia/.

Acesso em: 11 ago. 2021. RODRIGUES, F. C.; SIMÕES, M.

NUNES, R.S., TAMAKI, C.M., PENHA, H.H.R.P., TERRA, J.C.M.T., FIGUEIREDO, G.L., TEIXEIRA, G.C.A. Dorsal radial artery catheterization for invasive blood pressure monitoring. Rev Bras Ter Intensiva, v. 32, n. 1, p. 153-55, 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE – 2021. Governo do Distrito Federal.

V.1.9.7.7. Oxigenoterapia por Cateter Nasal

1. OBJETIVO

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Cateter nasal (tamanho apropriado ao paciente);
- Extensão de látex;
- Esparadrapo ou micropore;
- Fita adesiva;
- Umidificador;
- Água destilada estéril ou SF 0,9%;
- Gaze;
- Luvas de procedimento (proteção do servidor).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos; explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.

- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Levar o material para o quarto do paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Datar o umidificador com fita adesiva;
- Unir o cateter à extensão de látex e ao umidificador, observar o nível de água destilada ou SoroFisiológico 0,9%;
- Abrir a válvula do fluxômetro e manter fluindo um pouco de oxigênio;
- Calçar luvas;
- utilizando o dispositivo nasal especificado na prescrição; para cânula tipo óculos, posicionar as prongas nas narinas e ajustar sobre as orelhas, sem introdução profunda. Cateter nasofaríngeo exige POP próprio
- Fixar o cateter com esparadrapo sobre a face, nariz ou testa do paciente;
- Ajustar o fluxo conforme prescrição ou protocolo de emergência e titular para a meta individual de SpO_2, reavaliando resposta clínica, frequência respiratória, conforto e integridade da pele.
- Pedir para o paciente respirar pelo nariz a fim de aproveitar totalmente o Oxigênio;
- Retirar as luvas;
- Guardar o material após o uso;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário, com letra legível.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica ou até melhora do quadro do paciente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Observar o paciente durante o tratamento;
- Inspecionar o dispositivo e a pele regularmente. Trocar a cânula/cateter conforme instruções do fabricante, sujidade, perda de integridade, obstrução, contaminação ou protocolo institucional.
- Utilizar preferencialmente o cateter tipo óculos caso haja na unidade.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume por minuto de oxigênio.

10. REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n.7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen. com.br. Acessado em: 31/07/2022.

NUNES, R.S., TAMAKI, C.M., PENHA, H.H.R.P., TERRA, J.C.M.T., FIGUEIREDO, G.L., TEIXEIRA, G.C.A. Dorsal radial artery catheterization for invasive blood pressure monitoring. Rev Bras Ter Intensiva, v. 32, n. 1, p. 153-55, 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE – 2021. Governo do Distrito Federal.

V.1.9.7.8. Balanço Hídrico

1. OBJETIVO

Controle da ingestão e eliminações diárias do paciente mantendo o equilíbrio hídrico no organismo.

2. APLICABILIDADE

- Unidade de Observação
- Pronto Socorro e outros.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- BH – BALANÇO HÍDRICO;
- SNE – SONDA NASOENTÉRICA;
- SOE – SONDA OROENTÉRICA;
- N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Formulário específico para Balanço Hídrico;
- Caneta;
- Bandeja
- Frasco graduado;
- Comadres e ou Papagaio,
- Luvas de procedimentos.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;

- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.

O controle de balanço hídrico é um procedimento muito importante no acompanhamento de um paciente crítico, pois ele é o processo que mede a ingestão e eliminação de líquidos do paciente, sendo um dos fatores de prevenção a outras patologias.

BH parcial – realizado a cada a cada 2h, 4h ou 6h) em consonância com a permanência temporária da Sala Vermelha/Observação.

BH total – realizado a cada 24 horas.

BH positivo (+): quando o total administrado for maior que o total eliminado.

BH negativo (-): quando o total eliminado for maior que o total administrado.

- Confirmar paciente;
- Apresentar-se e orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- O paciente deve ser pesado diariamente, no mesmo horário, com a mesma vestimenta sempre que possível;
- Todos os registros para o BH são feitos em formulário próprio, no qual devem constar as identificações do paciente como: nome completo, data de nascimento ou número do prontuário, número do leito (localização), data e hora;
- Registrar todos os volumes ofertados e/ou administrados por SNE/SOE, via oral ou parenteral, hemoderivados, em local apropriado com a identificação das infusões e/ou ofertas e registrar todos osvolumes eliminados como diurese, vômito, fezes e drenagem de sondas e drenos (todas as perdas devem ser medidas o volume);
- Calçar luvas de procedimentos;
- Pesar fraldas antes de colocar no paciente e depois quando retirar;
- Perdas no leito (urina, fezes, sangramento, vômitos) devem ser debitadas, no adulto com valores de no mínimo 10 ml, quando as fezes forem normais medir com cruzes: (+) pequena quantidade, (++)média quantidade, (+++) grande quantidade;
- Quando tiver suspenso alguma infusão a ser administrada (dieta, soro, medicação, encaminhamentopara cirurgia etc.) a mesma deve ser registrada no formulário;
- Ver saldos das infusões contínuas e zerar as bombas de infusão identificando o volume infundido nos frascos de soro;

- Fazer o BH parcial: no final de cada turno de 06 horas. Somando os valores administrados e eliminados no final de cada período 12h;
- Para o cálculo total de 24 horas devem ser somados os valores do balanço parcial diurno e noturno epara o cálculo final subtraímos o valor total de entradas pelo valor total saídas.

6. PERIODICIDADE

- BH parcial – realizado a cada 6 horas (18:00h; 24:00 h; 06:00 h e 12:00 h);
- BH total – realizado a cada 24 horas.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Para o cálculo total de 24 horas devem ser somados os valores do balanço parcial diurno e noturno epara o cálculo final subtraímos o valor total de entradas pelo valor total de saídas.
- O balanço hídrico deve ser fechado pelo técnico de enfermagem e também pelo enfermeiro para que,seja realizada a dupla conferência.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Realizar as anotações de enfermagem a registrar os volumes em Formulário específico para Balanço Hídrico;
- Controlar a diferença entre o ganho e a perda de líquidos durante um intervalo proposto.

10.REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispões sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em http://www.portalcofen. com.br. Acessado em 31/07/2022

BALANÇO HÍDRICO NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE CORONARIANA – acessado em nov 2022:
http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/380/pd

POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

V.1.9.7.9. Higiene do Couro Cabeludo

1. OBJETIVO

Estimular a circulação do couro cabeludo, proporcionar bem-estar e conforto ao paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja contendo:
- Bacia com água morna;
- Balde;
- Sabão neutro ou Xampu;
- Pente;
- Um lençol ou toalha de banho;
- Luvas de procedimento;
- Impermeável ou Saco plástico.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado;

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;
- Retirar o travesseiro;
- Colocar o lençol ou toalha sob a cabeça do paciente para evitar molhar a região dorsal;
- Sustentar a cabeça do paciente com a ajuda de outro servidor;
- Proteger os ouvidos do paciente com algodão;
- Molhar, ensaboar e enxaguar o couro cabeludo fazendo uma leve massagem com as polpas digitais;
- Secar bem com o lençol ou toalha;
- Retirar o algodão dos ouvidos;
- Retirar as luvas e avental, lavar as mãos;
- Pentear os cabelos do paciente ou incentivá-lo a fazê-lo;
- Reorganizar a unidade e recolher o material;
- Anotar no prontuário e supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Ao realizar o banho.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não se aplica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem

9. REGISTRO(S)

Realizar a anotação de enfermagem, observar alterações no couro cabeludo como: lesões, presença de parasitas, hiperemias, lesão por pressão, comunique o enfermeiro

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM. Disponível em: http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php? página=1671500195. Acesso em 14 de julho de 2023.

V.1.9.7.10. Higiene Íntima Feminina

1. OBJETIVO

Proporcionar higiene, conforto e bem-estar a paciente, evitando possíveis infecções.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A- Não se aplica

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja contendo:
- Uma jarra
- Luvas de procedimento
- Avental impermeável
- Sabão neutro
- Água morna
- Saco de lixo
- Comadre
- Gaze
- Hamper
- Biombo
- Lençol ou cueiro (para forro)
- Luva para banho ou compressas limpas.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;

- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente ou ao acompanhante;
- Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;
- Trazer o hamper próximo ao leito e biombo preservando a privacidade do paciente;
- Colocar a paciente em posição ginecológica retirando a calcinha ou fralda;
- Colocar o forro e a comadre sob a região glútea;
- Irrigar a vulva com água;
- Ensaboar e enxaguar a região vulvar por fora, de cima para baixo;
- Afastar os grandes lábios e lavar no sentido antero-posterior, sem atingir o ânus;
- Lavar o ânus por último;
- Irrigar a vulva com água limpa;
- Retirar a comadre;
- Enxugar a vulva com o forro que está sob a paciente;
- Retirar o forro;
- Colocar o material usado, no hamper;
- Deixar a paciente confortável;
- Realizar a limpeza da comadre;
- Retirar as luvas e o avental;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário

6. PERIODICIDADE

Diariamente e sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Em casos de sinais de infecção ou lesões na região genital, comunicar o enfermeiro.

8.RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

10.REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM. Disponível em: http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php? página=1671500195. Acesso em 14 de julho de 2023.

V.1.9.7.11. Higiene íntima masculina

1. OBJETIVO

Proporcionar higiene, conforto e bem-estar ao paciente, evitando possíveis infecções.

2. APLICABILIDADE

Proporcionar higiene, conforto e bem-estar ao paciente, evitando possíveis infecções.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja;
- Jarra;
- Sabão neutro;
- Água morna;
- Saco de lixo;
- Gaze;
- Forro;
- Biombo;
- Hamper ;
- Luvas de procedimentos;
- Avental impermeável;
- Comadre.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos; explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;

- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Trazer o hamper próximo ao leito e biombo preservando a privacidade do paciente;
- Se apresentar ao paciente,
- Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante;
- Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;
- Posicionar o paciente expondo somente a área necessária para a higienização;
- Colocar o forro e a comadre sob a região glútea;
- Irrigar a região genital;
- Afastar o prepúcio para trás;
- Iniciar a higiene ensaboando a glande e em seguida todo o corpo do pênis;
- Irrigar com água, retirando o sabão;
- Ensaboar e lavar a região anal;
- Irrigar com água para retirar o sabão;
- Retirar a comadre e enxugar a região;
- Reposicionar o prepúcio;
- Retirar o forro e deixar o paciente confortável;
- Realizar a limpeza da comadre;
- Retirar as luvas e o avental;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Diariamente e sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Caso apresente sinais de infecção ou lesões na região genital comunique o enfermeiro.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM. Disponível em: http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php?página=1671500195. Acesso em 14 de julho de 2023.

V.1.9.7.12. Higiene ocular

1. OBJETIVO

Manter a higiene dos olhos, evitando o acúmulo de secreção e infecções.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A- Não se aplica

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja;
- Água;
- Gazes não estéreis;
- Luvas de procedimento;
- Cuba pequena;
- Toalha de rosto ou compressa.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos; explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado;
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Apresentar-se;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Calçar as luvas;

- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Umedecer a gaze com a solução fisiológica ou água;
- Proceder à limpeza do ângulo interno do olho ao externo, utilizando o lado da gaze somente uma vez, repetir quantas vezes forem necessárias; remover delicadamente a secreção, partindo da parte interna do olho;
- Secar delicadamente;
- Deixar o paciente confortável;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Reorganizar a unidade e recolher os materiais;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Diariamente e sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Em casos alteração no globo ocular como: hiperemia, secreção ou prurido, comunique o enfermeiro.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro,Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2021/2023, Pág 04.

V.1.9.7.13. Higiene oral

1. OBJETIVO

- Reduzir a colonização da orofaringe e, consequentemente, diminuir os riscos de infecção respiratória. Controlar o biofilme na cavidade bucal e hidratar os tecidos intra e peribucal;
- Prevenir a formação de úlceras e lesões da mucosa, evitar ou reduzir a halitose e proporcionar conforto ao paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- S/N – Se necessário;
- RN – Recém-Nascido.
- N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja contendo:
- Solução antisséptica ou solução bicabornatada ou água destilada (para RN) / creme dental;
- Lubrificante para os lábios S/N;
- Copo com água e canudo S/N;
- Seringa de 20 ml ou 10 ml (para crianças ou RN);
- Cânula de Guedel S/N;
- Forro ou toalha;
- Aspirador montado;
- Sonda de aspiração;
- Espátulas envoltas com gaze ou escova de dentes;
- Luva de procedimento;
- Óculos de proteção (quando paciente com muita secreção)
- Máscara.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Requisitos transversais:
- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos; explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal (45□);
- Realizar paramentação com máscara, óculos e luvas;
- Colocar uma toalha protegendo o tórax e pescoço do paciente;
- Proceder à limpeza de toda a boca e língua do paciente, usando espátulas embebidas em soluçãoantisséptica ou água;
- Enxaguar a cavidade oral com a solução, e proceder à aspiração ao mesmo tempo;
- Enxugar os lábios e hidratá-los;
- Manter o paciente confortável;
- Retirar as luvas, a máscara e os óculos;
- Lavar as mãos;
- Reorganizar a unidade e recolher o material
- Realizar a limpeza dos óculos de proteção
- Anotar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Diária, após as refeições ou de acordo com a prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Em casos de alergia, sangramentos, mobilidade dental, lesões, dor ou inflamação na cavidade oral, suspenda o procedimento e comunique o enfermeiro;
- A equipe de enfermagem deve solicitar auxílio ao cirurgião-dentista em toda situação adversa, tais como: patologias associadas, dentes com mobilidades, lesões de mucosa, sangramentos de origem bucal, presença de aparelhos fixos ou móveis e outras.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

10.REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM. Disponível em: http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php? página=1671500195. Acesso em 14 de julho de 2023.

V.1.9.7.14. Sondagem nasoentérica

1. OBJETIVO

- Manter o suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico, complementar os nutrientes em pacientes que não conseguem manter a ingestão adequada mais possuem a função do trato intestinal parcial ou totalmente íntegra;
- Administrar medicamentos prescritos por via oral a pacientes com incapacidade de deglutição.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- SNE - Sondagem nasoentérica.
- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- N/A – Não se aplica

4. MATERIAL UTILIZADO

- Sonda Dobb Hoff com fio guia (tamanho compatível com o paciente);
- Gazes;
- Seringa de 10 ou 20 ml;
- Esparadrapo ou micropore;
- Estetoscópio;
- Lubrificante (Xilocaina gel);
- Água destilada estéril;
- Luvas de procedimento;
- Toalha de rosto

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;

- Verificar alergias e riscos; explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos conforme PNSP;
- Apresentar-se ao paciente;
- Explicar para o paciente ou acompanhante o procedimento e a finalidade;
- Examinar a permeabilidade e a condição da pele de cada uma das narinas;
- Revisar na prescrição médica tipo de sonda e o esquema de alimentação enteral;
- Ficar no mesmo lado do leito da narina de inserção e ajudar o paciente a assumir posição de Fowler, a menos que contra-indicado. Colocar um travesseiro atrás da cabeça e dos ombros;
- Calçar as luvas;
- Pergunte ao paciente sobre problemas nas narinas (dificuldade para respirar devido a desvio de septo ou adenóide)
- Pergunte ao paciente sobre preferência (narina D ou E).
- Proteja o tórax com papel toalha.
- Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida ao apêndice xifoide, mantendo técnica limpa;
- Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter)
- Injete água na sonda para lubrificá-la (se a sonda não for pré-lubrificada).
- Reintroduza o fio guia na sonda.
- Lubrifique a sonda com o gel lubrificante anestésico na sonda selecionada com a compressa de gaze.
- Solicite ou auxilie o paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax.
- Introduza a sonda suavemente pela narina escolhida até atingir a epiglote.
- Solicite ao paciente que faça movimento de deglutição para facilitar a passagem da sonda a pela epiglote.
- Retorne a cabeça para a posição ereta.

- Continue introduzindo a sonda com suavidade até a marca.
- Conecte uma seringa de 20 ml, aspire o conteúdo gástrico e injete de 10 a 20 ml de ar pela sondae ausculte simultaneamente o quadrante abdominal superior esquerdo para se certificar quanto ao posicionamento da sonda (gástrica);
- Abaixe a cabeceira da cama e posicione o paciente em decúbito lateral direito (se possível).
- Retire o adesivo da sonda (marca) e introduza mais 10 a 15 cm, considerando o porte físico do paciente.
- Retire o fio guia, tracionando-o firmemente e segurando a sonda para evitar que se desloque.
- Injete 20 ml de ar e observe o retorno menor que 10 ml e com dificuldade.
- Faça a fixação da sonda com adesivo hipoalergênico, e de maneira que a sonda não pressione a asa do nariz.
- Retire as luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção.
- Deixe o paciente confortável.
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Durante a introdução não force a sonda se encontrar resistência ou o paciente começar a tossir, engasgar ou ficar cianótico, interromper a passagem da sonda e puxe-a para trás;
- Deixar o paciente confortável e o ambiente organizado;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- Antes da administração da primeira dieta, recomenda-se um RX de abdome para certificar-se do posicionamento da sonda;
- Encaminhe o paciente para controle radiológico com o pedido médico ou aguarde para que seja realizado no leito. Certifique-se que o RX seja avaliado pelo médico, confirmado a localização da sonda e liberado para uso.
- Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

- Se a sonda estiver alocada no pulmão, para retirá-la deve-se providenciar o carro de emergência próximo ao doente, solicitar a presença do médico e seguir orientações médicas de monitoramento do paciente após a retirada;
- Na retirada da sonda oro ou nasoenteral repetir os 5 primeiros itens do protocolo acima descrito e retirar a sonda puxando lentamente em movimentos rotatórios. Desprezá-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável;
- Lavar a sonda com água filtrada após administração de dieta enteral para não obstruir o cateter.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro

9. REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

10.REFERÊNCIAS

POTTER, P. A.&PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2023. BRASÍLIA (DF). Governo do Distrito Federal.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE – 2021. Governo do Distrito Federal.

V.1.9.7.15. Sondagem Nasogástrica

1. OBJETIVOS

Descomprimir o estômago, drenar líquidos intra-gástricos, realizar lavagem gástrica, alimentação, diagnosticar motilidade intestinal e administrar medicamentos.

Uso frequente da SNG no PA para descompressão e lavagem gástrica/carvão ativado em intoxicações agudas.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- SNG – Sonda Nasogástrica;
- SOG - Sonda Orogástrica;
- AD - Água Destilada;
- CCIH – Comissão De Controle De Infecção Hospitalar;
- N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Sonda Gástrica (compatível com o paciente);
- Seringa de 05, 10 ou 20 ml (conforme paciente);
- Gazes;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Esparadrapo ou micropore;
- Estetoscópio;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;

- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos; explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS; reavaliar e registrar o cuidado;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos conforme protocolo CCIH;
- Apresentar-se ao paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o paciente com cabeceira elevada a 45º (DLE evita aspiração do conteúdo gástrico);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida ao apêndice xifoide(+ até 3 cm abaixo do apêndice xifóide no adulto);
- Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter).
- Lubrificar a sonda;
- Solicitar ao paciente para manter o pescoço em ligeira flexão durante a introdução da sonda e deglutir várias vezes;
- Introduzir a sonda lentamente até a altura delimitada com esparadrapo;
- Observar aparecimento de tosse, cianose, sinais de estimulação vagal, bradicardia e apnéia;
- Injetar ar rapidamente com a seringa e concomitantemente colocar o estetoscópio sobre o estômago procurando ouvir um ruído borbulhante;
- Posicionar a sonda corretamente;
- Deixar a sonda aberta, se prescrito;
- Anotar secreção drenada se houver;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Na retirada da SNG repetir os 5 primeiros itens do protocolo acima descrito e retirar a sonda puxando lentamente em movimentos rotatórios. Desprezá-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, P. A. & PERRY,A.G. Fundamentos de Enfermagem .9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A.2022

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE – 2021. Governo do Distrito Federal.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2021/2023.

V.1.9.7.16. Coleta De Material para Urocultura

1. OBJETIVO

Direcionar o tratamento médico na escolha de antibióticos específicos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A – Não se aplica.
- SAE – sistematização da assistência de enfermagem.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Frasco estéril;
- Sabão neutro;
- Cuba rim esterilizada;
- Etiqueta do paciente;
- Luva esterilizada e de procedimento;
- Seringa, agulha e algodão com álcool (para pacientes sondados)

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos; explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Realização de COLETA DE MATERIAL PARA UROCULTURA

- Verificar prescrição médica;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente sobre o procedimento e solicitar sua colaboração;
- Avaliar o entendimento do paciente quanto ao propósito do exame e método de coleta;
- Calçar luvas de procedimento (técnica asséptica);
- Proceder à higiene da genitália com água e sabão neutro;
- Calçar luvas estéreis;
- Desprezar o 1º jato de urina e o jato médio coletar;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Rotular o frasco;
- Encaminhar material imediatamente após coleta não ultrapassando o período de 2h após coleta;
- Realizar registro de enfermagem na folha de controle;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

De acordo com solicitação médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Quando o paciente estiver sondado realizar a coleta de urina para urocultura executando desinfecção com algodão e álcool a 70% no local próprio da sonda para a aspiração, aspirando a quantidadenecessária de urina para o exame,
- Em RN ou neonato realizar a coleta através de sondagem vesical.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento anotar em prontuário e SAE.

10.REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia Ann, PERRY, Anne Griffine. Fundamentos de enfermagem. Elsevier, Rio de Janeiro, 9ª edição, 2022.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2021/2023.

V.1.9.7.17. Lavagem Intestinal

1. OBJETIVO

Promover o esvaziamento intestinal para a realização de exames, procedimentos cirúrgicos ou evitar distensão abdominal.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- OBS – Observação.
- RN – Recém-Nascido.
- N/A – Não se Aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Solução prescrita;
- Impermeável, forro e fralda (crianças);
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Papel higiênico;
- Comadre;
- Suporte de soro;
- Biombos;
- Sonda retal (tamanho adequado ao paciente);
- Gazes;
- Equipo de soro;
- Luvas de procedimento e máscara, gorro, óculos e avental.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;

- Verificar alergias e riscos; explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Conferir prescrição médica;
- Reunir o material e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Preservar a privacidade do paciente utilizando biombos para cercar o leito;
- Lavar as mãos;
- Conectar o equipo no frasco de solução;
- Retirar o ar do equipo;
- Colocar o suporte do soro, junto ao leito;
- Colocar a comadre sobre o leito;
- Colocar um impermeável sob as nádegas do paciente, para proteger a cama ou forro/fralda;
- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com o joelho direito flexionado. (Posição de Sims), deixando-o coberto. As crianças devem ser posicionadas em decúbito dorsal.
- Colocar o frasco com a solução, conectado ao equipo no suporte;
- Adaptar a sonda, deixar correr um pouco da solução na comadre, para expelir o ar;
- Colocar a máscara e calçar as luvas;
- Lubrificar a ponta da sonda retal;
- Dobrar o lençol e, com a mão esquerda, afastar a prega interglútea, expor a região anal;
- Introduzir a sonda no reto em direção à cicatriz umbilical. Pedir para o paciente respirar profundamente;
- Adulto- 7,5 a 10 c. Crianças- 5 a 7,5 cm. Lactentes- 2,5 a 3,7 cm.

OBS: Introduzir a sonda com cuidado e lentamente para evitar lesões.

- Não deixar entrar ar no intestino, quando a solução estiver acabando;
- Abrir a pinça do equipo e deixar o líquido correr lentamente;
- Fechar a pinça e retirar a sonda;
- Desprezar a sonda em local adequado após envolvê-la em papel higiênico;

- Aconselhar o paciente a reter a solução;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal, e levantar a cabeceira do leito;
- Colocar o paciente na comadre ou levar ao banheiro, deixar o papel higiênico à mão;
- Retirar a comadre e levar ao banheiro, desprezar o conteúdo, e encaminhar ao expurgo para a limpeza;
- Retirar as luvas;
- Oferecer o material para lavagem das mãos do paciente e/ou higiene íntima;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário a realização do procedimento e intercorrências quando houver;
- Monitorar sinais vitais;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Diminuir ou interromper o fluxo de líquidos, se o paciente acusar dor;
- Quando o líquido não correr por obstrução da sonda, fazer movimentos delicados com a mesma, ousubstituí-la, se estiver obstruído;
- Em caso de RN retirar a fralda, após a eliminação fecal, pesando e desprezando-a. Anotar o peso na anotação de enfermagem.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro; Técnico De Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Em prontuário e SAE, após término do procedimento.

10.REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia Ann, PERRY, Anne Griffine. Fundamentos de enfermagem. Elsevier, Rio de Janeiro, 2022, p. 1390-1440.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE – 2021. Governo do Distrito Federal.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2021/2023.

V.1.9.7.18. Curativo Cateter Venoso Periférico

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínearelacionada ao cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- P = data da punção;
- T = data da troca do curativo, Número do Abocath;
- AB nº XX e NOME Número do Abocath do profissional que realizou o curativo
- N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja
- Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- Solução alcoólica a 70%;
- Caneta;
- Kit material para curativo estéril;
- Fita microporosa hipoalergênica;
- Esparadrapo

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;

- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Umedecer a gaze estéril com soro fisiológico 0,9%;
- Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9% iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo;
- Umedecer a gaze estéril com solução alcoólica a 70%;
- Realizar antissepsia iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo;
- Deixar secar espontaneamente;
- Fixar o cateter com fita microporosa hipoalergênica ou esparadrapo, conforme as condições da pele do paciente;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo,Número do Abocath AB nº XX e NOME do profissional que realizou o curativo (fig. 1);
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;

- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição.

6. PERIODICIDADE

Todos os setores.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro.
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar em prontuário.

10.REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

TOCANTIS. Manual de normas, rotinas e protocolo de enfermagem do Estado do Tocantins. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/486386/. Acesso em: 23 jul. 2023.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE – 2021. Governo do Distrito Federal.

V.1.9.7.19. Curativo de Cateter Venoso Central com Filme Transparente

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínearelacionada ao cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- P - Data da punção;
- T - Data da troca do curativo e nome do profissional;
- PICC - Cateter de Inserção Periférica Central;
- N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- 01 Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- 01 Caneta;
- 10 ml Solução alcoólica a 70%;
- 01 Filme transparente;
- Luvas de procedimento;
- 01 Avental de mangas longas;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;

- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Umedecer a gaze estéril com soro fisiológico 0,9%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9%, inicie pelo sítio de inserção do cateter ampliando o campo;
- Umedecer a gaze estéril com solução alcoólica a 70%;
- Realizar antissepsia, inicie pelo sítio de inserção do cateter, ampliando o campo;
- Deixar secar espontaneamente;
- Remover papel protetor, posicionar a parte do curativo composta de película sobre a pele do pacientedeixando o sítio de inserção do cateter centralizado;
- Remover o restante dos papéis protetores e molde a película ao redor do cateter;

- Fixar o cateter à pele do paciente com fita, após aplicado o filme transparente no sítio de inserção;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo enome do profissional;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Manter o ambiente em ordem
- Realizar as anotações no prontuário do paciente
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem
- Na presença de sujidades, sangramentos, sinais flogísticos ou quando o filme estiver úmido, solto ou com a integridade comprometida, comunicar o enfermeiro
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril
- Em caso de falta do filme transparente e/ou quando o cateter estive posicionado na região de jugular, realizar o curativo simples

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, o procedimento deverá ser registrado em prontuário.

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2017. Atualizado em 26/10/2023 10h57.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2021/2023, Pág 04.

V.1.9.7.20. Curativo Cateter Venoso Central Simples

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínearelacionada ao cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- P = data da punção;
- T = data da troca do curativo e nome do profissional;
- PICC= Cateter de Inserção Periférica Central.
- N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- 01 Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- 10 ml Clorexidina alcoólica a 2%
- 01 Caneta;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;

- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Umedecer a gaze estéril com soro fisiológico 0,9%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9% iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo;
- Umedecer a gaze estéril com Clorexidina alcoólica a 2%;
- Realizar antissepsia iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo.
- Deixar secar espontaneamente;
- Dobrar uma gaze ao meio e colocá-la na inserção do cateter;
- Fixar o cateter à pele do paciente com fita microporosa hipoalergênica;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo enome do profissional

- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril;
- Para remoção do filme transparente, solte a parte fenestrada e puxe-o paralelamente à pele com uma das mãos, enquanto a outra segura o cateter;
- Tipos de CATETERES CENTRAIS: Mono lumen, duplo lumen simples e para hemodiálise, PICC (Cateter de Inserção Periférica Central, Cateter de Flebotomia;

8. RESPONSÁVEL(S)

- Enfermeiro;
- Executantes: enfermeiro e técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar em prontuário.

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2017. Atualizado em 26/10/2023 10h57.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2021/2023, Pág 04.

V.1.9.7.21. Curativo em Cateter de Duplo LÚMEN (CDL)

1. OBJETIVO

Evitar tração do cateter, infecção e elevar o período de permanência do mesmo.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI – Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Clorexidina Alcoólica 0,5% (1ª opção) ou PVPI Degermante e Álcool 70% (2ª opção);
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Fita Microporosa;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos; explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;

- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente em posição fowler ou sentado;
- Lateralizar a cabeça do paciente ao lado contrário do CDL, se este estiver localizado em região cervical. Se o CDL estiver inserido em região femoral, orientar o paciente a manter-se em decúbitodorsal com membros inferiores estendidos e em repouso. Expor a área do cateter;
- Calçar luvas de procedimento e retirar o curativo cuidadosamente, evitando tracionar o CDL;
- Retirar as luvas de procedimento e preparar o material, abrindo o pacote de curativo estéril;
- Calçar as luvas estéreis;
- Observar o sítio de inserção, identificando a presença de sinais de infecção e exsudato;
- Iniciar limpeza com gazes umidificadas em soro fisiológico 0,9%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional, para fora;
- Repetir este processo quantas vezes for necessário, trocando a gaze a cada vez;
- Posteriormente realizar antissepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% (1º opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em FALTA, escolher O PVPI DEGERMANTE (2ª opção). Realizar fricção no óstio de inserção do cateter com as gazes úmidas com PVPI degermante até criar espuma, em torno de um minuto a dois minutos;
- Posteriormente, limpar a região com Soro Fisiológico 0,9%, retirando todo o PVPI degermante presente;
- Utilizar gazes umedecidas com ÁLCOOL 70% no óstio de inserção do cateter e na pele ar redor, em movimentos circulares;
- Secar, se necessário;

- Ocluir o óstio (local de inserção do cateter) com gaze estéril e microcopore ANTES de fazer a desinfecção da bifurcação do dispositivo;
- Fazer a desinfecção da bifurcação com Clorexidina 0,5% Alcoólica e na FALTA desta, USAR Álcool 70%;
- Ocluir a bifurcação do cateter com uma bolsa adequada (copinho);
- Posicionar o cateter de forma que não o dobre;
- Deixar o paciente seguro e confortável;
- Sempre desprezar o material contaminado em saco plástico;
- Organizar o material, descartando materiais sujos no saco plástico e este no expurgo, atentando para o descarte do perfurocortante em lixo específico;
- Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;
- Retirar as luvas, máscara e higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário, registrando as características do óstio de inserção do CDL e área periférica, a solução e o tipo de cobertura utilizada;
- Assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

- Trocar a cada 48 Horas (Dia Sim E Dia Não);
- Trocar o curativo sempre que houver necessidade (solto, sujo, molhado);
- Quando o óstio estiver com drenagem de exsudato e sinais flogísticos, realizar o curativo diariamente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES CATÉTER VENOSO CENTRAL DE DUPLO LÚMEN - SUSPEITA DE INFECÇÃO:

- Presença de secreção purulenta no óstio do CDL ou celulite.
- Presença de eritema, edema e dor que se extende por mais de 2cm no trajeto do túnel a partir do óstio do CDL.
- Presença de hipertermia sem outro foco.

CUIDADOS COM O CATETER DE DÚPLO LÚMEM:

- Manipular o cateter com técnicas assépticas, luva e material estéril;
- Proteger a inserção do cateter com curativo estéril (curativo estéril, fechando primeiramente o óstio e posteriormente desinfectando as vias com álcool).
- Realizar tricotomia em FACE nos pacientes do sexo Masculino (para facilitar a fixação e limpeza do cateter).
- Realizar curativo sempre que o mesmo apresentar-se solto, sujo ou úmido.
- Sempre anotar as características do óstio de inserção após as trocas de curativo.
- Manter o cateter bem fixado e posicionado de forma a evitar dobras em seu curso natural;
- Manter o paciente com cateter femoral em repouso no leito, evitando a flexão do membro em que o cateter está inserido, para evitar traumatismos e manter a permeabilidade das vias e evitar infecção;
- Evitar a reinserção de um cateter que se exteriorizou do local de saída, prevenindo a bacteremia;
- Observar também os pontos de fixação do cateter. Se não estiverem presentes, comunicar ao médico responsável e ter cuidados extremos durante a troca de curativo;
- Comunicar ao médico responsável casos de hiperemia e secreção drenada pelo óstio de inserção dodreno, pois são sinais de infecção, além dos episódios de hipertermia e calafrios;
- Colher cultura de ponta de cateter, seguindo normas da CCIH, quando retirar os cateteres indicados.

CUIDADOS NA MANUTENÇÃO DE CATÉTER DUPLO LÚMEN:

- Lavar as mãos antes de iniciar o curativo e após o término do mesmo.
- Não molhar, nem submergir os dispositivos intravasculares. Para o banho do paciente, protegê-locom cobertura impermeável (Plástico).
- Caso aconteça a saída de parte do cateter, este não deverá ser reposicionado. O médico deve serimediatamente comunicado.
- Fazer desinfecção das conexões com álcool a 70% antes de qualquer manipulação.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9.REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10.REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2017. Atualizado em 26/10/2023 10h57.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2021/2023, Pág 04.

V.1.9.7.22. Curativo em Dreno de Tórax

1. OBJETIVO E APLICABILIDADE

Evitar infecção no óstio de inserção, complicações, e tração do dreno.

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

2. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico
- N/A – Não se aplica

3. MATERIAL UTILIZADO

- EPI – Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Clorexidina alcoólica 0,5% (1ª opção) ou álcool a 70% (2º opção);
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Fita Microporosa;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo;

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos; explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;

- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Posicionar o paciente em posição Fowler ou semi-Fowler;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo oclusivo do paciente, colocando os resíduos no saco de lixo;
- Observar o óstio de inserção quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato;
- Observar se existe a presença de secreção nas gazes que foram retiradas para posterior anotação(pequena quantidade de secreção serosanguinolenta é normal);
- Palpar a área adjacente à procura de enfisema subcutâneo e crepitações;
- Retirar luvas de procedimento;
- Preparar o material asséptico e calçar luvas estéreis;
- Realizar a limpeza do óstio de inserção do dreno em movimentos semicirculares, de dentro para fora;
- Limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com soro fisiológico e com movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido; secar se necessário;
- Posteriormente realizar antissepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% (1º opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em falta, escolher o ÁLCOOL 70%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e abrindo em movimento circular, unidirecional (de dentro para fora);
- Colocar uma fina camada de gazes embaixo e em cima do dreno, ocluindo adequadamente o óstio, fixando com fita microporosa;
- Identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.
- Realizar anotação de enfermagem: aspecto do óstio, funcionamento do dreno e as queixas do paciente.

5. PERIODICIDADE

O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente.

6. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Atualmente NÃO é recomendada a instalação de esparadrapo na extensão do tubo, pois favorece o deslocamento do mesmo durante as trocas do curativo.

7. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

8. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

9. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2017. Atualizado em 26/10/2023 10h57

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2021/2023, Pág 04.

V.1.9.7.23. Curativo em Lesão por Pressão Estágio 1

1. OBJETIVO

Prevenir a progressão da lesão para o estágio seguinte.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

Lesão por Pressão (LPP): 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.

LPP ESTÁGIO 1: Pele intacta com hiperemia que não embranquece quando realizado dígito pressão. Talfato ocorre sobre proeminência óssea.

As LPP's estágio 1 podem ser difíceis de detectar em pessoas de pele escura.



Fonte: Arquivo interno Comissão de Curativos HGP.

AGE: Ácidos Graxos Essenciais;

EPI: Equipamentos de proteção individual;

LPP: Lesão por Pressão;

N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI – Máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Hidrocolóide placa, se disponível na instituição;
- AGE;
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional, data da próxima troca.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado;
- Lavar as mãos;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Avaliar o corpo inteiro do paciente, especialmente as proeminências ósseas;

- Nas áreas com Lesão por Pressão estágio 1 , instalar uma placa de hidrocolóide em tamanho adequado;
- Se não houver placa de hidrocolóide, hidratar a pele com Ácido Graxo Essencial (AGE) a fim de manter a pele macia e elástica. Prescrever hidratação pelo menos duas vezes ao dia.

6. PERIODICIDADE

- Quando a proteção da pele acontecer com o hidrocolóide, orientamos uma média de 03 dias para a troca;
- Quando a hidratação da pele for realizada com AGE, a hidratação deve ser feita, pelo menos, duasvezes ao dia.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Seguir o protocolo de prevenção para as LPP's;
- Aproveitar o momento do banho para avaliar toda a pele corpórea do paciente a fim de identificaroutras regiões anatômicas comprometidas;
- Recortar o hidrocolóide em um tamanho maior que a lesão, cerca de 05 cm a mais nas bordas, para que a placa tenha uma aderência total na pele adjacente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10.REFERÊNCIAS

LOUREIRO, M. D. R. et al. Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas:

Algoritmo de prevenção, avaliação e tratamento. Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2025.

CALIRI, M. H. L. Feridas crônicas: diretrizes para tratamento. Ribeirão Preto, SP, 2023. Disponível em: http://eerp.usp.br/feridascronicas/diretriz_tratamento.html. Acesso em: 12 ago 2023.

EPUAP/NPUAP. Prevenção de Úlceras de Pressão - Guia de consulta rápido. Disponível em: www.npuap. org, acesso em 14 de abril de 2023

V.1.9.7.24. Curativo em Lesão por Pressão Estágio 2

1. OBJETIVO

Prevenir a progressão da lesão para o estágio seguinte.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

Lesão por Pressão (LPP): 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 comoresultado 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.

LPP ESTÁGIO 2: Ferida já aberta com perda parcial da pele. Apresenta-se como uma úlcera superficial

com o leito vermelho pálido, ou bolha que pode estar rompida ou intacta.



Fonte: Arquivo interno Comissão de Curativos HGP.AGE: Ácidos Graxos Essenciais

EPI: Equipamentos de proteção individual

LPP: Lesão por Pressão;

N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI – Máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Gazes esterelizadas;
- AGE;
- Micropore ou esparadrapo;
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional, data da próxima troca.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Lavar as mãos;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Avaliar o corpo inteiro do paciente, especialmente as proeminências ósseas;
- Com as luvas de procedimento, retire o curativo anterior;
- Retire as luvas de procedimento e calce luvas estéreis para a manipulação do leito da ferida;
- Realize a limpeza com Soro Fisiológico 0,9% a jato, passando gazes úmidas com o SF no leito da lesão, seguindo o mesmo sentido;

- Ocluir a lesão com gazes úmidas com AGE, fechando com microcore ou esparadrapo;
- Identificar o curativo;
- Retirar as luvas e encaminhar o material utilizado e o lixo ao expurgo;
- Registrar no prontuário o procedimento, a cobertura utilizada e as características da lesão e regiãoanatômica;
- Prescrever curativo duas vezes ao dia ou de acordo com a situação clínica do paciente.

6. PERIODICIDADE

- Realizar a troca duas vezes ao dia;
- Se o paciente apresentar alguma piora clínica ou intercorrência, realizar a troca somente uma vez ao dia.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Seguir o protocolo de prevenção para as Lesões por Pressão;
- Aproveitar o momento do banho para avaliar toda a pele corpórea do paciente a fim de identificaroutras regiões anatômicas comprometidas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10.REFERÊNCIAS

LOUREIRO, M. D. R. et al. Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas: Algoritmo de prevenção, avaliação e tratamento. Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2025.

CALIRI, M. H. L. Feridas crônicas: diretrizes para tratamento. Ribeirão Preto, SP, 2023. Disponível em: http://eerp.usp.br/feridascronicas/diretriz_tratamento.html. Acesso em: 12 ago 2023

EPUAP/NPUAP. Prevenção de Úlceras de Pressão - Guia de consulta rápido. Disponível em: www.npuap. org, acesso em 14 de abril de 2023

V.1.9.7.25. Curativo em Lesão por Pressão Estágio 3

1. OBJETIVO

Prevenir a progressão da lesão para o estágio seguinte.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

Lesão por Pressão (LPP): 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 comoresultado 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.

LPP ESTÁGIO 3: Lesão da pele em sua espessura total. Podem existir túneis, solapamento, com ou sem necrose. Essa fase é muito confundida com o estágio IV, mas nessa fase não temos a visualização de tecidomuscular. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de músculos, tendão e osso. Fibrina pode ou não estar presente, mas sem prejudicar a identificação da profundidade. Pode incluir descolamento e túneis. A profundidade da UPP estágio 3 pode variar. Lesões em orelha, asa do nariz, maléolos e região occipital geralmente são rasas porque a camada de tecido subcutâneo nessas áreas é estreita.




Fonte: Arquivo interno Comissão de Curativos HGP.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI – Máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Cobertura primária específica (dependendo dos tecidos presentes na ferida);
- Cobertura secundária: gazes estéreis e/ou acolchoado, compressa estéril (se necessário);
- Gazes esterilizadas;
- Fita microporosa ou esparadrapo (se necessário);
- Atadura estéril (dependendo da região anatômica);
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional, data da próxima troca.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais: confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores; verificar alergias e riscos; explicar o procedimento; higienizar as mãos nos momentos indicados; utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução; preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS; reavaliar e registrar o cuidado.

- Lavar as mãos;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Avaliar o corpo inteiro do paciente, especialmente as proeminências ósseas;
- Com as luvas de procedimento, retire o curativo anterior;
- Avaliar a ferida, identificando os tecidos e avaliando a presença de necrose e infecção;
- Secar apenas as bordas da ferida, avaliando essa área adjacente;
- Avaliar os tecidos presentes na lesão a fim de escolher a cobertura adequada;
- Utilizar a cobertura primária de acordo com o tecido presente na lesão;
- Ocluir com a cobertura secundária;
- Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;

- Registrar no prontuário o procedimento, as características da LPP, região anatômica e coberturautilizada;
- Prescrever o curativo de acordo com a cobertura escolhida.

6. PERIODICIDADE

- Realizar a troca duas vezes ao dia.
- Se o paciente apresentar alguma piora clínica ou intercorrência, realizar a troca somente uma vez ao dia e justificar nas anotações de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Seguir o protocolo de prevenção para as Lesões por Pressão;
- Aproveitar o momento do banho para avaliar toda a pele corpórea do paciente a fim de identificaroutras regiões anatômicas comprometidas;
- Escolher e utilizar a cobertura de acordo com o tecido prevalente;
- Não utilizar excesso de pomada na lesão;
- A avaliação inicial e a condução dos cuidados competem ao enfermeiro do plantão ou ao enfermeiro de referência em feridas; quando necessário, e desde que formalmente constituída, poderá ser acionada a Comissão de Curativos.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinaisde infecção).

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10.REFERÊNCIAS

LOUREIRO, M. D. R. et al. Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas: Algoritmo de prevenção, avaliação e tratamento. Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2025.

CALIRI, M. H. L. Feridas crônicas: diretrizes para tratamento. Ribeirão Preto, SP, 2023. Disponível em: http://eerp.usp.br/feridascronicas/diretriz_tratamento.html. Acesso em: 12 ago 2023 EPUAP/NPUAP. Prevenção de Úlceras de Pressão - Guia de consulta rápido. Disponível em: www.npuap. org, acesso em 14 de abril de 2023

V.1.9.7.26. Curativo em Lesão por Pressão Não Estadiável

1. OBJETIVO

Evitar infecção secundária, promover conforto ao paciente e preparar a ferida para possível desbridamentomecânico ou cirúrgico.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

Lesão por Pressão (LPP): 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.

LPP NÃO ESTADIÁVEL: Lesão identificada e visualizada por necrose em 100% de sua área. Pode se apresentar na cor preta ou amarelada.





Fonte: Arquivo interno



Fonte: Arquivo interno

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI – Máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Cobertura primária específica (dependendo dos tecidos presentes na ferida);
- Cobertura secundária: gazes estéreis e/ou acolchoado, compressa estéril (se necessário);
- Gazes esterelizadas;
- Fita microporosa ou esparadrapo (se necessário);
- Atadura estéril (dependendo da região anatômica);
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional, data da próxima troca.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;

- Reavaliar e registrar o cuidado;
- Lavar as mãos;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Avaliar o corpo inteiro do paciente, especialmente as proeminências ósseas;
- Com as luvas de procedimento, retire o curativo anterior;
- Avaliar a ferida, identificando os tecidos e avaliando a presença de necrose e infecção;
- Realizar a limpeza da ferida com SF abundantemente. Passando gazes estéreis úmidas com SF dentro da lesão a fim de retirar exsudato, corpos estranhos que podem estar presentes na ferida;
- Secar apenas as bordas da ferida, avaliando essa área adjacente;
- Avaliar os tecidos presentes na lesão a fim de escolher a cobertura adequada;
- Utilizar a cobertura primária de acordo com o tecido presente na lesão;
- Ocluir com a cobertura secundária
- Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;
- Registrar no prontuário o procedimento, as características da LPP, região anatômica e coberturautilizada;
- Prescrever o curativo de acordo com a cobertura escolhida.

6. PERIODICIDADE

- Realizar a troca duas vezes ao dia;
- Se o paciente apresentar alguma piora clínica ou intercorrência, realizar a troca somente uma vez ao dia e justificar nas anotações de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Seguir o protocolo de prevenção para as Lesões por Pressão;
- Aproveitar o momento do banho para avaliar toda a pele corpórea do paciente a fim de identificaroutras regiões anatômicas comprometidas;
- Escolher e utilizar a cobertura de acordo com o tecido prevalente;

- Não utilizar excesso de pomada na lesão;
- A avaliação inicial e a condução dos cuidados competem ao enfermeiro do plantão ou ao enfermeiro de referência em feridas; quando necessário, e desde que formalmente constituída, poderá ser acionada a Comissão de Curativos.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinaisde infecção).

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10.REFERÊNCIAS

LOUREIRO, M. D. R. et al. Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas: Algoritmo de prevenção, avaliação e tratamento. Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2025.

CALIRI, M. H. L. Feridas crônicas: diretrizes para tratamento. Ribeirão Preto, SP, 2023. Disponível em: http://eerp.usp.br/feridascronicas/diretriz_tratamento.html. Acesso em: 12 ago 2023 EPUAP/NPUAP. Prevenção de Úlceras de Pressão - Guia de consulta rápido. Disponível em: www.npuap. org, acesso em 14 de abril de 2023

V.1.9.7.27. Orientações Gerais para a Realização de Curativos

1. OBJETIVO

Realizar trocas de curativos de forma segura e organizada, prevenindo contaminação cruzada e mantendo a privacidade do paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI: máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Gazes estéreis;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Fita microporosa;
- Cobertura indicada;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;

- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja ou o carrinho de curativo;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar a parte externa do curativo (não retirar as gazes em contato e/ou aderidas ao leito da ferida);
- Retirar as luvas de procedimento;
- Calçar a luva estéril;
- Retirar as gazes em contato com o leito da ferida com luva estéril ou com auxílio de pinças estéreis;
- Com a mesma luva estéril, que retirou as gazes em contato com o leito da ferida, realizar a limpeza da mesma;
- Iniciar a limpeza da ferida: Começar limpando o leito, posteriormente as bordas e depois a áreapróxima as bordas (área Peri-ferida);
- Além do uso do SF 0,9% a jato, deve-se limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com SF 0,9% em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;
- Em ferida operatória, deve-se iniciar a limpeza na incisão cirúrgica, em um mesmo sentido (unidirecional) e posteriormente, da área adjacente, no mesmo sentido;
- Após a limpeza, secar a área adjacente e bordas, se necessário;
- Avaliar os tecidos presentes na ferida para escolher a cobertura adequada;
- Aplicar a cobertura indicada e escolhida na lesão, sempre usando técnica asséptica;
- Ocluir a lesão e realizar as trocas conforme a cobertura definida pelo enfermeiro do plantão ou de referência em feridas, ou conforme a conduta do médico responsável pelo caso;

- Identificar o curativo;
- Organizar o material;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário, citando as características da ferida e a cobertura escolhida.

6. PERIODICIDADE

O curativo deve ser trocado considerando a cobertura utilizada.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A utilização das luvas NÃO substitui a lavagem das mãos;
- TODO curativo realizado em ambiente hospitalar deve ser realizado com técnica ESTÉRIL;
- Somente a camada externa do curativo pode ser retirada com luvas de procedimento;
- NÃO RETIRAR CURATIVOS COM LUVAS JÁ UTILIZADAS EM OUTROS PROCEDIMENTOS;
- As gazes em contato com o leito da ferida devem ser retiradas com luvas estéreis e com esta mesmaluva estéril, já calçada, pode-se realizar a limpeza do leito da ferida;
- Ter bom senso: Cuidado na abertura de grandes quantidades de pacotes de gazes, pois sobrando material, NÃO SE DEVE REAPROVEITAR AS MESMAS EM OUTRA FERIDA (para evitar contaminação cruzada);
- Quando o paciente tiver mais de uma ferida, NÃO ABRIR O CURATIVO COM AS LUVAS QUE REALIZOU O ÚLTIMO CURATIVO. Deve-se TROCAR DE LUVAS E REALIZAR A LAVAGEM DAS MÃOS OU DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL GEL entre uma ferida e outra;
- OS CARRINHOS DE CURATIVOS DEVEM SER HIGIENIZADOS ENTRE CADA PACIENTEATENDIDO, PARA DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO CRUZADA, PRINCIPALMENTE EM LOCAIS COM MICROORGANISMOS MULTIRESISTENTES;
- MANTER NA PARTE SUPERIOR DOS CARRINHOS SOMENTE OS MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA CADA CURATIVO/PACIENTE;
- MATERIAL ACONDICIONADO NO CARRINHO DEVE SER MANIPULADO SEM LUVA;

- ALMOTOLIAS: troca de soluções conforme orientação da SCIH;
- NÃO POSICIONAR BANDEJA OU MATERIAS DE CURATIVOS NO LEITO DO PACIENTE;
- OBRIGATÓRIA A DESINFECÇÃO DA MESA DE MAYO/CARRINHO ENTRE UM PACIENTE E OUTRO;
- Evitar expor o paciente, mantendo a privacidade individual;
- O saco de lixo branco deve ser individual para cada paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2017. Atualizado em 26/10/2023 10h57.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2021/2023, Pág 04.

EPUAP/NPUAP. Prevenção de Úlceras de Pressão - Guia de consulta rápido. Disponível em: www.npuap. org, acesso em 14 de abril de 2023

V.1.9.7.28. Curativo em Cateter Venoso Central

1. OBJETIVO

Evitar infecções no local de inserção do cateter e as complicações da disseminação de micro-organismos para a corrente sanguínea.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI - máscara, gorro, óculos;
- Luvas de Procedimento;
- Luva Estéril;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Gaze Estéril;
- CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% (1ª opção) ou ÁLCOOL 70% (2º Opção);
- Fita microporosa;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;

- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente para não tracionar o cateter;
- Observar o sítio de inserção, identificando sinais de infecção e presença de exsudato;
- Avaliar também a área Peri-inserção, procurando dermatites, irritações e traumas na pele;
- Retirar luvas de procedimento;
- Preparar o material e calçar luva estéril;
- Iniciar limpeza com gazes umidificadas em soro fisiológico 0,9%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional, para fora;
- Repetir este processo quantas vezes for necessário, trocando a gaze a cada vez;
- Posteriormente realizar anti-sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% (1ª opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em falta, usar o ÁLCOOL70% (2ª opção), iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional (de dentro para fora);
- Secar se necessário;
- Ocluir o óstio (local de inserção do cateter) com gaze estéril e microcopore;
- Posteriormente, realizar a desinfecção da bifurcação (polifix e restante do cateter) com a solução escolhida;
- Por fim, coloque a identificação: Data, horário do procedimento e assinatura;
- Deixar o paciente seguro e confortável;

- Recolher o material, descartando materiais sujos no saco plástico e este no expurgo, atentando para o descarte dos perfurocortantes em lixo específico;
- Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;
- Retirar as luvas, máscara e higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário, registrando as características do óstio de inserção do intracath, as condições do óstio de inserção e área periférica, a solução e o tipo de cobertura utilizada;
- Assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

- TROCA: A cada 24 horas (ou seja, 01 vez ao dia);
- Trocar o curativo sempre que houver necessidade (solto, sujo, molhado)

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

CUIDADOS NA MANUTENÇÃO DO ACESSO VENOSO PROFUNDO:

- Diariamente, durante a troca de curativo, a inserção do cateter deve ser avaliada;
- Não molhar, nem submergir os dispositivos intravasculares. Para o banho de aspersão do paciente,protegê-lo com cobertura impermeável (Plástico);
- Caso aconteça a saída de parte do cateter, este não deverá ser reposicionado. Comunicar ao médico;
- Não utilizar cremes de antibióticos no sítio de inserção;
- Fazer desinfecção das conexões com álcool a 70% antes de qualquer manipulação.

OBSERVAÇÕES:

- Observar e registrar no prontuário, diariamente, o sítio de inserção a procura de sinais flogísticos;
- Em crianças, nas quais há maior perda de cateteres, a tomada de decisão deverá ser baseada nosriscos e benefícios da troca.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERÊNCIAS

ANVISA. Infecção de corrente sanguínea: Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2020.

V.1.9.7.29. Retirada de Pontos

1. DEFINIÇÃO

Procedimento de remoção de fios de sutura ou grampos utilizados para aproximação das bordas de uma ferida cirúrgica ou traumática, após avaliação do processo de cicatrização.

2. OBJETIVO

Favorecer a continuidade do processo de cicatrização.

Prevenir complicações decorrentes da permanência prolongada do material de sutura.

Avaliar as condições da ferida e identificar precocemente sinais de complicações.

3. CONTRAINDICAÇÕES

Não realizar a retirada dos pontos na presença de:

- Hiperemia intensa;
- Edema local importante;
- Exsudato purulento;
- Dor exacerbada;
- Deiscência parcial ou total da ferida;
- Sangramento ativo;
- Suspeita de infecção ou atraso na cicatrização.

Nessas situações, encaminhar para avaliação do enfermeiro e/ou equipe médica.

4. EXECUTANTE

Enfermeiro;

Técnico de Enfermagem, conforme protocolos institucionais, capacitação profissional e supervisão do enfermeiro, quando aplicável.

5. MATERIAL

- EPIs conforme avaliação de risco:
- Luvas de procedimento;
- Avental;

- Máscara cirúrgica e óculos de proteção, quando indicado;
- Pacote para retirada de pontos contendo:
- Tesoura de Íris;
- Pinça anatômica;
- Pinça Kelly, dente de rato ou Kocher;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Gazes estéreis;
- Cobertura estéril, se necessária;
- Recipiente para descarte de resíduos.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Reunir e conferir todo o material necessário.
2. Identificar o paciente utilizando, no mínimo, dois identificadores institucionais.
3. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento, esclarecendo dúvidas.
4. Avaliar a prescrição, solicitação ou protocolo institucional para retirada dos pontos.
5. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional.
6. Paramentar-se com os EPIs recomendados.
7. Posicionar o paciente de forma confortável e expor apenas a área necessária.
8. Avaliar a ferida quanto à integridade, cicatrização e presença de sinais flogísticos.
9. Realizar limpeza da incisão com gaze estéril umedecida em soro fisiológico 0,9%.
10. Segurar o nó do ponto com a pinça anatômica.
11. Cortar um dos lados do fio próximo à pele utilizando a tesoura de Íris.
12. Tracionar suavemente o fio pelo nó, removendo-o completamente.
13. Depositar os fios retirados sobre gaze para conferência e descarte.
14. Repetir o procedimento até a retirada completa ou parcial da sutura, conforme prescrição.
15. Observar a aproximação das bordas da ferida durante todo o procedimento.
16. Realizar leve compressão com gaze estéril, se necessário.
17. Aplicar cobertura quando indicado.
18. Descartar materiais e resíduos nos recipientes adequados.
19. Retirar os EPIs.

20. Higienizar as mãos.
21. Registrar o procedimento realizado no prontuário eletrônico ou físico.
22. Manter o ambiente limpo, organizado e preparado para o próximo atendimento.

NOTA:

23. Confirmar previamente o tipo de fio utilizado. Suturas absorvíveis geralmente não requerem retirada.
24. O tempo para retirada dos pontos varia conforme localização anatômica, idade, condições clínicas e processo de cicatrização, sendo frequentemente entre 7 e 14 dias.
25. Em presença de sinais de infecção, deiscência ou outras complicações, suspender o procedimento e comunicar imediatamente o enfermeiro responsável.
26. Em feridas cirúrgicas pós-operatórias, recomenda-se avaliação prévia do enfermeiro e observância da prescrição médica e dos protocolos institucionais vigentes.
27. Confirmar ao término se o número de pontos retirados corresponde ao registrado na avaliação inicial ou observado na ferida.
28. Todos os registros devem atender às recomendações do Processo de Enfermagem e da documentação profissional vigente.

7. Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498/1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 278/2003. Dispõe sobre a realização de suturas por profissionais de enfermagem.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 564/2017. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 736/2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). Parecer nº 001/2022. Revisão do Parecer nº 039/2013. Realização de sutura e retirada de pontos por profissionais de enfermagem.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). Parecer nº 039/2013. Realização de sutura e retirada de pontos por profissionais de enfermagem.

ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Atenção Básica. Versão 09. São Paulo, 2024.

POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2023. (Referência utilizada pelo Parecer COREN-SP nº 001/2022 para orientações sobre cicatrização e retirada de suturas).

V.1.9.7.30. Eletrocardiograma

1. OBJETIVO

Padronizar as ações para realização de ECG.

2. APLICABILIDADE

Pacientes com dor torácica, desconforto precordial, dispneia súbita, arritmias ou suspeita de Síndrome Coronariana Aguda (SCA).

Realização do exame e entrega ao médico assistente para laudo em até 10 minutos do atendimento inicial (Porta-ECG < 10 min).

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

ECG - Eletrocardiograma.

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Pedido de ECG;
- Eletrocardiógrafo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.

- Solicitar o pedido de ECG e o cadastro junto á recepção, conferir os dados do paciente;
- Lavar as mãos;
- Explicar ao paciente o que irá ser feito;
- Verificar se a área de colocação dos eletrodos está limpa e sem pelos;
- Realizar a tricotomia nos locais de colocação dos eletrodos se necessário;
- Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo está ligado;
- Solicitar ao paciente que exponha o tórax, punhos e tornozelos.
- Solicitar que o paciente retire relógio, correntes, chaves, celulares, etc.
- Cobrir o paciente para que o mesmo não fique totalmente exposto;
- Orientar o paciente a deitar, evitar a movimentação, tossir ou conversa, enquanto o ECG está sendo registrado, a fim de evitar artefatos;
- Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool 70%, das faces anteriores dos ante-braços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);
- Colocar os eletrodos no tórax e nos membros conforme determinado, usando eletrodos auto - adesivos ou gel hidrossolúvel ou ainda, outro material de condução (conforme orientação do fabricante);
- Iniciar o registro no eletrocardiógrafo;
- Deve-se tomar um cuidado especial para evitar a troca na posição dos eletrodos, o que dificulta a interpretação do exame;
- Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
- Retirar eletrodos;
- Limpar o gel com papel toalha;
- Finalizar o procedimento, deixando o paciente confortável.

6. PERIODICIDADE

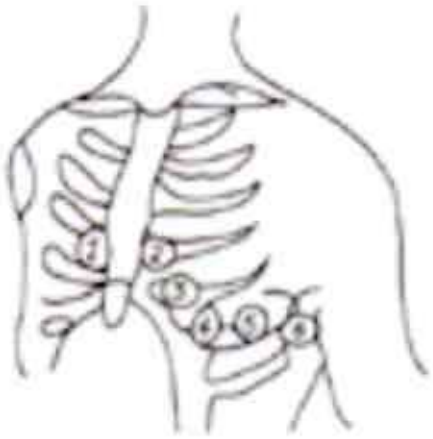
De acordo com a necessidade e após avaliação do médico ou enfermeiro.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- V1 no 4º espaço intercostal, á direita do esterno;
- V2 no 4º espaço intercostal, á esquerda do esterno;
- V3 no 5º espaço intercostal, entre v2 e v4;

- V4 no 5º espaço intercostal, na linha médio - clavicular;
- V5 no 6º espaço intercostal, na linha axilar anterior;
- V6 na linha axilar média, no 5º espaço intercostal

Ex:



DERIVAÇÕES PRECORDIAIS DE V_1 A V_6

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Téc. de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10.REFERÊNCIAS

LIMA, Sâmia Letícia Ribeiro et al. • Protocolos Operacionais Padrão HU UNIVASF/EBSERH: procedimentos técnicos multiprofissionais e de enfermagem

SANTOS, Jaqueline Aparecida dos et al. • Procedimento Operacional Padrão: realização de Eletrocardiograma Dourados: Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, 2023.

V.1.9.7.31. Desinfecção Química de Artigos Semicríticos

1. OBJETIVO

Promover desinfecção de alto nível, eliminando microrganismos na forma vegetativa presentes nos artigossemicríticos (artigos de assistência respiratória) mediante a aplicação de agentes químicos (acido peracético), evitando desta forma a propagação de focos de infecção entre pacientes, e mantendo a vida útil do artigo.

2. APLICABILIDADE

Central de material e esterilização.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- CME - Central de Material e Esterilização;
- EPI - Equipamento de Proteção Individual;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

RECEBIMENTO DE MATERIAL SUJO

Luva cano longo, avental impermeável de manga longa, calçados fechados impermeáveis e antiderrapante gorro, máscara, óculos de proteção, protetor auricular e livro de registro de entrega de material sujo dos setores externos.

LIMPEZA/ DESCONTAMINAÇÃO DO MATERIAL SUJO

Solução enzimática, torneiras com água quente, cálice graduado (dosador), recipientes de plástico comtampa, escovas (cerdas macias), escovas tubulares para limpeza.

ENXÁGUE

Torneiras com jato de água quente, torneiras com bico de pressão.

SECAGEM

Compressa cirúrgica, ar comprimido, campos duplos.

INSPEÇÃO DA LIMPEZA

Lupa.

DESINFECÇÃO

Luva cano longo, avental impermeável de manga longa, calçados fechados impermeáveis antiderrapantes,gorro, máscara, óculos de proteção, protetor auricular, cálice graduado (dosador), recipientes de plástico com tampa, seringas, torneiras com bico de pressão, compressas e campos limpos e secos, ar comprimido,fita teste e livro de controle do ácido peracético, ficha de controle de desinfecção pelo acido peracético.

ACONDICIONAMENTO E ARMAZENAGEM

Gorro, máscara, luvas, sapato fechado, caderno de registro de preparo de materiais, grau cirúrgica e seladora.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais: confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores; verificar alergias e riscos; explicar o procedimento; higienizar as mãos nos momentos indicados; utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução; preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS; reavaliar e registrar o cuidado.

RECEBIMENTO DE MATERIAL SUJO

- Paramentar-se com EPI;
- Ao receber os materiais sujos provenientes dos setores externos realizar conferência se estão completos e registrar em livro próprio do expurgo especificando o setor a que pertence o material, nomedo material, data e hora da entrega e funcionário responsável pela entrega. Caso haja algum artigo incompleto descrever essa condição no livro.;
- Ao receber material sujo da sala vermelha, da sala de sutura e das áreas de observação, conferir e encaminhar à limpeza, observando o fluxo unidirecional do item V.1.2.

LIMPEZA/DESCONTAMINAÇÃO DO MATERIAL SUJO

- Paramentar-se com EPI;
- Preparar a solução enzimática conforme orientação do fabricante em quantidade suficiente para que o artigo seja completamente imerso;
- Desmontar artigo e imergi-lo na solução preparada;
- Deixar durante o tempo recomendado pelo fabricante;
- Lavar o material com auxílio de escovas, esponja e seringa (artigos tubulares).

ENXAGUE

- Paramentar-se com EPI;
- Enxaguar com água abundantemente.

SECAGEM

- Paramentar-se com EPI;
- Dispor os artigos em balcão forrado com campos duplos limpos e secos;
- Secar os componentes cuidadosamente antes de proceder à desinfecção com compressa cirúrgicalimpa e seca;
- Utilizar ar comprimido para secagem dos artigos tubulares.

INSPEÇÃO DA LIMPEZA

- Paramentar-se com EPI;
- Realizar a inspeção visual para observar a existência de resíduos de sujidade;
- Se o artigo apresentar sujidade visível deverá retornar ao processo de limpeza inicial;
- Encaminhar para processo de desinfecção de alto nível.

DESINFECÇÃO

- Paramentar-se com EPI;
- Diluir a solução desinfetante (acido peracético) conforme as orientações do fabricante;
- Imergir totalmente os artigos secos na solução de desinfetante lembrando-se de preencher os lumenscom a solução;

- Deixar a solução de desinfetante agir pelo tempo recomendado pelo fabricante, registrar em fichaprópria a hora da imersão;
- Retirar os artigos da solução de desinfetante e enxaguar abundantemente com água filtrada;
- Registrar em ficha a hora da retirada do artigo da solução;
- Secar os artigos utilizando e compressas cirúrgicas limpas;
- Encaminhar para preparo em bandeja forrada com campos limpos e secos;
- Monitorar a solução desinfetante por meio de indicadores químicos próprios (semanalmente) e registrar em documento próprio;
- Observar a validade do ácido peracético de 30 dias.

ACONDICIONAMENTO E ARMAZENAGEM

- Paramentar-se com EPI;
- Inspecionar limpeza e secagem do artigo;
- Embalar material em grau cirúrgico; identificar com data de desinfecção, nome de quem preparou e setor ao qual pertence o artigo;
- Material da sala vermelha, da sala de sutura, das áreas de observação e demais setores assistenciais: encaminhar a cesto próprio na distribuição, com entrega ao setor de origem pelo circuito limpo, conforme fluxo unidirecional do item V.1.2.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico do CME responsável pelo expurgo e enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Registrar no livro de controle da CME: data e hora do recebimento, setor de origem, identificação e quantidade dos artigos, horários de imersão e retirada da solução desinfetante, monitoramento da

solução (indicador químico e validade), inspeção da limpeza, intercorrências, destino do material e identificação do profissional responsável, garantindo a rastreabilidade. Manter no prontuário os registros assistenciais complementares, quando o artigo for utilizado em paciente.

10.REFERÊNCIAS

Norma reguladora – NR nº 32 ANVISA: segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. 2023.

Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/rdc0042_25_10_2010.pdfhttps://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/rdc0042_25_10_2010.pdf.
Acesso em: 24 jul. 2023.

GRAZIANO, K.U; SILVA, A; PSALTIKIDIS, E. M. Enfermagem em centro de material e esterilização: Manole, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Recuperação anestésica e centro de material e esterilização (SOBECC): práticas recomendadas. 6 ed. São Paulo.

V.1.9.7.32. Lavagem, Secagem e Preparo de Artigos Críticos e Semicríticos, Convencionais

1. OBJETIVO

Receber o material contaminado e submetê-lo a todas as etapas do processo de esterilização de forma padronizada e eficiente a fim de minimizar a possibilidade de erros no processo.

2. APLICABILIDADE

Centro de Material e Esterilização

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- CME - Centro de Material e Esterilização;
- RDC - Resolução da Diretoria Colegiada;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Ficha de controle de desinfecção do expurgo, livro de registro de entrada de materiais das autoclaves, ficha de registro dos testes.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais: confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores; verificar alergias e riscos; explicar o procedimento; higienizar as mãos nos momentos indicados; utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução; preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS; reavaliar e registrar o cuidado.

CLASSIFICAR O MATERIAL EM CRÍTICO E SEMI-CRÍTICO

- Se semicrítico proceder à limpeza manual e colocá-lo no detergente enzimático pelo tempo recomendado;
- Ao retirar o material lavar com água corrente e colocar para secar no varal a fim de retirar o excesso de água;
- Colocar no ácido peracético por dez minutos, certificar-se de que o material está devidamente submerso e que não existem bolhas no interior dos mesmos;

- Registrar na ficha de controle de desinfecção;
- Retirar do ácido peracético, enxaguar secar o material;
- Encaminhar ao preparo;
- Se o material for crítico proceder limpeza manual, enzimático, enxágue, secagem e encaminhar ao preparo.

PREPARO DO MATERIAL

- Conferir o estado de limpeza do material, quantidade de peças (se alguma peça ainda estiver sujadevolver ao expurgo);
- Montar a caixa, envolver com invólucro apropriado, identificando conforme RDC 15;
- Se o artigo for semi-crítico conferir o estado de limpeza e colocar em embalagem apropriada, identificar conforme RDC ANVISA nº 15;

ESTERILIZAÇÃO DO MATERIAL

- Receber o material, devidamente preparado, registrar no livro da autoclave no qual ele vai ser processado;
- Colocar na autoclave (não esquecer o teste químico classe 5), programar a autoclave para o ciclo adequado ao tipo de material;
- Iniciar o ciclo.

RETIRADA DO MATERIAL DA AUTOCLAVE

- Passar o teste químico classe 5 para ser lido pelo enfermeiro;
- Após liberação da carga pelo enfermeiro, o material ter sido esterilizado e estar frio, armazenar nadistribuição na prateleira especifica para cada tipo de materiais;
- Caso a carga não tenha sido liberada deverá ser reesterelizada.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de enfermagem da CME e expurgo, enfermeiro da CME.

9. REGISTRO(S)

Registrar no livro de controle da CME e na ficha de controle de desinfecção: data e hora, setor de origem, identificação e quantidade dos artigos, classificação (crítico/semicrítico), etapas realizadas (limpeza, desinfecção, preparo e esterilização), carga/ciclo da autoclave, resultado do teste químico, liberação da carga pelo enfermeiro, intercorrências e identificação do profissional responsável, garantindo a rastreabilidade. Manter no prontuário os registros assistenciais complementares, quando o artigo for utilizado em paciente.

10.REFERÊNCIAS

Norma reguladora – NR nº 32 ANVISA: segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. 2023.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/rdc0042_25_10_2010.pdfhttps://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/rdc0042_25_10_2010.pdf.

Acesso em: 24 jul. 2023

GRAZIANO, K.U; SILVA, A; PSALTIKIDIS, E. M. Enfermagem em centro de material e esterilização: Manole, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Recuperação anestésica e centro de material e esterilização (SOBECC): práticas recomendadas. 6 ed. São Paulo.

V.1.9.7.33. Monitorização Cardíaca

1. OBJETIVO

A monitorização cardíaca deve ser realizada rotineiramente em todo paciente internado na sala de Emergência.

2. APLICABILIDADE

- Sala Vermelha
- Sala Amarela
- Observação

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Monitor cardíaco completo ou oxímetro de pulso (RN ou crianças);
- Eletrodos;
- Pasta condutora;
- Aparelho de tricotomia se necessário;
- Papel higiênico ou lenço de papel para remover a pasta da pele do paciente.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;

- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Reunir o material
- Lavar as mãos conforme PNSP
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado e a sua finalidade;
- Ligar o cabo de força do monitor ou oxímetro à rede elétrica de acesso com a tensão da rede local;
- Realizar tricotomia do local de adesão dos eletrodos, se necessário;
- Se o cabo possuir três eletrodos, colocar no paciente na seguinte ordem:

- 1º disco (fio vermelho): IV espaço intercostal direito ao lado do osso esterno
- 2º disco (fio preto): IV espaço intercostal esquerdo ao lado do osso esterno
- 3º disco (fio amarelo): IV espaço intercostal na linha hemiclavicular

- Se o cabo possuir 05 (cinco) eletrodos, colocar no paciente na seguinte ordem:

- 1ªº disco (fio vermelho) no lado direito do paciente, abaixo da clavícula e medial aos músculos peitorais.
- 2º disco (fio preto) no lado direito do paciente, ao nível da última costela palpável.
- 3º disco (fio amarelo) no lado esquerdo do paciente, abaixo da clavícula e medial aos músculos peitorais.
- 4º disco (fio verde) no lado esquerdo do paciente ao nível da última costela palpável
- 5º disco (fio marrom) na parte inferior da caixa torácica (próximo ao apêndice)

- Conectar os do cabo do monitor nos discos conforme a cor especificada acima ou no caso do sensor do oxímetro colocá-lo no dedo da mão ou do pé;
- Ligar o aparelho acionando a chave ON/OFF;
- Programar a derivação desejada, posicionar a chave de derivações;
- Programar os alarmes de frequência máxima e frequência mínima, conforme o paciente;
- Manter o paciente em ordem e confortável;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10.REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2025 Guidelines for CPR and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. Publicadas em 22 out. 2025. Disponível em: https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines.

BERNOCHE, C. et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 113, n. 3, p. 449-663, 2019. DOI: 10.5935/abc.20190203.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das atualizações direcionadas de 2025 da American Heart Association para ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência, 2025.

Disponível em: https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelineshttps://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines. Acesso em: 17 ago. 2026.

V.1.9.7.34. Reanimação cardíaca

1. OBJETIVO

- Diagnosticar Parada Cardiorrespiratória;
- Organizar etapa básica e avançada do atendimento;
- Capacidade de realizar ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com maior probabilidade de sobrevida.

2. APLICABILIDADE

Unidade de observação

Pronto Atendimento.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- PCR – Parada Cardiorrespiratória;
- RCP - Ressuscitação Cardiopulmonar;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Cardioversor/desfibrilador;
- Gel;
- Gazes;
- Papel higiênico ou lenço de papel para remover o gel da pele;
- Álcool a 70%;
- MATERIAIS DO LEITO:

- Ambú com máscara e reservatório;
- Frasco de aspiração com látex;
- Sonda para aspiração;
- Umidificador com látex;
- Carro de PCR contendo:
- Tubo orotraqueal;
- Fio guia;

- Laringoscópio e lâminas 3 e 4 curva e reta;
- Seringa de 10 ml para insuflar cuff;
- Seringas para medicações;
- Fixador de TOT;
- Medicações;
- Prancha.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos; explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- A frequência das compressões torácicas é de 100 a 120 compressões por imnuto;
- A frequência das compressões torácicas e ventilação são de 30:2 (VAS), após cada ciclo de 2 minutos, trocar o massagista e verificar os pulos (10 segundos) respiração, se não respira e não tem pulso,continuar o novo ciclo de massagem e ventilação;
- No caso de Vias aéreas avançadas, as compressões não são alternadas com a ventilação, a ventilação é contínua, com frequência de 6 ou 8 segundos (cerca de 8 a 10 ventilações por minuto) e as compressões são contínuas;
- Manter o ambú com máscara e oxigênio a 100% com cerca de 12 litros/min;
- Ajustar adequadamente a máscara na face do paciente;
- O pulso deve ser verificado sempre na artéria carótida (adulto) ou femoral, do mesmo lado em que o reanimador se encontra;
- O local das compressões se faz nos dois terços inferiores do esterno. Para colocar as mãos, achar gradeado costal e siga-o;

- A mão (destra) fica por baixo da outra entrelaçando os dedos, mas nunca devem tocar o gradeado costal;
- Manter os braços estendido e os ombros perpendiculares do tórax do paciente, comprimir de 5 a 6 cm, de maneira ritmica sendo metade compressão e metade descompressão. As mãos não devem serretiradas do tórax para não se perder a posição correta;
- A avaliação do ritmo cardíaco deve ser frequente e para um ritmo desfibrilável, (FA ou TV) a desfibrilação dever ser tentada de imediato entre 120 J e 200 J;
- Após o choque, retoma-se a RCP por 2 minutos, ou seja, 5 ciclos de 30:2;
- Se o ritmo não for desfibrilável o choque não é indicado, mas a continuação da massagem cardíaca e ventilação deverão ser continuadas;
- Administrar medicações conforme a solicitação do médico;
- DOSE EV/IO de Epinefrina: 01mg a cada 3 a 5 minutos (após administração injetar 10 ml de água destilada na mesma via EV);
- DOSE EV/IO de Amiodarona: Primeira dose – 300mg 100 ML em Bollus rapido;
- Segunda dose – 900mg em 24h diluição e vazão (ml/h) ACM;
- Após preparo das medicações, deve ser guardados frascos e/ou ampolas para que após os procedimentos forem prescritos pelo médico no prontuário do paciente;
- O tempo de PCR e RCP devem ser marcados rigorosamente;
- No caso de RCP com sucesso e necessidade de intubação orotraqueal, o material para intubação (TOT com cuff testado e fio guia) deverá estar preparado e ser entregue montado e testado para o médico que irá intubar assim que solicitado;
- A monitorização cardíaca deverá ser avaliada constantemente;
- Aspirar secreções se necessário e abrir sonda nasogástrica especialmente se houver conteúdo gástrico;
- Auxiliar o médico no procedimento de intubação, conforme rotina de auxílio;
- Testar o posicionamento do tubo endotraqueal através da insuflação manual (ambú) dos pulmões, observando a expansão torácica enquanto o outro elemento segura o tubo endotraqueal;
- Insuflar o cuff da cânula endotraqueal com auxilia de uma seringa;
- Fixar a cânula endotraqueal com cadarço de acordo com a técnica correta;

- Observar respiração, coloração das mucosas e extremidades;
- Observar periodicamente as pupilas;
- Instalar o respirador mecânico se necessário, após término da intubação;
- Colher gasometria para avaliação dos parâmetros respiratórios, de preferência, antes de instalar o respirador
- Manter paciente aquecido e deixá-lo em ordem e confortável;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente, horário da parada, tempo de reanimação e intercorrências;
- Recolher o material e deixar o carro de urgência em ordem e checar para pronto uso;
- Providenciar para que seja passada uma sonda vesical de demora em uma SNG, caso o pacientenecessite e ainda não tenha;
- Manter o controle SSVV de modo rigoroso e contínuo até que ocorra estabilização do quadro clínico;
- Preparar a Administrar medicações conforme prescrição médica pós – PCR;
- Manter avaliação cardiorrespiratória e neurológica contínua;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

- 01 Médico (Líder E Responsável Pela Condução Da Reanimação Cardíaca);
- 01 Enfermeiro (Coordenar Equipe De Enfermagem, Ventilação E Massagem);
- 01 Técnico De Enfermagem (Massagem, Preparo De Drogas E Suporte);
- 01 Técnico De Enfermagem (Administrar Medicação E Marcar Tempo), Conforme Os Papéis Definidos No Protocolo V.1.9.5.1.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10.REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2025 Guidelines for CPR and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. Publicadas em 22 out. 2025. Disponível em: https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2025 Guidelines for CPR and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. Publicadas em 22 out. 2025. Disponível em: https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines.

BERNOCHE, C. et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 113, n. 3, p. 449-663, 2019. DOI: 10.5935/abc.20190203.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das atualizações direcionadas de 2025 da American Heart Association para ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência, 2025. Disponível em: https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelineshttps://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines. Acesso em: 17 ago. 2026.

V.1.9.7.35. Processo de Esterilização de Instrumentais E Materiais Para Uso Hospitalar

1. OBJETIVO

Oferecer segurança na esterilização dos instrumentais e materiais hospitalares.

2. APLICABILIDADE

- CME - Central de material e esterilização.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- B&D - TESTE BOWIE & DICK;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- IMPRESSO DEREGISTRO DOS TESTES;
- LIVRO DE REGISTRO DE MATERIAIS/INSTRUMENTAISDA AUTOCLAVE;
- USO DE EPI´S: LUVA;
- REGISTRO DE MATERIAIS/INSTRUMENTAIS RETIRADOS DA AUTOCLAVE

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais: confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores; verificar alergias e riscos; explicar o procedimento; higienizar as mãos nos momentos indicados; utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução; preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS; reavaliar e registrar o cuidado.

COLOCAR TESTE QUÍMICO/BIOLÓGICO NAS AUTOCLAVES

- Colocar teste B&D na primeira carga do dia, em seguida colocar um teste desafio (contendo ampola testebiológico e indicador químico);

RECEBIMENTO DE MATERIAIS/INSTRUMENTAIS DA ÁREA DO PREPARO

- Receber o material ou instrumental proveniente do preparo.
- Anotar os materiais que serão colocados na autoclave;

PREPARO DA AUTOCLAVE

- Não apertar muito os pacotes para ajudar na penetração do vapor.
- Dispor os pacotes de modo vertical para facilitar a entrada e a circulação de vapor, bem como a eliminação do ar.
- Manter um espaçamento mínimo entre os pacotes e entre os pacotes e as paredes da câmara.
- Utilizar apenas 80% da capacidade da câmara do equipamento.
- Colocar os testes (químico, biológico) de acordo com a carga e protocolo.
- Seguir as normas de funcionamento do equipamento.
- As caixas de instrumentais devem ser de material compatível com o processo de esterilização e possuir perfurações em todos os lados (exceto contêineres).
- Artigos em aço inoxidável como jarros, bacias que apresentam concavidade, devem ser colocados coma abertura para baixo.
- Recomenda-se colocar os pequenos pacotes em cestos aramados para evitar quedas.
- Separar as cargas de materiais têxteis e caixas de instrumentais (ciclos diferentes).
- Utilizar toalhas absorventes dentro das caixas/bandejas de instrumentais para auxiliar na absorção da umidade, (facilita a secagem no final do ciclo).

OBSERVAR OS MATERIAIS/INSTRUMENTAIS APÓS ABERTURA DA AUTOCLAVE

- Os pacotes, após ciclo completo, devem ser resfriados naturalmente antes do manuseio para reduzir o risco de obtenção de pacote molhado.
- Não deve colocar os pacotes sobre superfícies frias após a esterilização para que não haja condensação.
- Limpar a câmara interna do equipamento no mínimo semanalmente, conforme recomendação do fabricante.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de Enfermagem; Supervisão do Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Registrar no livro de controle da CME e no livro de registro de materiais/instrumentais da autoclave: data, equipamento, número da carga/ciclo, materiais processados, resultados do teste Bowie & Dick e dos indicadores químicos e biológicos, liberação ou bloqueio da carga, intercorrências e identificação do profissional responsável, garantindo a rastreabilidade. Manter no prontuário os registros assistenciais complementares, quando o artigo for utilizado em paciente.

10. REFERÊNCIAS

Norma reguladora – NR nº 32 ANVISA: segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. 2023.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/rdc0042_25_10_2010.pdfhttps://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/rdc0042_25_10_2010.pdf. Acesso em: 24 jul. 2023.

GRAZIANO, K.U; SILVA, A; PSALTIKIDIS, E. M. Enfermagem em centro de material e esterilização: Manole, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Recuperação anestésica e centro de material e esterilização (SOBECC): práticas recomendadas. 6 ed. São Paulo.

V.1.9.7.36. Administração de Medicamentos Intramuscular

1. OBJETIVO

Definir que a administração via intramuscular (IM) permite que você injete o medicamento diretamente nomúsculo em graus de profundidade variados. É usada para administrar suspensões aquosas e soluções oleosas, garantindo sua absorção em longo prazo. Toda medicação por via intramuscular deve ser administradamediante e de acordo com prescrição médica.

2. APLICABILIDADE

Todos os setores.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- IM - Intramuscular;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Seringa de 3 mL ou 5 mL;
- 01 Agulha 40/12 para aspiração;
- 01 agulha 25/8 ou 30/8 para administração;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool;
- Medicação a ser aspirada.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;

- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);
- Disponibilizar uma bandeja contendo os seguintes itens:

– 01 par de luvas de procedimento;
– Seringa de 3 ou 5 ml;
– Agulha para aspiração da medicação 40/12;
– Agulha para administração 25/8 ou 30/8;
– Bolas de algodão;
– Álcool a 70%.

- Preparar o medicamento;
- Orientar o paciente/cliente quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Deixar o paciente/cliente em posição confortável, escolher o local para aplicação, se possível permitir que o paciente/cliente faça a escolha com você, deixe a área de aplicação relaxa;
- Fazer a antissepsia do local com álcool a 70%;
- Com a sua mão dominante, segure firmemente o músculo para aplicação da injeção;
- Realizar aplicação no músculo sempre com o bisel lateralizado, introduzir a agulha em um ângulo de 90º;
- Seguir recomendação específica do medicamento, sítio e população. Não adotar aspiração como regra universal; não aspirar em vacinação e em situações nas quais a técnica seja contraindicada.
- Realizar a aplicação do medicamento após a aspiração local;

- Introduzir lentamente o medicamento, observando possíveis reações locais e gerais do paciente;
- Pegar o algodão embebido em álcool e colocá-lo na pele acima da agulha;
- Retirar a agulha segurando pelo canhão com um movimento rápido e único;
- Fazer ligeira compressão no local com algodão;
- Retire as luvas de procedimento;
- Descarte o material, seguindo as precauções padrão;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Proceda à anotação de enfermagem, descrevendo o local da aplicação, para se fazer rodízio na próxima aplicação, constando a assinatura e identificação profissional.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- O profissional deverá realizar uma avaliação da área a ser administrada, estando atento quanto a quantidade a ser administrada em cada músculo (Deltóide volume máximo de 2 mL, região glútea e o vasto lateral da coxa até 5 mL) esse volume dependerá da massa muscular do cliente;
- A via de 1" escolha é o vasto lateral, depois glúteo e por fim deltóide, exceto em vacinas;
- Realizar plano de rodízio do local de administração IM.
- Optar sempre pela região Ventroglútea (Hochstetter) como via de escolha para administração intramuscular segura em adultos.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2017. Atualizado em 26/10/2022 10h57

V.1.9.7.37. Administração de medicamentos via endovenosa

1. OBJETIVO

A necessidade do cateter venoso periférico deve ser avaliada diariamente. Não realizar troca rotineira antes de 96 horas, salvo indicação clínica, sujidade, mau funcionamento, perda de integridade ou orientação do fabricante; em pediatria, priorizar indicação clínica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- VE - Via Endovenosa;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Seringa de acordo com o volume;
- Agulhas;
- Algodão com álcool 70%;
- Fita crepe;
- Bandeja;
- Garrote;
- Luvas de procedimento;
- Esparadrapo o micropore (para nova punção venosa s/n);
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;

- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Realizar os 9 certos: Paciente certos; droga certa; via certa; dose certa; horário certa; documentação; ação da droga; forma, resposta;
- Preparar a medicação conforme técnica asséptica, trocar as agulhas;
- Anotar nome completo, segundo identificador (data de nascimento ou número do prontuário), leito (localização), horário e dosagem, em uma fita adesiva e colar na seringa;
- Identificar o paciente pelo nome completo e por um segundo identificador válido (data de nascimento ou número do prontuário), conferindo pulseira e prescrição; o número do leito indica apenas a localização física;
- Colocar a bandeja na mesa do paciente;
- Garrote;
- Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e a ação do medicamento, quando for aprimeira vez que o paciente faz uso;
- Calçar as luvas
- Observar se o acesso venoso não está obstruído, ou com sinais de infecção;
- Administrar lentamente a medicação;
- Observar as reações do paciente e reação do local da aplicação;
- Salinizar o acesso venoso;
- Fechar o sistema;
- Deixar o paciente em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;

- Checar na prescrição médica;
- Supervisionar o procedimento;

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Após a administração de a medicação fechar o sistema com o adaptador estéril ou utilizar o mesmo se este não estiver contaminado.
- Trocar extensores, conectores e torneiras conforme o tipo de infusão, instruções do fabricante e protocolo institucional, imediatamente em caso de contaminação, desconexão, sujidade, dano ou mau funcionamento. Não adotar periodicidade única sem estratificação do sistema.
- Após o banho a fixação do acesso venoso deverá ser trocada realizando-se a antissepsia do local comalgodão e álcool a 70%. Esta medida é extremamente necessária para evitar que as colas da fixação juntamente com a umidade não propiciem um meio favorável ao desenvolvimento de microrganismos patógenos e a consequente infecção local.
- Nesta oportunidade deve-se observar o acesso venoso e possíveis sinais flogísticos (dor, calor, rubor).
- Toda a medicação ao ser administrada via endovenosa, deverá ser diluída conforme tabela de diluições de medicamentos.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10.REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2017. Atualizado em 26/10/2022 10h57

V.1.9.7.38. Administração de Medicamentos Via Intradérmica

1. OBJETIVO

- Administrar testes cutâneo de alergia ou prova tuberculínica;
- A administração de medicação por intradérmica (ID) de medicações é empregada, sobretudo parafins diagnósticos;
- Essa via resulta em pouca absorção sistêmica produz efeito principalmente local.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- ID – Intradérmica;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Seringa de 1ml;
- 02 Agulhas 1,20x25 (18G), 10x5 ou 13x4,5 uma para aspirar e outra para administrar;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool;
- Medicação a ser aspirada.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;

- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);
- Disponibilizar uma bandeja contendo os seguintes itens:

a) 01 par de luvas de procedimento;
b) Seringa de 1ml = 100UI;
c) Agulha para aspiração da medicação 13/4,5 ou 13/4,0;
d) Bolas de algodão;
e) Álcool a 70% - para fazer a assepsia da bandeja.

- Preparar o medicamento;
- Orientar o paciente/cliente quanto ao procedimento;
- Higienizar o local com água e sabão neutro;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher local de fácil visualização, como a região anterior do antebraço, livre de vasos sanguineos.Para testes de alergia pode ser utilizada a região dorsal;
- Realizar aplicação no ângulo de 10 a 15º, introduza em torno de 3 mm da agulha, não realize aspiração, aplique o medicamento de forma lenta e suave, observando a formação da pápula;
- Caso seja um teste, faça uma demarcação da área para futura avaliação;
- Descarte o material, seguindo a precaução padrão;
- Higienizar as mãos conforme Manual CCIH 2011-2013 pág. 04 antes do procedimento;
- Proceder à anotação de enfermagem constando assinatura e identificação profissional.
- Cabe ao enfermeiro responsável pelo posto supervisionar a preparação e a administração da medicação.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A antissepsia com álcool a 70% foi abolida neste procedimento para evitar possíveis reações alérgicas entre o antisséptico e o produto injetado, assim como o mascaramento da reação esperada nostestes de sensibilidade;
- Não se faz também a aspiração, pois, na derme, não há risco de se atingir algum vaso sanguíneo;
- Observar o paciente por alguns minutos após a aplicação quando o teste for de sensibilidade;
- Ao realizar a técnica de aplicação, deve-se certificar de não injetar o medicamento profundo, evitando iatrogenia na administração ID. O máximo de volume indicado para essa via é de 0,1 até 0,5 mL.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10.REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção.

Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2017. Atualizado em 26/10/2022 10h57

V.1.9.7.39. Administração de Medicamentos Via Nasal

1. OBJETIVO

Padronizar condutas relacionadas a toda medicação por via nasal deve ser administrada instilando a soluçãona mucosa nasal mediante e de acordo com prescrição médica.

Melhorar a segurança do paciente minimizando eventos adversos na administração de medicamentos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

VN - Via Nasal;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Medicação prescrita (frasco conta-gotas);
- Gazes;
- Bandeja;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos; explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.

- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;
- Identificar o paciente pelo nome completo e por um segundo identificador válido (data de nascimento ou número do prontuário), conferindo pulseira e prescrição; o número do leito indica apenas a localização física;
- Abrir o frasco de medicação e aspirar o conteúdo necessário;
- Segurar o conta-gotas pelo bulbo, evitando que a solução entre neste;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal ou sentado com a cabeça inclinada para trás;
- Instilar diretamente no fundo da cavidade nasal;
- Limpar o excesso de medicamento com gaze;
- Solicitar ao paciente que permaneça alguns minutos em decúbito dorsal;
- Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec) deve-se solicitar ao paciente ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada;
- Recolocar o conta-gotas no frasco;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Comunicar ao enfermeiro;
- Aspectos relacionados à recusa, reações do paciente, dor, presença de secreção, sangramento etc.;
- Realizar a dupla checagem, sendo, uma na prescrição médica e a outra registrando a anotação;
- Supervisionar o procedimento

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A luva de procedimento deverá ser usada como proteção para o servidor, uma vez este entrará em contato com a mucosa e secreção nasal do paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022..

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguinea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2017. Atualizado em 26/10/2022 10h57

V.1.9.7.40. Administração de Medicamentos Via Ocular

1. OBJETIVO

Toda medicação por via ocular deve ser administrada no saco conjuntival mediante e de acordo com prescrição médica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

Via Ocular;

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Medicação prescrita (frasco com conta-gotas), tubos com cremes ou pomadas;
- Gazes;
- Algodão para higiene;
- Luvas de procedimento;
- Soro Fisiológico s/n (para limpeza prévia).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos; explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Lavar as mãos;

- Verificar pela prescrição médica a data, horário, nome completo, segundo identificador, leito (localização) e dosagem da medicação;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);
- Identificar o paciente pelo nome completo e por um segundo identificador válido (data de nascimento ou número do prontuário), conferindo pulseira e prescrição; o número do leito indica apenas a localização física;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente ou ao acompanhante;
- Oferecer a gaze ao paciente;
- Colocar o paciente deitado ou sentado com a cabeça inclinada para trás;
- Realizar higiene ocular, com algodão embebido em soro, das pálpebras e dos cílios s/n, utilizandoluva de procedimento;
- Exponha a conjuntiva inferior, abaixando a pálpebra e exercendo força para baixo com gazes;
- Solicitar ao paciente que olhe para cima;
- Instilar o medicamento no centro do saco conjuntivo;
- Solicitar ao paciente que feche as pálpebras e mova os olhos, permitindo a dispersão do medicamento pelas superfícies conjuntivas;
- Enxugar o excesso do medicamento com gazes, de dentro para fora;
- Fechar o frasco de medicamento;
- Observar as reações do paciente;
- Deixar o paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem;
- Supervisionar os procedimentos;

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- As luvas de procedimento deverão ser usadas para proteção do servidor avaliando-se a necessidade frente à presença de secreção ocular ou processo infeccioso;
- No caso de aplicação de pomadas ou cremes depositá-los ao longo da extensão do saco conjuntiva;
- Lembre-se sempre de evitar o risco de contaminação do conta-gotas ou bico do tubo da pomada namucosa ocular.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10.REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2017. Atualizado em 26/10/2022 10h57

V.1.9.7.41. Administração de Medicamentos Via Oral

1. OBJETIVO

Toda medicação por via oral deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica e consentimento do paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- VO - Via Oral;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Medicação prescrita;
- Copinho ou seringa (criança);
- Bandeja;
- Fita crepe;
- Luva de procedimento (se necessário);

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.

- Lavar as mãos;
- Checar os 9 certos: Paciente certos; droga certa; via certa; dose certa; horário certa; documentação; ação da droga; forma, resposta;
- Verificar pela prescrição médica a data, horário, nome completo, segundo identificador, leito (localização) e dosagem da medicação;
- Anotar em uma fita adesiva o nome completo, o segundo identificador, o leito (localização), a dosagem e o horário da medicação;
- Colocar a medicação em um copinho descartável e identificar com a fita adesiva;
- Identificar o paciente pelo nome completo e por um segundo identificador válido (data de nascimento ou número do prontuário), conferindo pulseira e prescrição; o número do leito indica apenas a localização física;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;
- Observar as condições de deglutição do medicamento e colocar o paciente em posição favorável;
- Drágeas ou cápsulas: orientar o paciente a não mastigar o medicamento e evitar consumir outrosliquidos durante a absorção, Medicamento sublingual: pedir ao paciente que mantenha o medicamento sob a língua, não mastigando ou engolindo, Medicamento bucal (de absorção em mucosa da bochecha): orientar o paciente a alternar as bochechas para evitar a irritação da mucosa;
- Administrar a medicação sem tocá-la diretamente comas mãos, oferecendo água, em casos de criança e medicação em solução administrar com seringa empurrando o êmbolo vagarosamente;
- Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja deglutida;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem;
- Supervisionar o procedimento;

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Paciente em uso de SNG, a mesma deverá ser testada antes da administração do medicamento.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10.REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2017. Atualizado em 26/10/2022 10h57

V.1.9.7.42. Administração de Medicamentos Via Subcutânea

1. OBJETIVO

Toda medicação por via subcutânea deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição Médica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- VS - Via Subcutânea;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Agulha 13 x 4.5 e 40x 12;
- Seringa;
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Medicação prescrita;
- Bandeja;
- Fita crepe e luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.

- Lavar as mãos;
- Checar os 9 certos: Paciente certos; droga certa; via certa; dose certa; horário certa; documentação; ação da droga; forma, resposta;
- Preparar o medicamento conforme técnica asséptica, trocar as agulhas;
- Anote em uma fita adesiva o nome completo do paciente, o segundo identificador, o número do leito (localização), dosagem, e horário, na seringa de medicamento;
- Levar a medicação até o quarto do paciente dentro de uma bandeja;
- Identificar o paciente pelo nome completo e por um segundo identificador válido (data de nascimento ou número do prontuário), conferindo pulseira e prescrição; o número do leito indica apenas a localização física;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao seu acompanhante
- Escolher o local de aplicação e colocar o paciente em posição adequada
- Colocar a luva de procedimento;
- Fazer a antissepsia da pele;
- Com o polegar e indicador, fazer uma prega cutânea e introduzir rapidamente a agulha em um ângulo de 90º em relação à pele;
- Aspirar para verificar se não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
- Injetar o líquido;
- Retirar a agulha num movimento único e pressionar o local com algodão;
- Deixar o paciente e o quarto em ordem;
- Desprezar a agulha e a seringa no coletor de material perfuro - cortante;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica;
- Supervisionar o procedimento

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2017. Atualizado em 26/10/2022 10h57

V.1.9.7.43. Administração de Medicamentos Via Sublingual

1. OBJETIVO

Toda a medicação por via sublingual deve ser administrada sob a língua mediante e de acordo com a prescrição médica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- VS - Via Sublingual;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Medicação prescrita;
- Copo pequeno descartável;
- Fita adesiva;
- Bandeja;
- Agulha 40x12 s/n;
- Luvas de procedimento s/n.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.

- Lavar as mãos;
- Checar os 9 certos: Paciente certos; droga certa; via certa; dose certa; horário certa; documentação; ação da droga; forma, resposta;
- Anotar em uma fita adesiva o nome completo, o segundo identificador, o leito (localização), a dosagem e o horário da medicação;
- Colocar a medicação em um copinho descartável e identificar com a fita adesiva;
- Identificar o paciente pelo nome completo e por um segundo identificador válido (data de nascimento ou número do prontuário), conferindo pulseira e prescrição; o número do leito indica apenas a localização física;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;
- Colocar a medicação debaixo da língua do paciente;
- Orientar o paciente para que não engula a medicação;
- Observar as reações da medicação;
- Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja dissolvida;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica e anotando qualquer intercorrência;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A luva de procedimento deverá ser usada como proteção para o servidor, uma vez este entrará em contato com a mucosa e secreção nasal do paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10.REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In:

BRASIL. Administração de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: Acesso em: 21. setembro. 2021.

V.1.9.7.44. Coleta de Amostra

1. OBJETIVO

Normatizar a coleta de amostra sanguínea para testes pré-transfusionais exclusivamente quando solicitada pelo serviço de hemoterapia de referência ou pela regulação, para acompanhar o paciente encaminhado. A UPA não realiza transfusão nem testes pré-transfusionais em sua estrutura.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se aos setores assistenciais da UPA (sala vermelha, sala amarela e observação), para pacientes com indicação de hemocomponente em processo de regulação e encaminhamento ao serviço de referência.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- RT – Requisição Transfusional;
- SHR – Serviço de Hemoterapia de Referência (externo à UPA);
- EPI – Equipamentos de Proteção Individual;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- RT, prontuário do paciente;
- EPI;
- Tubo vacutainer, etiqueta;
- Frasqueira termorresistente;
- Prontuário do paciente;
- Caderno de protocolo;
- RT/Tubo com amostra sanguínea.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- A Requisição transfusional deverá conter informações suficientes para a correta identificação do receptor, escrita legível, sem rasuras e abreviações;
- Verificar se há indicação médica registrada no prontuário e solicitação da amostra pelo serviço de referência ou pela regulação antes de iniciar a coleta; caso não haja, repassar o caso ao enfermeiro do setor para as providências cabíveis;
- Identificar o paciente corretamente;
- Realizar orientações sobre o procedimento;
- Fazer uso de luvas, gorro, máscara, óculos de proteção, e jaleco de manga longa para coletar a amostra por se tratar de manuseio com material infecto-contaminante, conforme as normas de biossegurança;
- Utilizar os tubos Vacutainer Tampa Roxa disponível em todos os setores para este fim, apenas umaamostra é suficiente para pedidos comuns. Pedido de fenotipagem coletar 2 amostras;
- Identificar o paciente de maneira correta, confrontar os dados informados pelo paciente com os dados da RT e prontuário afim de evitar erros de troca de paciente;
- Identificar o tubo da amostra sanguínea no momento da coleta, de preferência ao lado do leito do paciente, utilizar a etiqueta específica; anotar na etiqueta nome completo do paciente, data de nascimento, data da coleta e nome do responsável pela coleta;
- Coletar de 03 a 04 ml de sangue e introduzir no tubo.
- Acondicionar os tubos e transportar dentro de frasqueira termorresistentes;
- Encaminhar a amostra devidamente identificada, acondicionada e acompanhada da RT junto com o paciente no transporte ou conforme orientação do serviço de hemoterapia de referência;

- Todo o procedimento deve ser registrado no prontuário do paciente, conforme determinação do código de ética de enfermagem;
- Protocolar a entrega da amostra e da RT à equipe de transporte ou ao serviço de referência, para controle e rastreabilidade.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Médico (indicação e requisição), Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10.REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, Anexo IV - sangue, componentes e derivados (vigente até a transição prevista para 30/09/2026).

BRASIL. ANVISA. RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 - Boas Práticas no Ciclo do Sangue, e alterações vigentes.

BRASIL. ANVISA. RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 - Boas Práticas no Ciclo do Sangue, e alterações vigentes.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponivel em: Acesso em: 21. setembro. 2023.

BRASIL. Administração de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponivel em: Acesso em: 21. setembro. 2023.

V.1.9.7.45. Notificação de reação transfusional

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento, o atendimento inicial e a notificação de suspeita de reação transfusional em paciente atendido na UPA após transfusão realizada em outro serviço, considerando que a UPA não realiza transfusões.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitári;
- NOTIVISA - Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária;
- NSP - Núcleo de Segurança do Paciente;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Ficha de notificação do serviço de hemoterapia que realizou a transfusão, quando disponível;
- Amostra sanguínea, quando solicitada pelo médico ou pelo serviço de hemoterapia;
- Fichas de Notificação (Gerência de Risco);

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação; identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos; explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.

- Sempre que houver suspeita de reação adversa a transfusão realizada em outro serviço, o médico deverá avaliar e estabilizar o paciente, e o enfermeiro deverá comunicar o serviço de hemoterapia responsável pela transfusão, detalhando a reação apresentada;
- A partir da ocorrência do evento preencher a ficha de notificação com a maior quantidade de informação sobre o evento;
- Encaminhar a ficha de notificação ao serviço de hemoterapia responsável pela transfusão, com amostra sanguínea do paciente quando solicitada, conforme orientação desse serviço;
- Encaminhar cópia da notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da UPA;
- Levantar dados complementares junto ao setor de ocorrência do evento adverso (prontuário) a fimde identificar dados necessários para notificação no Notivisa;
- Mensalmente consolidar os dados através dos formulários de notificação e realizar o cálculo da frequência de eventos adversos;

6. PERIODICIDADE

Sempre que houver suspeita de reação transfusional.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Núcleo de Segurança do Paciente.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10.REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, Anexo IV - sangue, componentes e derivados (vigente até a transição prevista para 30/09/2026).

BRASIL. ANVISA. RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 - Boas Práticas no Ciclo do Sangue, e alterações vigentes.

BRASIL. ANVISA. RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 - Boas Práticas no Ciclo do Sangue, e alterações vigentes.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: Acesso em: 21. setembro. 2021.

BRASIL. Administração de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: Acesso em: 21. setembro. 2023.

V.1.9.7.46. Punção Venosa

1. OBJETIVO

A introdução de um cateter intravenoso em um vaso periférico, por meio de punção percutânea. Não realizar troca rotineira antes de 96 horas; avaliar diariamente o sítio de inserção e trocar ou retirar antecipadamente na presença de sinais flogísticos, infecção, obstrução, mau funcionamento ou quando não houver mais indicação.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- AVP - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO;
- AC - ACESSO CENTRAL;
- SF 0,9% - SOLUÇÃO FISIOLGICA 0.9%;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Cateter venoso (nº de acordo com o paciente): escalpe (Butterfly) ou cateter radiopaco (Abocath/ Jelco);
- Algodão embebido em álcool a 70%;
- Dispositivo para mais de uma conexão de equipo (Polifix);
- Equipo;
- Garrote;
- Seringa com SF 0,9% ou solução prescrita;
- Esparadrapo ou micropore;
- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Tala ou atadura para imobilização (se necessário).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos; explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade;
- Descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e finalidade;
- Em caso de soroterapia:
- Preencher o rótulo com o nome completo do paciente, o segundo identificador, o n° do leito (localização), volume da solução, tempo de gotejamento ou n° degotas e o nome do profissional responsável pelo preparo, com caneta de cor adequada ao turno de trabalho;
- Preencher o equipo e a conexão de duas vias com a solução para a retirada do ar e pinçar;
- Aproximar o suporte de soro ao lado da cama do paciente, preferencialmente do lado a ser puncionado;
- Reunir a solução e o restante do material em uma bandeja e levar próximo ao leito;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher a veia através da palpação e inspeção do trajeto da mesma (dê preferência a dos MMSS,evitando as dobras cutâneas);
- Fixar o garrote acima da região escolhida;
- Solicitar que o paciente feche a mão;
- Fazer anti - sepsia do local com algodão embebido em álcool 70%.;
- Puncionar a veia aproximadamente 1 cm abaixo do local onde a mesma deverá ser alcançada e com um ângulo de 15º entre a seringa e o local;
- Retirar o garrote e observar o retorno de sangue;

- Solicitar que o paciente abra a mão;
- Colocar o dispositivo para conexão de mais de um equipo de soro;
- Injetar SF 0,9% ou instalar solução prescrita;
- Fixar com esparadrapo ou micropore o cateter intravenoso, datar e assinar ou retirá-lo caso seja uma aplicação única;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A utilização do Polifix deverá se restringir apenas aos pacientes que possuírem prescrição médica de medicamentos a serem administrados por via endovenosa;
- Na punção venosa em RN, lactentes e crianças utilizar talas protegidas para imobilização do membro puncionado;
- Não infundir soluções causadoras de flebite, em acesso periférico (concentrações altas de potássio,glicose hipertônica a 50% em grandes quantidades etc.);
- Identificar todas as soluções, equipos e buretas. Definir a troca do sistema conforme o tipo de solução/medicamento, sistema aberto ou fechado, instruções do fabricante e protocolo institucional; antecipar a troca em caso de contaminação, desconexão ou perda de integridade.
- Todo soro instalado deverá ser identificado com o nome completo e o segundo identificador do paciente, volume do soro e seus componentes, data de instalação, hora de início, nome de quem preparou, número do leito (localização) e velocidade de gotejamento;
- Só administrar infusões límpidas, sem turvações;
- Equipo para Hemoderivados deverá ser especial (filtro) e desprezado após o uso;
- Contraindicações para punção venosa relacionadas ao local de mastectomia, fístula arterio-venosa,linfoedema, déficit motor e sensitivo, locais com leses cutâneas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9.REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10. REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: Acesso em: 21. setembro. 2023.

BRASIL. Administração de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: Acesso em: 21. setembro. 2023.

V.1.9.7.47. Necessidade de Hemocomponentes: Estabilização, Regulação e Encaminhamento

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar a conduta da equipe da UPA diante da identificação de necessidade clínica de hemocomponentes, compreendendo reconhecimento, estabilização, solicitação de regulação, preparo e encaminhamento do paciente ao serviço de referência, visando à segurança do paciente.
A UPA não realiza transfusão de hemocomponentes, não dispõe de Agência Transfusional e não mantém estoque de hemocomponentes.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se aos setores assistenciais das UPAs Norte e Sul — sala vermelha, sala amarela e observação adulto e pediátrica — sempre que for identificada indicação clínica de hemocomponentes.
Aplica-se aos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem envolvidos no atendimento, na regulação e no preparo do paciente para o transporte, respeitadas suas competências legais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- Hemocomponentes: produtos obtidos do sangue total por meio de processos físicos, como centrifugação, ou coletados por aférese, incluindo concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma e crioprecipitado.
- Hemoderivados: medicamentos produzidos industrialmente a partir do plasma humano, por processos físico-químicos, incluindo albumina humana, imunoglobulinas e concentrados de fatores de coagulação.
- Transfusão: administração intravenosa de hemocomponentes ou hemoderivados, conforme indicação clínica e prescrição médica.
- RT: Requisição Transfusional.
- EPI: Equipamento de Proteção Individual.
- PS: Pronto-Socorro.
- TR: Reação Transfusional.
- PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.
- SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem.
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário físico ou eletrônico do paciente;
- Prescrição médica;
- Requisição transfusional (RT) ou relatório médico de solicitação, quando exigidos pelo serviço de referência;
- Dispositivo de acesso venoso periférico ou central compatível com a terapia;
- Materiais para punção venosa, quando necessários: cateter intravenoso, garrote, antisséptico, gaze, fixador e demais materiais estéreis;
- Solução de cloreto de sódio a 0,9% e demais soluções, conforme prescrição médica;
- Equipamentos para aferição de sinais vitais: termômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio e oxímetro de pulso;
- Bomba de infusão, quando indicada;
- EPI conforme avaliação de risco;
- Formulário ou sistema de solicitação de regulação e relatório de transferência;
- Materiais para coleta de amostras laboratoriais, quando indicados;
- Recipientes para descarte de resíduos conforme PGRSS.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1. Requisitos transversais

- Confirmar a avaliação médica e a indicação clínica de hemocomponente registradas no prontuário.
- Confirmar com o médico a solicitação de regulação e a prioridade do encaminhamento.
- Confirmar a identificação do paciente por, no mínimo, dois identificadores independentes, conforme protocolo institucional.
- Verificar alergias, antecedentes transfusionais, histórico de reações transfusionais e demais riscos clínicos pertinentes.
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto à necessidade de encaminhamento ao serviço de referência e à necessidade de comunicar imediatamente qualquer sinal ou sintoma diferente do habitual.

- Higienizar as mãos nos momentos indicados.
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco e precauções aplicáveis.
- Preservar a privacidade e a dignidade do paciente.
- Garantir a disponibilidade de suporte médico para atendimento de eventuais intercorrências.
- Descartar os resíduos conforme o PGRSS.
- Reavaliar o paciente e registrar as informações pertinentes ao cuidado.
- Não realizar transfusão de hemocomponentes na UPA; o procedimento transfusional será realizado exclusivamente no serviço de referência.

5.2. Identificação da necessidade clínica e estabilização

- O médico identifica e registra no prontuário a necessidade clínica de hemocomponente e define as medidas de estabilização cabíveis na UPA.
- A equipe de enfermagem mantém monitorização, assegura acesso venoso adequado e executa as medidas de estabilização prescritas.
- Coletar amostras laboratoriais, quando prescritas, e registrar sinais vitais e evolução clínica.

5.3. Regulação e encaminhamento ao serviço de referência

- O médico solicita a regulação do paciente, informando a indicação de hemocomponente e a condição clínica.
- Identificar o paciente com dois identificadores e conferi-los com o relatório de transferência, a RT, quando houver, e as amostras encaminhadas.
- A identificação deverá ser realizada preferencialmente com participação ativa do paciente. Quando impossibilitado, utilizar pulseira de identificação e confirmação por profissional responsável.
- Manter monitorização e reavaliação clínica até a efetiva transferência, registrando sinais vitais: temperatura, pressão arterial e pulso, além de frequência respiratória e saturação de oxigênio conforme condição clínica e protocolo institucional.
- Preparar, com o médico, o relatório de transferência com a indicação clínica, as medidas de estabilização adotadas, os exames realizados e as amostras enviadas.

- Verificar o acesso venoso. Quando necessário, realizar punção venosa com dispositivo adequado ao fluxo prescrito e às condições clínicas do paciente.
- Providenciar o transporte sanitário compatível com a gravidade, conforme definição médica e fluxo de regulação.
- Registrar o horário da solicitação de regulação, o serviço de destino, o horário da saída e a equipe responsável pelo transporte.

6. PERIODICIDADE

O procedimento deverá ser realizado sempre que houver identificação médica de necessidade clínica de hemocomponentes.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A UPA não realiza transfusão de hemocomponentes; a transfusão será realizada exclusivamente no serviço de referência para o qual o paciente for regulado.
- A espera pela regulação não deve retardar as medidas de estabilização prescritas.
- Todos os profissionais envolvidos deverão possuir capacitação compatível com suas atribuições.
- Pacientes com suspeita de reação a transfusão realizada em outro serviço deverão ser atendidos e notificados conforme o POP V.1.9.7.45.
- A administração de hemoderivados industrializados, quando prescrita, deverá seguir os POPs de administração de medicamentos e as recomendações do fabricante, não se caracterizando como transfusão de hemocomponentes.
- O presente POP deverá ser revisado sempre que houver alteração normativa, dos fluxos de regulação ou do serviço de referência.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro:

- Avaliar o paciente e monitorar sua condição clínica até a transferência;
- Conferir a identificação do paciente, a documentação de encaminhamento e as amostras;
- Supervisionar as medidas de estabilização executadas pela equipe de enfermagem;

- Identificar e comunicar ao médico alterações clínicas;
- Adotar as medidas assistenciais necessárias diante de intercorrências;
- Apoiar o médico na comunicação com a regulação e o serviço de referência;
- Realizar e/ou supervisionar os registros de enfermagem;
- Garantir o registro do encaminhamento e das amostras enviadas;
- Realizar a notificação de eventos adversos conforme fluxo institucional;
- Orientar e capacitar a equipe de enfermagem.

Técnico em Enfermagem:

- Executar os cuidados de estabilização conforme prescrição, protocolo institucional e supervisão do enfermeiro;
- Realizar a identificação do paciente e das amostras, conforme protocolo;
- Preparar os materiais e dispositivos necessários;
- Auxiliar no preparo do paciente para o transporte;
- Monitorar o paciente e comunicar imediatamente qualquer alteração clínica;
- Realizar os registros pertinentes aos cuidados executados;
- Garantir o acondicionamento e encaminhamento dos materiais conforme orientação institucional.

Médico:

- Identificar e registrar a indicação clínica de hemocomponente;
- Prescrever as medidas de estabilização e avaliar a resposta clínica;
- Solicitar a regulação e definir o tipo de transporte sanitário;
- Elaborar o relatório de transferência e, quando exigida, a requisição transfusional para o serviço de referência.

Serviço de Hemoterapia de Referência (externo à UPA):

- Realizar, em sua estrutura, os procedimentos técnicos, laboratoriais e transfusionais;
- Orientar a UPA quanto à coleta e ao envio de amostras, quando solicitado;
- Participar da investigação de reações transfusionais, quando notificadas.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário físico ou eletrônico do paciente, conforme aplicável:

- Data e horário da identificação da necessidade clínica;
- Identificação do paciente;
- Indicação clínica e prescrição médica;
- Tipo de hemocomponente indicado;
- Medidas de estabilização realizadas;
- Sinais vitais e reavaliações clínicas até a transferência;
- Amostras coletadas e encaminhadas, quando houver;
- Horário da solicitação de regulação e respectivo registro, quando houver;
- Serviço de referência de destino;
- Horário de saída e tipo de transporte;
- Equipe responsável pelo transporte;
- Avaliação clínica do paciente;
- Condutas adotadas e profissionais comunicados;
- Notificação de eventos adversos, quando aplicável;
- Checagem da prescrição e demais registros do Processo de Enfermagem, conforme atribuições legais.

Os registros deverão ser realizados de forma clara, objetiva, completa, cronológica e rastreável, contendo identificação do profissional responsável, assinatura e número de inscrição no conselho profissional, quando aplicável.

10. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 11.685, de 2 de julho de 2026. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para redefinir o conjunto de regulamentos técnicos da área de sangue e de procedimentos hemoterápicos, no âmbito do SINASAN. Texto oficial da Portaria.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Anexo IV-B, Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, com alterações introduzidas pela Portaria GM/MS nº 11.685/2026.

3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Texto da RDC nº 34/2014.

4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 196, de 25 de novembro de 2022. Dispõe sobre diretrizes e procedimentos para a abordagem dos eventos adversos do ciclo do sangue.

5. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.

6. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

7. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual para o Sistema Nacional de Hemovigilância no Brasil. Revisão do Marco Conceitual e Operacional da Hemovigilância. Brasília: Anvisa, 2022.

V.1.9.7.48. Colocação de Luvas Estéreis

1. OBJETIVO

Padronizar as ações para colocação de luvas estereis para os procedimentos de enfermagem.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Luvas estéreis.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Após realizar a lavagem correta das mãos, abra o pacote de luva;
- Segure nas abas e abra os dois lados que revestem as luvas;
- Com sua mão não dominante, segure a luva pela face interna da luva;
- Introduza os dedos da mão dominante, procurando ajustar os dedos internamente;
- Após esta etapa, introduza até que sua mão entre completamente na luva, sempre a segurando pela face interna da luva;

- Introduza os dedos da mão dominante, calmamente, procurando ajustar os dedos internamente;
- Introduza até que sua mão entre completamente na luva, sempre a segurando pela face interna da luva;
- Lembre-se, que agora estamos com uma luva estéril na mão dominante, e não podemos tocar emlugares que não sejam estéreis, seja eles a nossa pele, superfícies ou objetos ao nosso redor;
- Com a mão dominante (enluvada), segure a outra luva pela face externa;
- Sempre segurando pela dobra do punho da luva, introduza calmamente sua mão esquerda (não dominante), na luva, semelhante ao realizado na primeira luva, mas agora, com a cautela de não tocarcom a luva na pela da mão esquerda ou em locais não estéreis;
- Siga esta etapa, até introduzir toda a mão esquerda na luva;
- Antes da retirada de luvas, eleja a mão mais contaminada para ser retirado primeiro, a fim de diminuir o risco de contaminação durante o procedimento com os dedos da mão mais contaminada;
- Cuidado para não tocar a pele e respingar o conteúdo da luva com movimentos bruscos;
- Após retirar a luva da mão mais contaminada, deixe-a dentro da outra mão, e com a mão sem luva,retirar a outra luva com um só movimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10.REFERÊNCIAS

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022. 9º edição.

Norma Regulamentadora 32 – Segurança e Saúde no trabalho em Serviço de Saúde. Portaria MTE-GM 485: 2023.

V.1.9.7.49. Higienização das Mãos

1. OBJETIVO

Remover ou reduzir os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor,a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos evitando sua disseminação.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais e administrativos

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Água corrente;
- Sabão liquido neutro;
- Papel toalha;
- Cesto de lixo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Inspecionar as mãos quanto a sujidade visível;
- Retirar joias e bijuterias;

- Abrir a torneira (com cotovelo), evitando encostar-se a pia;
- Molhar as mãos;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir toda a superfície das mãos;
- Friccionar todas as superfícies das mãos. Com água e sabonete, realizar a técnica completa por 40 a 60 segundos; com preparação alcoólica, friccionar por 20 a 30 segundos, até completa secagem.
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa;
- Unir as palmas das mãos 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 mo-vimento de vai-e-vem, e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular,e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada emconcha, fazendo movimento circular, e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular,e vice-versa;
- Manter as mãos em forma de concha e na posição vertical e enxaguá-las, retirando os resíduos desabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel toalha descartáveis, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha para fechá-la.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;

- Após contato com artigos ou em proximidade com o paciente, contaminados com matéria orgânica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10.REFERÊNCIAS

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022. 9ª edição.

COFEN. Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPI). Brasília, 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2020/03/cartilha_epi. pdf. Acesso: 11 de fev. de 2023

V.1.9.7.50. Alta da UPA

1. OBJETIVO

Garantir que a alta de pacientes ocorra de forma completa, e que assegure aos pacientes e familiares todas as orientações necessárias para continuidade de cuidados após alta.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a Unidade de Pronto Atendimento

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;

MV – Movimentação de Pacientes;

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário
- Protocolo - SAE; Formulário padrão da SAE;
- Livro de Registro dos Enfermeiros da Unidade;
- Pulseirinha de identificação;
- Formulário de Movimentação de Pacientes.
- Formulário alto responsável;

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.

ENFERMEIRO

Alta da UPA:

- Confirmar em prontuário a alta da UPA prescrita pelo médico, antes de se efetuar qualquer tipo de encaminhamentos;
- Realizar exame físico simples para orientações de alta, confirmando as condições de alta tanto paraequipe, quanto no relatório de enfermagem;
- Informar ao paciente e/ou aos familiares, as orientações relativas aos cuidados pessoais, horário demedicações (quando necessário), encaminhamentos e retornos (quando indicados)
- Certificar-se de que todas as orientações de cuidados foram assimiladas pelo paciente e/ou familiarespara manutenção dos mesmos após a alta da UPA;

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Observar dispositivos:

- Retirar venóclise;
- Preparar sondas, drenos, curativos se houver.

Anotar procedimento de alta e transferência:

- Anotar no prontuário a hora da saída de alta, registrando também no livro da unidade;
- Registrar em prontuário dados sobre a alta do paciente, solicitando que o paciente ou responsávelo assine.

Saída dos pacientes:

- Acompanhar o paciente até a recepção, quando deverá ser retirada após conferência da mesma pelos funcionários daquele setor;
- Retornar a pulseira ao setor, fixando-a no prontuário;

ENFERMEIRO

Preencher e encaminhar formulário de Movimentação de paciente:

- Enviar formulário de Movimentação de paciente à Recepção.

Checar preenchimento de alta responsável:

- Integrar ao documento entregue ao serviço social.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Seguir check-list de organização de documentos para alta, conforme a especificidade de cada setor de observação, em especial quanto à referência e contrarreferência para a Atenção Primária à Saúde e demais pontos da rede;
- A alta responsável da UPA, entendida como transferência do cuidado.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora da alta, condições clínicas na saída, retirada de dispositivos, orientações fornecidas ao paciente e/ou responsável, receitas e documentos entregues, encaminhamentos e contrarreferência realizados, assinatura do paciente ou responsável e identificação profissional; registrar a saída no livro da unidade e no formulário de Movimentação de Pacientes.

10.REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.

V.1.9.7.51. Cuidados na Troca de Dispositivos de Acesso Venoso Periférico

1.OBJETIVO

Reduzir os índices de flebite, perda de acesso e infecção associada à assistência à saúde.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de assistência

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do paciente;
- Formulário padrão para SAE da Unidade.

5.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.

ENFERMEIRO:

Seleção do cateter e sítio de inserção

- Confirmar o tipo de tratamento medicamentoso que o paciente irá receber;
- Selecionar o cateter periférico com base no objetivo pretendido, na duração da terapia, na viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições de acesso venoso;

- Cateteres com menor calibre causam menos flebite mecânica, química e menor obstrução do fluxo sanguíneo dentro do vaso;
- Em adultos, as veias de escolha para canulação periférica são as das superfícies dorsais e ventrais dos antebraços;
- Para pacientes pediátricos, selecione o vaso com maior probabilidade de duração de toda a terapia prescrita, considerando as veias da mão, do antebraço e braço (região abaixo da axila). Evite a área anticubital;
- Considerar a preferência do paciente para a seleção do membro para inserção do cateter, incluindo a recomendação de utilizar sítios no membro não dominante.

ENFERMEIRO/ TECNICO DE ENFERMAGEM:

Realizar anti-sepsia:

- Utilizar álcool a 70%, exceto em neonatos, nos quais se recomenda o uso de clorexidina degermantea 2% ou alcoólica a 0,5%;
- Não palpar o sítio de inserção após a anti-sepsia da pele;
- Utilizar luvas de procedimento nas punções periféricas simples;

Trocar cateter:

- Em caso de obstrução;
- Quando houver sinais de flebite no sítio de inserção;
- Retirar o cateter tão logo não seja mais necessário;
- Inspecionar diariamente o sítio de inserção e REGISTRAR a observação: paciente pediátrico no mínimo duas vezes por turno e pacientes na unidade de observação uma vez por turno;

Trocar o curativo:

- Trocar o curativo sempre que apresentar sujo, molhado, solto, com má aparência ou quando necessária a visualização;
- Usar curativo de gaze ou curativo transparente semipermeável;
- IDENTIFICAR o curativo: data, horário, nome do profissional responsável;

Trocar dispositivos

- Avaliar diariamente o acesso e manter somente enquanto houver indicação. Não trocar rotineiramente o cateter periférico antes de 96 horas, salvo indicação clínica ou orientação do fabricante; estabelecer periodicidades específicas para equipos e conectores conforme o tipo de infusão.

6.PERIODICIDADE

N/A.

7.RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- O cateter periférico instalado em situação de emergência com comprometimento da técnica asséptica deve ser trocado tão logo seja possível;
- Lavar as mãos antes e após o contato com o curativo ou dispositivo intravascular;
- Conforme a complexidade do procedimento solicitar auxílio de outro membro da equipe de enfermagem.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2023.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2017. Atualizado em 26/10/2023 10h57.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2021/2023, Pág 04.

V.1.9.7.52. Encaminhamentos após óbito

1. OBJETIVO

Assistir ao paciente em óbito e acolher familiares de forma integral, humanizada e respeitosa, visando prepará-los para os procedimentos funerários.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de observação

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- DO - Declaração de Óbito;
- EIC - Etiqueta Identificadora de Cadáver;
- UP - Unidade do Paciente;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do paciente;
- Formulário padrão SAE do setor em que ocorreu óbito;
- Censo Diário;
- Livro de Registro de Óbito;
- EIC - Etiqueta identificadora de cadáver;
- Formulários para DO;
- DO - Declaração de óbito.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;

- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.

TÉC. DE ENFERMAGEM:

Registro do óbito:

- Conferir a constatação do óbito pelo médico;
- Realizar anotação de Enfermagem no prontuário - SAE, com data, hora e procedimentos realizados;
- Anotar o óbito no Censo;
- Registrar o óbito no Livro de Registro de Óbito;
- Preencher EIC (duas, uma interna junto ao corpo, e outra externa): setor de origem, nome do paciente, data e horário do óbito;
- Informar e providenciar a devolução das medicações à farmácia;

RECEPÇÃO / ADMINISTRATIVO DA UPA:

Encaminhamentos para DO:

- Entregar o Formulário para DO ao médico, quando solicitado pelo mesmo;

ENFERMEIRO:

Encaminhamentos à Equipe Multiprofissional:

- Supervisionar todos os procedimentos descritos;
- SOMENTE FINALIZAR O PROCESSO encaminhando o corpo à sala de guarda de corpo da UPA, após todos os documentos estarem OK;
- Comunicar o óbito ao assistente social do plantão;
- Comunicar o óbito ao serviço de Nutrição;
- Enviar a Declaração de Óbito (Atestado de Óbito) ao assistente social do plantão;
- Assegurar, juntamente com o assistente social do plantão, o ACOLHIMENTO à família, de forma humanizada;

- Proporcionar aos familiares a opção de participar do processo de preparo do corpo, principalmenteem se tratando de RN, antes de encaminhá-lo à sala de guarda de corpo da UPA.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Preparo do corpo:

- Preparar e Identificar o corpo conforme o PROTOCOLO PARA ÓBITO;
- Retirar sondas e cateteres do paciente;
- Identificar e entregar os pertences do paciente à família;
- Finalizar o enrolamento do corpo.

ENFERMEIRO

Limpeza Terminal da UP:

- Providenciar desinfecção terminal do leito, conforme rotina do setor e IT para Limpeza Terminal da UP.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Médico responsável pela DO é aquele que assistiu o óbito;
- Todos os campos da DO devem ser preenchidos por médico;
- Óbitos sem causa definida, conforme protocolo devem ser encaminhados ao SVO (junto ao IML - Palmas);
- Identificar o corpo com duas etiquetas, uma interna e outra externa;
- Encaminhar o corpo à sala de guarda de corpo da UPA, conforme estrutura física disponível, e entregar a DO ao assistente social do plantão;
- Entrar em contato com a recepção/administrativo da UPA para registro da saída e definição do destino do corpo, que permanecerá na sala de guarda de corpo até a chegada do serviço funerário ou a remoção pelo SVO/IML, quando indicada;

- Em caso de problemas com DO, o assistente social do plantão deverá solicitar correções: 1º) médico que assistiuao óbito, 2º) coordenador médico da Unidade, 3º) Diretor Técnico e 4º) Diretor Geral;
- A chave da sala de guarda de corpo é responsabilidade da recepção/administrativo da UPA;
- Cabe ao vigilante acompanhar o funcionário que levará o corpo até a sala de guarda de corpo.

8. RESPONSÁVEL(S)

Médico (constatação do óbito e preenchimento da DO); Enfermeiro (supervisão do processo, comunicações e acolhimento à família); Técnico de Enfermagem (registro, identificação e preparo do corpo); Assistente social do plantão (acolhimento e orientação à família e encaminhamentos relativos à DO); Recepção/administrativo da UPA (formulário para DO, registro da saída do corpo e guarda da chave da sala de guarda de corpo).

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário (anotação de enfermagem – SAE): data e hora da constatação do óbito, procedimentos realizados, retirada de dispositivos, identificação do corpo com EIC, pertences entregues à família e comunicações realizadas, com identificação profissional; registrar o óbito no Livro de Registro de Óbito e no Censo; registrar a entrega da DO e o encaminhamento do corpo ao serviço funerário ou ao SVO/IML, quando indicado.

10.REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

V.1.9.7.53. Precaução de Contato - Básica

1. OBJETIVO

Controlar a disseminação das bactérias multirresistentes e outros agentes infecciosos transmitidos, sobretudo pelo contato. Aplicado na Realização de Procedimentos de Rotina: punções, administração de medicamentos, cuidados em geral.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a pacientes adultos e pediátricos em observação ou isolamento nas UPAs.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- MS - Ministério da Saúde;
- N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Prontuário do paciente.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Considerar cada paciente e o espaço a sua volta como UNIDADE INDIVIDUALIZADA - UNIDADE DO PACIENTE;

- Evitar o contato desnecessário com o paciente, com a maca ou o leito e com objetos e equipamentos próximos;
- Realizar higienização simples das mãos e antebraços com água e sabão antes eapós examinar ou prestar cuidados a cada paciente - em IA higienizar os antebraços antes e após procedimentos;
- Realizar a manutenção dos dispositivos invasivos (polifix, jelco salinizado, torneirinhas e equipo emgeral) devemos realizar antissepsia com álcool a 70%;
- Acomodar as "tampinhas" em capa protetora,no caso a capa da seringa, evitando o contato com as superfícies da unidade do paciente;
- Usar luvas de procedimento quando houver possibilidade de contato com sangue, secreções, excreções, pele não-íntegra, mucosas ou artigos contaminados;
- Usar avental (capote de mangas compridas), durante procedimentos que possam sujar o uniforme ou o antebraço, por meio do contato ou respingo de líquidos orgânicos;
- Usar artigos de uso exclusivo do paciente em precaução (estetoscópio, termômetro, fita métrica); quando não for possível, desinfetá-los após cada uso com álcool a 70%;
- Atentar para antissepsia do manguito do esfigmomanômetro com álcool a 70%.
- Quando não houver condições de quarto privativo manter leitos com distância de 1 metro entre eles;
- Importante a identificação da precaução como abaixo.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Todo procedimento deve ser relatado em prontuário;

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.



9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: indicação e data/hora de início e de término da precaução de contato, agente ou motivo quando conhecido, sinalização do leito ou box, EPI utilizados, orientações a paciente e acompanhante, comunicação à CCIH, cuidados realizados e identificação profissional.

10.REFERÊNCIAS

Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada À Assistência a Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária – 2023

V.1.9.7.54. Precauções respiratórias para aerossóis

1. OBJETIVO

Apresentar a instruções para prevenir a transmissão de microrganismos por aerossóis (partículas de tamanho menor ou igual a 5 micra), que permanecem suspensas no ar e podem ser dispersas a longas distâncias. Aos profissionais de saúde durante a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, por microrganismos transmitidos por aerossóis e que necessitam de isolamento respiratório, como varicela, sarampo e tuberculose.

2. APLICABILIDADE

Unidade de observação adulto e infantil, Emergência

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

A transmissão por aerossóis é diferente da transmissão por gotículas. Algumas partículas eliminadas durante a respiração, fala ou tosse se ressecam e ficam suspensas no ar, podendo permanecer durante horas eatingir ambientes diferentes, inclusive quartos adjacentes (são carreados por corrente de ar). Destinam-se às situações de suspeita ou confirmação de tuberculose pulmonar ou laríngea, sarampo, varicela e herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido.

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do Paciente;
- Máscara tipo N95 ou PFF2 (proteção facial filtro 2).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;

- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.
- Leia atentamente a prescrição médica e o prontuário do paciente e verifique se há confirmação oususpeita de infecção por microrganismos disseminados por aerossóis;
- Observe a identificação de "Precauções para aerossóis" na porta do quarto;
- Higienize as mãos antes de entrar no quarto;
- Coloque máscara N95 ou PFF2 antes de entrar no quarto:
- Posicione corretamente os elásticos, um na região superior e outro na região inferior da cabeça, para que a máscara fique bem firme
- Ajuste a haste metálica da máscara à parte superior do nariz (osso nasal), de modo a evitar o escapede ar;
- Higienize as mãos antes de sair do quarto;
- Após sair do quarto, retire a máscara e mantenha-a em local seco e limpo até a próxima utilização, lembrando que o uso da máscara é individual.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Mantenha o paciente em quarto privativo superior a 30 dias, desde que se mantenham íntegras, secase limpas. Utilize a PFF2 durante aassistência a pacientes entubados, pois, pela válvula expiratória, continua ocorrendo eliminação de microrganismos no ambiente;
- O transporte do paciente deve ser limitado e, quando necessário, ele deve sair do quarto usando máscara cirúrgica;
- As visitas devem ser restritas e orientadas pelo enfermeiro quanto às precauções para gotículas;
- O familiar ou acompanhante que entrar no quarto também deverá utilizar máscara Cirúrgica;
- Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente, conforme as diretrizes preconizadas pelo SCIH e em conformidade com a Norma Regulamentadora (NR32);

- A porta do quarto deve estar identificada corretamente com o tipo e os meios de precaução para aerossóis como abaixo:



8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10.REFERÊNCIAS

Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada À Assistência a Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária – 2023

V.1.9.7.55. Precauções de gotículas para isolamento

1. OBJETIVO

Apresentar aos profissionais de saúde as instruções para Prevenir a transmissão de microrganismos por gotículas, durante a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, por microrganismos transmitidos por gotículas.

2. APLICABILIDADE

Unidade de observação adulto e infantil, Emergência,

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

Gotículas, também chamadas Gotículas de Pflugge são partículas líquidas expelidas para o ar que podem ser gerados por tosse, espirro, conversação de um paciente contaminado por microorganismo.

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do Paciente;
- Máscara cirúrgica

5.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos transversais:

- Confirmar prescrição/protocolo e indicação;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores;
- Verificar alergias e riscos;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos nos momentos indicados;
- Utilizar EPI conforme avaliação de risco/precaução;
- Preservar privacidade; descartar resíduos conforme PGRSS;
- Reavaliar e registrar o cuidado.

- Leia atentamente a prescrição médica e o prontuário do paciente e verifique se há confirmação ou suspeita de infecção por microrganismos disseminados por gotículas;
- Observe a identificação de "Precauções para gotículas" na porta do quarto;
- Higienize as mãos antes de entrar no quarto;
- Coloque máscara cirúrgica antes de entrar no quarto:
- Posicione corretamente os elásticos, um na região superior e outro na região inferior da cabeça, para que a máscara fique bem firme
- Ajuste a haste da máscara à parte superior do nariz (osso nasal), de modo a evitar o escape de ar;
- Higienize as mãos antes de sair do quarto;
- Após sair do quarto, retire a máscara e mantenha-a em local seco e limpo até a próxima utilização, lembrando que o uso da máscara é individual.

6. PERIODICIDADE

N/A

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente: use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções e descarte adequadamente os pérfuro-cortantes
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outro infectados pelo mesmo microoganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgicadurante toda sua permanência fora do quarto.
- As visitas devem ser restritas e orientadas pelo enfermeiro quanto às precauções para gotículas;
- O familiar ou acompanhante que entrar no quarto também deverá utilizar máscara cirúrgica;
- Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente, conforme as diretrizes preconizadas pelo SCIH e em conformidade com a Norma Regulamentadora (NR32);

- A porta do quarto deve estar identificada corretamente com o tipo e os meios de precaução para gotículas como abaixo:



8.RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Registrar no prontuário: data e hora, avaliação prévia, procedimento realizado, materiais/dispositivos e parâmetros pertinentes, resposta do paciente, intercorrências, condutas adotadas e identificação profissional. Realizar checagem e demais registros do Processo de Enfermagem conforme atribuições legais.

10. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação – Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: Volume único (recurso eletrônico)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – 2 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023

V.1.9.7.56. Cateterismo vesical de alívio

1. OBJETIVO

Realizar o cateterismo vesical de alívio de forma asséptica para drenagem imediata da urina, alívio da retenção urinária, obtenção de amostra estéril para exames diagnósticos ou instilação de medicamentos, garantindo a segurança do paciente e a prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais da instituição nos quais exista indicação clínica para realização de cateterismo vesical de alívio em pacientes adultos.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

CVA: Cateterismo Vesical de Alívio.

IRAS: Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem.

PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Material para higiene íntima;
- Luvas de procedimento;
- Máscara cirúrgica;
- Gorro;
- Avental;
- Óculos de proteção, quando indicado;
- Bandeja;
- Pacote estéril para sondagem vesical;
- Gazes estéreis;
- Clorexidina aquosa;

- Sonda uretral de calibre adequado;
- Luvas estéreis;
- Lidocaína gel 2%;
- Seringa de 20 mL;
- Aparadeira;
- Frasco graduado;
- Mesa de Mayo;
- Biombo, quando necessário;
- Saco para resíduo comum;
- Saco branco para resíduo infectante.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos Gerais

Antes da execução do procedimento:

- Confirmar a prescrição, indicação clínica ou avaliação do enfermeiro;
- Identificar o paciente utilizando, no mínimo, dois identificadores;
- Verificar alergias, contraindicações e fatores de risco;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Higienizar as mãos conforme protocolo institucional;
- Utilizar EPIs conforme avaliação de risco;
- Garantir privacidade, conforto e segurança do paciente;
- Descartar resíduos conforme o PGRSS;
- Registrar o procedimento e a evolução clínica.

Técnica

5.1 Cateterismo Vesical de Alívio Masculino

- Higienizar as mãos.
- Reunir os materiais necessários e encaminhá-los ao leito do paciente.
- Garantir ambiente privativo e confortável.
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante, quando presente.

- Posicionar o paciente em decúbito dorsal com membros inferiores estendidos e levemente afastados.
- Calçar luvas de procedimento.
- Realizar ou auxiliar na higiene íntima.
- Retirar as luvas e higienizar as mãos.
- Abrir o pacote estéril de sondagem sobre a mesa de Mayo.
- Abrir a sonda uretral e as gazes estéreis sobre o campo.
- Colocar a clorexidina aquosa na cuba rim.
- Preparar a lidocaína gel 2%, descartando o primeiro jato.
- Calçar as luvas estéreis.
- Umedecer gazes com a solução antisséptica.
- Retratar o prepúcio, quando presente.
- Realizar antissepsia da glande e do meato uretral do centro para a periferia, utilizando uma gaze para cada movimento.
- Manter o pênis elevado em ângulo aproximado de 60° a 90°.
- Lubrificar adequadamente a extremidade da sonda com lidocaína gel 2%.
- Introduzir lentamente a sonda pelo meato uretral sem utilizar força.
- Avançar a sonda até o início do fluxo urinário.
- Coletar o volume urinário em aparadeira ou recipiente graduado.
- Após cessar o fluxo urinário, retirar a sonda cuidadosamente.
- Reposicionar o prepúcio à sua posição anatômica, quando aplicável.
- Realizar higiene e secagem da região.
- Descartar o material conforme protocolo institucional.
- Higienizar as mãos.
- Mensurar e registrar o volume drenado.
- Registrar o procedimento em prontuário.

5.2 Cateterismo Vesical de Alívio Feminino

- Higienizar as mãos.
- Reunir os materiais necessários e encaminhá-los ao leito da paciente.

- Garantir ambiente privativo e confortável.
- Explicar o procedimento à paciente e acompanhante, quando presente.
- Posicionar a paciente em decúbito dorsal, com joelhos flexionados e membros inferiores afastados.
- Calçar luvas de procedimento.
- Realizar ou auxiliar na higiene íntima.
- Retirar as luvas e higienizar as mãos.
- Abrir o pacote estéril de sondagem sobre a mesa de Mayo.
- Abrir a sonda uretral e as gazes estéreis sobre o campo.
- Colocar a clorexidina aquosa na cuba rim.
- Lubrificar a extremidade da sonda com lidocaína gel 2%.
- Calçar as luvas estéreis.
- Umedecer gazes com a solução antisséptica.
- Afastar os grandes lábios com a mão não dominante.
- Realizar antissepsia da região genital no sentido anteroposterior.
- Limpar meato uretral, pequenos lábios e grandes lábios utilizando gazes diferentes para cada movimento.
- Identificar visualmente o meato uretral.
- Introduzir delicadamente a sonda uretral lubrificada até o aparecimento de urina.
- Coletar todo o volume urinário em recipiente apropriado.
- Após cessar o fluxo urinário, retirar cuidadosamente a sonda.
- Realizar higiene e secagem da região.
- Descartar o material conforme protocolo institucional.
- Higienizar as mãos.
- Mensurar e registrar o volume drenado.
- Registrar o procedimento em prontuário.

6. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Utilizar técnica asséptica durante todo o procedimento.
- Selecionar o calibre da sonda de acordo com avaliação do enfermeiro.

- Utilizar lubrificação adequada para reduzir trauma uretral.
- Não forçar a progressão da sonda diante de resistência.
- Manter rigorosamente a privacidade do paciente.
- Observar características da urina drenada.
- Em pacientes masculinos, reposicionar o prepúcio após o procedimento para prevenir parafimose.
- Comunicar imediatamente ao enfermeiro e/ou médico qualquer intercorrência.
- Avaliar sinais sugestivos de infecção urinária, retenção urinária persistente ou trauma uretral.

NOTA:

Em caso de resistência à passagem da sonda, interromper o procedimento e comunicar o médico responsável.

Não realizar múltiplas tentativas sem avaliação especializada, devido ao risco de falso trajeto e lesão uretral.

Na paciente feminina, caso a sonda seja introduzida inadvertidamente na vagina, descartá-la e utilizar uma nova sonda estéril para nova tentativa.

A avaliação da necessidade e a prescrição do cateterismo vesical de alívio devem estar fundamentadas na SAE e na legislação profissional vigente.

7. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro: avaliação, indicação, prescrição de enfermagem, execução do procedimento, supervisão e registros assistenciais.

Técnico de Enfermagem: auxílio no posicionamento, preparo do material, manutenção da privacidade, descarte dos resíduos, encaminhamento de amostras para análise e cuidados subsequentes sob supervisão do enfermeiro.

8. REGISTROS

Registrar o procedimento no prontuário físico ou eletrônico.

Descrever:

- Data e horário;
- Indicação do procedimento;
- Calibre da sonda utilizada;
- Volume drenado;
- Aspecto e coloração da urina;
- Coleta de material para exames, quando realizada;
- Intercorrências observadas;
- Resposta do paciente ao procedimento.
- Registrar na SAE quando aplicável.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE (EVENTO ADVERSO)

- Notificar eventos adversos conforme protocolo institucional e sistema de notificação vigente.
- Em caso de contaminação do campo estéril, reiniciar o procedimento com novo material estéril.
- Em caso de quebra da técnica asséptica, substituir os materiais contaminados.
- Em caso de passagem inadvertida da sonda para o canal vaginal, descartar a sonda e utilizar novo dispositivo estéril.
- Em caso de sangramento, dor intensa ou resistência à progressão da sonda, interromper imediatamente o procedimento e comunicar o enfermeiro e/ou médico.

10. RESULTADOS ESPERADOS

- Procedimento realizado com técnica asséptica e segurança.
- Esvaziamento vesical efetivo em casos de retenção urinária.
- Obtenção de amostra urinária estéril para exames quando indicada.
- Redução do desconforto associado à distensão vesical.
- Minimização do risco de infecções e lesões uretrais relacionadas ao procedimento.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PRADO, Marta Lenise do et al. Fundamentos para o Cuidado Profissional de Enfermagem. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2013.

ROGANTE, M. M.; FURCOLIN, M. I. R. Procedimentos Especializados de Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2000.

SILVA, L. D.; PEREIRA, S. E. M.; MESQUITA, A. M. F. Procedimentos de Enfermagem: Semiotécnica para o Cuidado. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736/2024 e demais normativas vigentes relacionadas à Sistematização da Assistência de Enfermagem e ao cateterismo vesical.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Versão vigente.

V.1.9.7.57. Sondagem Vesical de Demora Masculina

1. OBJETIVO

Realizar a inserção asséptica de sonda vesical de demora masculina para drenagem contínua da urina, monitorização do débito urinário ou instilação de soluções e medicamentos, garantindo a segurança do paciente e a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais da instituição em que houver indicação clínica e prescrição para cateterismo vesical de demora masculino.

3. Siglas, Termos e Definições

- **SVD:** Sonda Vesical de Demora.
- **IRAS:** Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.
- **SAE:** Sistematização da Assistência de Enfermagem.
- **PGRSS:** Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.
- **N/A:** Não se aplica.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 01 pacote de sondagem vesical;
- 01 par de luvas estéreis;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Compressas;
- Clorexidina 2%;
- Bacia com água morna;
- 01 sonda vesical de demora de duas ou três vias, em calibre adequado;
- Xilocaína gel 2%;
- 02 pacotes de gaze estéril;
- 01 seringa de 20 mL compatível com o dispositivo de insuflação do balonete;
- 15 a 20 mL de água destilada estéril;
- 01 agulha para aspiração (40 x 12);

- 01 bolsa coletora de urina em sistema fechado;
- Micropore ou esparadrapo;
- Saco para descarte de resíduos contaminados.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos Gerais

Antes da execução do procedimento:

- Confirmar a prescrição médica e a indicação clínica;
- Identificar o paciente utilizando, no mínimo, dois identificadores;
- Verificar alergias, contraindicações e fatores de risco;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Higienizar as mãos conforme protocolo institucional;
- Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) conforme avaliação de risco;
- Garantir privacidade, conforto e segurança do paciente;
- Descartar resíduos conforme o PGRSS;
- Realizar registro do procedimento e da evolução clínica.

Técnica

1. Higienizar as mãos.
2. Reunir os materiais necessários e encaminhá-los ao leito do paciente.
3. Garantir ambiente iluminado, privativo e confortável.
4. Orientar o paciente sobre o procedimento.
5. Calçar luvas de procedimento.
6. Avaliar as condições de higiene íntima e, se necessário, realizar higiene da genitália com água e sabão.
7. Posicionar o paciente em decúbito dorsal com membros inferiores estendidos e levemente afastados.
8. Retirar as luvas de procedimento.
9. Organizar o material em superfície limpa e adequada.
10. Abrir o pacote de sondagem utilizando técnica asséptica.

11. Dispor a clorexidina na cuba rim.
12. Acrescentar as gazes estéreis ao campo.
13. Preparar a xilocaína gel 2%, descartando o primeiro jato.
14. Testar a integridade do balonete.
15. Preparar a seringa com água destilada estéril para insuflação.
16. Calçar luvas estéreis.
17. Conectar a sonda à bolsa coletora, mantendo o sistema fechado.
18. Umedecer as gazes com o antisséptico.
19. Realizar antissepsia da glande e do meato uretral em movimentos circulares do centro para a periferia, utilizando uma gaze para cada movimento.
20. Se o paciente não for circuncidado, retrair delicadamente o prepúcio.
21. Posicionar o campo fenestrado permitindo visualização do meato uretral.
22. Segurar o pênis com a mão não dominante, mantendo-o elevado em ângulo aproximado de 60° a 90°.
23. Instilar ou aplicar quantidade adequada de xilocaína gel 2% na uretra, conforme protocolo institucional.
24. Lubrificar a extremidade da sonda com xilocaína gel 2%.
25. Introduzir delicadamente a sonda pelo meato uretral sem utilizar força.
26. Avançar a sonda até a bifurcação em "Y" ou até observar retorno urinário abundante.
27. Após o aparecimento da urina, avançar a sonda alguns centímetros adicionais para garantir posicionamento adequado na bexiga.
28. Insuflar o balonete com 15 a 20 mL de água destilada estéril, conforme recomendação do fabricante.
29. Tracionar suavemente a sonda até sentir resistência.
30. Reposicionar o prepúcio à sua posição anatômica, quando aplicável.
31. Retirar o campo fenestrado.
32. Remover resíduos do antisséptico da pele utilizando compressa úmida e secar a região.
33. Fixar a sonda no abdome inferior ou região suprapúbica, evitando tração excessiva e favorecendo o alinhamento anatômico da uretra masculina.

34. Posicionar a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, em suporte apropriado e nunca nas grades do leito.
35. Recolher os materiais utilizados e realizar descarte conforme protocolo institucional.
36. Higienizar as mãos.
37. Identificar a bolsa coletora com nome do paciente, data, horário e profissional responsável, conforme rotina institucional.
38. Registrar o procedimento em prontuário, incluindo:

- Data e horário;
- Tipo e calibre da sonda;
- Volume utilizado para insuflação do balonete;
- Características da urina;
- Volume drenado;
- Intercorrências observadas;
- Resposta do paciente ao procedimento.

6. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Utilizar técnica asséptica durante todo o procedimento.
- Manter o sistema coletor sempre fechado.
- Evitar desconexões desnecessárias do sistema.
- Manter a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga.
- Evitar dobras ou obstruções na extensão da sonda.
- Realizar higiene íntima conforme protocolo institucional.
- Avaliar diariamente a necessidade de permanência da sonda.
- Observar sinais e sintomas sugestivos de infecção urinária, como:
- Febre;
- Dor suprapúbica;
- Alteração do aspecto da urina;
- Hematúria;
- Odor fétido;
- Redução ou ausência de drenagem urinária.

- Comunicar imediatamente ao enfermeiro e/ou médico qualquer intercorrência relacionada ao dispositivo.
- Não realizar trocas rotineiras da sonda sem indicação clínica ou protocolo institucional.

NOTA:

- No paciente masculino, a passagem da sonda deve ocorrer sem utilização de força.
- Em caso de resistência à progressão da sonda, dor intensa, suspeita de estenose uretral, hiperplasia prostática, trauma uretral ou presença de sangramento pelo meato uretral, interromper o procedimento e comunicar imediatamente o médico responsável.
- Nunca insuflar o balonete sem confirmação do posicionamento da sonda no interior da bexiga por meio do retorno urinário.
- Tentativas repetidas de cateterização aumentam o risco de falso trajeto, lesão uretral, sangramento e infecção.
- Após o procedimento, reposicionar o prepúcio em sua posição anatômica para prevenir parafimose.

Teste do Balonete

O teste da integridade do balonete poderá ser realizado de uma das seguintes formas:

Método 1 – Dentro do campo estéril

- Dispor sonda e seringa no campo estéril.
- Aspirar água destilada estéril.
- Insuflar o balonete para avaliação da integridade.
- Aspirar totalmente a água antes da inserção.

Método 2 – Antes da montagem do campo

- Manter a sonda protegida dentro da embalagem.
- Expor apenas a via de insuflação.
- Realizar o teste de integridade do balonete.
- Esvaziá-lo completamente antes do procedimento.

7. RESPONSÁVEIS

- **Enfermeiro:** avaliação, indicação, execução do procedimento, supervisão e registros assistenciais.
- **Técnico de Enfermagem:** auxílio durante o procedimento e cuidados subsequentes sob supervisão do enfermeiro.

8. REGISTROS

- Registrar o procedimento no prontuário físico ou eletrônico.
- Realizar anotação de enfermagem contendo dados do procedimento e resposta do paciente.
- Registrar na SAE quando aplicável.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE (EVENTO ADVERSO)

- Notificar eventos adversos conforme protocolo institucional e sistema de notificação vigente.
- Em caso de contaminação do campo estéril, reiniciar o procedimento com novo material estéril.
- Em caso de quebra da técnica asséptica, substituir os materiais contaminados.
- Em caso de passagem inadvertida da sonda para o canal vaginal, descartar a sonda e utilizar novo dispositivo estéril.
- Em caso de sangramento, dor intensa ou resistência à progressão da sonda, interromper imediatamente o procedimento e comunicar o enfermeiro e/ou médico.

10. RESULTADOS ESPERADOS

1. Procedimento realizado com técnica asséptica e segurança.
2. Drenagem urinária efetiva e contínua.
3. Monitorização adequada do débito urinário.
4. Redução do risco de complicações relacionadas ao cateterismo vesical.
5. Atendimento da finalidade terapêutica ou diagnóstica indicada.

11. Referências Bibliográficas

- PRADO, Marta Lenise do et al. Fundamentos para o Cuidado Profissional de Enfermagem. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2013.
- ROGANTE, M. M.; FURCOLIN, M. I. R. Procedimentos Especializados de Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2000.
- SILVA, L. D.; PEREIRA, S. E. M.; MESQUITA, A. M. F. Procedimentos de Enfermagem: Semiotécnica para o Cuidado. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Legislação profissional vigente relacionada ao cateterismo vesical e assistência de enfermagem.

V.1.9.7.58. Sondagem Vesical de Demora Feminina

1. OBJETIVO

Realizar a inserção asséptica de sonda vesical de demora feminina para drenagem contínua da urina, monitorização do débito urinário ou instilação de soluções e medicamentos, garantindo a segurança da paciente e a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais da instituição em que houver indicação clínica e prescrição para cateterismo vesical de demora feminino.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- SVD: Sonda Vesical de Demora.
- IRAS: Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.
- SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem.
- PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 01 pacote de sondagem vesical;
- 01 par de luvas estéreis;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Compressas;
- Clorexidina 2%;
- Bacia com água morna;
- 01 sonda vesical de demora de duas ou três vias, em calibre adequado;
- Xilocaína gel 2%;
- 02 pacotes de gaze estéril;
- 01 seringa de 20 mL compatível com o dispositivo de insuflação do balonete;
- 15 a 20 mL de água destilada estéril;
- 01 agulha para aspiração (40 x 12);

- 01 bolsa coletora de urina em sistema fechado;
- Micropore ou esparadrapo;
- Saco para descarte de resíduos contaminados.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Requisitos Gerais

Antes da execução do procedimento:

- Confirmar a prescrição médica e a indicação clínica;
- Identificar a paciente utilizando, no mínimo, dois identificadores;
- Verificar alergias, contraindicações e fatores de risco;
- Explicar o procedimento à paciente e/ou acompanhante;
- Higienizar as mãos conforme protocolo institucional;
- Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) conforme avaliação de risco;
- Garantir privacidade, conforto e segurança da paciente;
- Descartar resíduos conforme o PGRSS;
- Realizar registro do procedimento e da evolução clínica.

Técnica

1. Higienizar as mãos.
2. Reunir os materiais necessários e encaminhá-los ao leito da paciente.
3. Garantir ambiente iluminado, privativo e confortável.
4. Orientar a paciente sobre o procedimento.
5. Calçar luvas de procedimento.
6. Avaliar as condições de higiene íntima e, se necessário, realizar higiene perineal com água e sabão.
7. Posicionar a paciente em decúbito dorsal, com membros inferiores flexionados e afastados.
8. Retirar as luvas de procedimento.
9. Organizar o material em superfície limpa e adequada.
10. Abrir o pacote de sondagem utilizando técnica asséptica.
11. Dispor a clorexidina na cuba rim.

12. Acrescentar as gazes estéreis ao campo.
13. Preparar a xilocaína gel 2%, descartando o primeiro jato.
14. Testar a integridade do balonete.
15. Preparar a seringa com água destilada estéril para insuflação.
16. Calçar luvas estéreis.
17. Conectar a sonda à bolsa coletora, mantendo o sistema fechado.
18. Umedecer as gazes com o antisséptico.
19. Realizar antissepsia da região perineal no sentido anteroposterior.
20. Posicionar o campo fenestrado permitindo visualização do meato uretral.
21. Com a mão não dominante, afastar os grandes lábios e expor o meato uretral.
22. Lubrificar a extremidade da sonda com xilocaína gel 2%.
23. Introduzir delicadamente a sonda no meato uretral até observar retorno urinário.
24. Após o aparecimento da urina, avançar a sonda alguns centímetros adicionais para garantir posicionamento adequado na bexiga.
25. Insuflar o balonete com 15 a 20 mL de água destilada estéril, conforme recomendação do fabricante.
26. Tracionar suavemente a sonda até sentir resistência.
27. Retirar o campo fenestrado.
28. Remover resíduos do antisséptico da pele utilizando compressa úmida e secar a região.
29. Fixar a sonda na face interna da coxa, evitando tração excessiva.
30. Posicionar a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, em suporte apropriado e nunca nas grades do leito.
31. Recolher os materiais utilizados e realizar descarte conforme protocolo institucional.
32. Higienizar as mãos.
33. Identificar a bolsa coletora com nome da paciente, data, horário e profissional responsável, conforme rotina institucional.
34. Registrar o procedimento em prontuário, incluindo:

- Data e horário;
- Tipo e calibre da sonda;
- Volume utilizado para insuflação do balonete;

- Características da urina;
- Volume drenado;
- Intercorrências observadas;
- Resposta da paciente ao procedimento.

6. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Utilizar técnica asséptica durante todo o procedimento.
- Manter o sistema coletor sempre fechado.
- Evitar desconexões desnecessárias do sistema.
- Manter a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga.
- Evitar dobras ou obstruções na extensão da sonda.
- Realizar higiene íntima conforme protocolo institucional.
- Avaliar diariamente a necessidade de permanência da sonda.
- Observar sinais e sintomas sugestivos de infecção urinária, como:
- Febre;
- Dor suprapúbica;
- Alteração do aspecto da urina;
- Hematúria;
- Odor fétido;
- Redução ou ausência de drenagem urinária.
- Comunicar imediatamente ao enfermeiro e/ou médico qualquer intercorrência relacionada ao dispositivo.
- Não realizar trocas rotineiras da sonda sem indicação clínica ou protocolo institucional.

Teste do Balonete

O teste da integridade do balonete poderá ser realizado de uma das seguintes formas:

Método 1 – Dentro do campo estéril

- Dispor sonda e seringa no campo estéril.
- Aspirar água destilada estéril.

- Insuflar o balonete para avaliação da integridade.
- Aspirar totalmente a água antes da inserção.

Método 2 – Antes da montagem do campo

- Manter a sonda protegida dentro da embalagem.
- Expor apenas a via de insuflação.
- Realizar o teste de integridade do balonete.
- Esvaziá-lo completamente antes do procedimento.

7. RESPONSÁVEIS

- **Enfermeiro:** avaliação, indicação, execução do procedimento, supervisão e registros assistenciais.
- **Técnico de Enfermagem:** auxílio durante o procedimento e cuidados subsequentes sob supervisão do enfermeiro.

8. REGISTROS

- Registrar o procedimento no prontuário físico ou eletrônico.
- Realizar anotação de enfermagem contendo dados do procedimento e resposta da paciente.
- Registrar na SAE quando aplicável.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE (EVENTO ADVERSO)

- Notificar eventos adversos conforme protocolo institucional e sistema de notificação vigente.
- Em caso de contaminação do campo estéril, reiniciar o procedimento com novo material estéril.
- Em caso de quebra da técnica asséptica, substituir os materiais contaminados.
- Em caso de passagem inadvertida da sonda para o canal vaginal, descartar a sonda e utilizar novo dispositivo estéril.
- Em caso de sangramento, dor intensa ou resistência à progressão da sonda, interromper imediatamente o procedimento e comunicar o enfermeiro e/ou médico.

10. RESULTADOS ESPERADOS

1. Procedimento realizado com técnica asséptica e segurança.
2. Drenagem urinária efetiva e contínua.
3. Monitorização adequada do débito urinário.
4. Redução do risco de complicações relacionadas ao cateterismo vesical.
5. Atendimento da finalidade terapêutica ou diagnóstica indicada.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PRADO, Marta Lenise do et al. **Fundamentos para o Cuidado Profissional de Enfermagem**. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2013.

ROGANTE, M. M.; FURCOLIN, M. I. R. **Procedimentos Especializados de Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SILVA, L. D.; PEREIRA, S. E. M.; MESQUITA, A. M. F. **Procedimentos de Enfermagem: Semiotécnica para o Cuidado**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Legislação profissional vigente relacionada ao cateterismo vesical e assistência de enfermagem.

V.1.9.7.59 POP de Administração Segura de Medicamentos em Pronto Atendimento

1. OBJETIVO

Padronizar todas as etapas relacionadas à administração de medicamentos no Pronto Atendimento, desde a prescrição e validação até o preparo, administração, registro, monitoramento e resposta a intercorrências, reduzindo erros e danos evitáveis.

O protocolo busca assegurar que o medicamento correto seja administrado ao paciente correto, na dose, via, horário e condições corretas, com indicação, documentação, orientação, forma farmacêutica, resposta e direito de recusa devidamente verificados.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se às áreas de acolhimento, classificação de risco, consultórios, medicação, observação, emergência, estabilização, pediatria, transporte intra-hospitalar e demais setores do Pronto Atendimento em que medicamentos sejam prescritos, dispensados, armazenados, preparados ou administrados.

Aplica-se a profissionais próprios, temporários, prestadores, estudantes sob supervisão e demais pessoas formalmente autorizadas.

3. BASE LEGAL E NORMATIVA

Este POP observa, especialmente:

- Lei nº 5.991/1973 e Decreto nº 74.170/1974, no que couber;
- Lei nº 7.498/1986 e Decreto nº 94.406/1987, sobre o exercício da enfermagem;
- Portaria SVS/MS nº 344/1998 e atualizações, para substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;
- RDC Anvisa nº 63/2011, sobre boas práticas de funcionamento para serviços de saúde;
- Portaria GM/MS nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- RDC Anvisa nº 36/2013, sobre ações para a segurança do paciente;
- Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos do Ministério da Saúde e Anvisa;

- RDC Anvisa nº 222/2018, sobre gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;
- NR-32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;
- Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e normas dos conselhos profissionais vigentes;
- normas sanitárias, profissionais, farmacêuticas e institucionais aplicáveis.

Na ocorrência de atualização normativa, deverá prevalecer a regra vigente.

4. DEFINIÇÕES

Erro de medicação: evento evitável que pode causar ou levar ao uso inadequado de medicamento ou dano ao paciente.

Evento adverso a medicamento: dano decorrente do uso de medicamento, relacionado ou não a erro.

Reação adversa: resposta nociva e não intencional a medicamento utilizado em doses normalmente empregadas.

Medicamento potencialmente perigoso ou de alta vigilância: medicamento com risco elevado de causar dano grave quando utilizado incorretamente.

Medicamentos LASA: medicamentos com nomes, grafias, sons ou embalagens semelhantes.

Dupla checagem independente: conferência realizada separadamente por dois profissionais habilitados, sem indução da resposta do segundo conferente.

5. PRINCÍPIOS DE SEGURANÇA

- a prescrição deverá ser legível, completa, rastreável e clinicamente adequada;
- nenhuma administração será realizada sem identificação segura do paciente e conferência da prescrição;
- dúvidas, divergências ou prescrições incompletas deverão ser esclarecidas antes da administração, salvo intervenção imediata necessária para salvar vida, devidamente documentada;
- interrupções e distrações durante o preparo deverão ser reduzidas;
- medicamentos não deverão ser preparados por um profissional e administrados por outro, salvo processo institucional controlado e rastreável;

- todo medicamento administrado deverá ser registrado imediatamente após o procedimento;
- o paciente tem direito à informação e à recusa esclarecida.

6. RESPONSABILIDADES DA DIREÇÃO E GESTÃO

- garantir recursos humanos, medicamentos, equipamentos e ambiente adequados;
- assegurar funcionamento da Farmácia e do Núcleo de Segurança do Paciente;
- aprovar lista de medicamentos padronizados e de alta vigilância;
- garantir protocolos de emergência, capacitação e auditoria;
- analisar indicadores e assegurar tratamento das não conformidades.

7. RESPONSABILIDADES DO PRESCRITOR

- avaliar o paciente e confirmar alergias, peso, idade, gestação, função renal/hepática e medicamentos em uso, quando pertinentes;
- prescrever com denominação genérica, dose, unidade, forma, via, diluição, velocidade, frequência e duração;
- evitar abreviaturas perigosas e casas decimais ambíguas;
- justificar e monitorar medicamentos de maior risco;
- revisar duplicidades, interações, contraindicações e resposta terapêutica;
- esclarecer prontamente dúvidas da equipe.

8. RESPONSABILIDADES DO FARMACÊUTICO

- realizar análise técnica das prescrições conforme organização do serviço;
- avaliar dose, intervalo, via, compatibilidade, estabilidade, duplicidade, alergia e interação;
- dispensar medicamentos identificados e em condições adequadas;
- apoiar informações sobre preparo, diluição, estabilidade e antídotos;
- controlar medicamentos sujeitos a controle especial;
- participar da farmacovigilância, investigação de erros e educação permanente.

9. RESPONSABILIDADES DO ENFERMEIRO

- organizar e supervisionar o processo de administração;
- avaliar prescrições, condições clínicas e acessos;
- definir prioridades e profissionais aptos;
- realizar ou supervisionar medicamentos de maior complexidade conforme competência;
- garantir dupla checagem quando exigida;
- reconhecer e conduzir intercorrências dentro de suas atribuições;
- comunicar prescritor, Farmácia, liderança e NSP.

10. RESPONSABILIDADES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- conferir prescrição, paciente e medicamento;
- preparar e administrar somente dentro de sua competência e sob supervisão do enfermeiro;
- observar resposta clínica e comunicar alterações imediatamente;
- registrar a administração, recusa, omissão ou intercorrência;
- não executar procedimento diante de dúvida não esclarecida.

11. IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE

Utilizar pelo menos dois identificadores, preferencialmente:

- nome completo;
- data de nascimento;
- número de prontuário ou atendimento;
- nome da mãe, quando previsto institucionalmente.

Solicitar que o paciente informe seus dados, quando possível, e confrontá-los com pulseira, prontuário e prescrição. Número de leito, cadeira, sala, aparência física ou diagnóstico não são identificadores. Os pacientes em observação deverão ser identificados nominalmente, por pulseira com dois identificadores, preservando-se a privacidade quanto a diagnóstico e demais informações clínicas; o número do leito será utilizado somente como informação de localização física.

Em paciente inconsciente, não identificado ou em emergência, seguir o protocolo institucional de identificação provisória, mantendo rastreabilidade até a identificação definitiva.

12. VERIFICAÇÃO DE ALERGIAS

Perguntar diretamente sobre alergias e reações anteriores, verificar pulseira, prontuário e prescrição e diferenciar alergia de efeito adverso ou intolerância quando possível.

Na presença de alergia conhecida ou suspeita, interromper o processo, comunicar o prescritor e registrar de forma visível. A ausência de informação não deve ser automaticamente interpretada como ausência de alergia.

13. OS CERTOS DA ADMINISTRAÇÃO

Conferir antes, durante e após o procedimento:

- paciente certo;
- medicamento certo;
- dose certa;
- via certa;
- horário certo;
- registro certo;
- indicação certa;
- forma/apresentação certa;
- orientação certa;
- resposta certa;
- validade e integridade certas;
- direito de recusa respeitado.

Os "certos" são barreiras de segurança e não substituem julgamento clínico, comunicação e monitoramento.

14. REQUISITOS DA PRESCRIÇÃO

A prescrição deverá conter identificação do paciente, data e hora, medicamento, concentração, dose, unidade, via, frequência/horário, duração ou critério de suspensão, diluição e velocidade quando necessárias, além da identificação do prescritor.

Prescrições "se necessário" deverão informar indicação, dose, intervalo mínimo e dose máxima, quando aplicável. Infusões tituláveis deverão possuir alvo clínico, limites e parâmetros de ajuste.

15. PRESCRIÇÃO VERBAL OU TELEFÔNICA

Deve ser restrita a emergência ou situação excepcional em que a espera pela prescrição escrita aumente o risco.

O receptor deverá anotar imediatamente, repetir em voz alta nome do medicamento, dose, via e paciente e obter confirmação do prescritor. O prescritor deverá registrar e validar a ordem assim que a situação permitir, conforme política institucional.

É vedado aceitar abreviação, mensagem informal ou ordem sem identificação do prescritor como substituto habitual da prescrição.

16. ABREVIATURAS, DECIMAIS E UNIDADES

Não utilizar abreviaturas perigosas, símbolos ambíguos ou nomes comerciais quando houver risco de confusão.

- escrever "unidade" em vez de "U" ou "UI" quando houver possibilidade de erro;
- usar zero antes da vírgula em dose menor que um, por exemplo 0,5 mg;
- não usar zero após número inteiro, por exemplo escrever 5 mg, não 5,0 mg;
- escrever microgramа por extenso quando necessário;
- não abreviar nomes de medicamentos.

17. TRIAGEM DA PRESCRIÇÃO

Antes do preparo, verificar:

- compatibilidade com diagnóstico e condição clínica;
- alergias e contraindicações;
- dose por peso, idade e função orgânica;
- duplicidade terapêutica;
- interações relevantes;

- intervalo desde dose anterior;
- disponibilidade, concentração e apresentação;
- necessidade de monitoramento ou antídoto.

Divergências deverão ser resolvidas com prescritor e Farmácia e documentadas conforme o fluxo.

18. DISPENSAÇÃO E RECEBIMENTO

O medicamento dispensado deverá corresponder à prescrição e chegar identificado, íntegro, dentro da validade e em condições adequadas de conservação.

No recebimento, conferir nome, concentração, forma, quantidade, lote quando aplicável e condições da embalagem. Medicamentos sem identificação, vencidos, danificados ou com aspecto alterado não deverão ser utilizados.

19. ARMAZENAMENTO NO SETOR

Manter medicamentos em área limpa, seca, organizada, com acesso controlado e temperatura monitorada quando exigido. Separar medicamentos de alta vigilância, controlados, refrigerados, soluções concentradas e produtos LASA.

Não armazenar medicamentos junto a alimentos, materiais contaminados ou produtos químicos. Estoques de carrinho de emergência deverão ser lacrados, conferidos e repostos conforme protocolo.

20. PREPARO – CONDIÇÕES GERAIS

1. higienizar as mãos;
2. organizar superfície limpa, iluminada e com mínima interrupção;
3. conferir prescrição e identificação;
4. separar apenas os medicamentos de um paciente por vez;
5. conferir rótulo ao retirar, preparar e devolver/descartar;
6. verificar validade, integridade e aspecto;
7. calcular dose e volume;

8. realizar diluição/reconstituição conforme fonte institucional confiável;
9. identificar imediatamente seringa, frasco ou bolsa preparada;
10. administrar o mais próximo possível do preparo, respeitando estabilidade.

21. ROTULAGEM DO MEDICAMENTO PREPARADO

Toda seringa, copo, frasco ou bolsa fora da embalagem original e não administrada imediatamente deverá conter, conforme aplicável:

- paciente;
- medicamento e concentração;
- dose/volume;
- diluente e volume final;
- via;
- data e hora do preparo;
- validade após preparo;
- identificação do profissional.

Seringa sem identificação deve ser descartada, exceto quando permanecer continuamente na mão do profissional durante preparo e administração imediata de um único medicamento.

22. HIGIENE E TÉCNICA ASSÉPTICA

Higienizar as mãos nos momentos indicados, desinfetar conexões e superfícies de acesso, utilizar material estéril quando requerido e evitar tocar partes críticas.

Frascos, ampolas e soluções deverão ser manipulados conforme técnica, recomendações do fabricante e protocolos de prevenção de infecção.

23. CÁLCULO DE DOSE

O cálculo deverá partir da dose prescrita, concentração disponível e volume final. Confirmar unidade de medida e conversões.

Exigir dupla checagem independente para cálculos de alta vigilância, doses pediátricas, insulina, anticoagulantes, eletrólitos concentrados, drogas vasoativas e outras definidas institucionalmente. Calculadoras, tabelas e sistemas são apoio; o profissional mantém responsabilidade pela conferência crítica do resultado.

24. DILUIÇÃO, RECONSTITUIÇÃO E ESTABILIDADE

Utilizar exclusivamente diluente compatível, volume, técnica, concentração, recipiente, tempo de estabilidade e condições de conservação definidos pelo fabricante ou fonte institucional aprovada. Não improvisar diluições, misturar medicamentos sem confirmação de compatibilidade ou conservar sobras quando não autorizado. Registrar horário de abertura/reconstituição nos frascos multidose permitidos.

25. COMPATIBILIDADE E ACESSO VENOSO

Antes de administrar por acesso compartilhado, verificar compatibilidade entre medicamentos, soluções e materiais. Quando incompatíveis, utilizar via/lúmen distinto ou lavar o acesso conforme protocolo e condição clínica.

Avaliar permeabilidade, sinais de infiltração, extravasamento, flebite e infecção. Não administrar em acesso com alteração sem avaliação.

26. ADMINISTRAÇÃO POR VIA ORAL

Confirmar capacidade de deglutição, nível de consciência, jejum, náuseas e risco de aspiração. Manter o paciente em posição segura e observar a ingestão.

Não triturar comprimidos de liberação modificada, revestimento entérico, sublinguais, citotóxicos ou outros não trituráveis. Para sonda enteral, seguir protocolo específico, administrar separadamente e lavar a sonda conforme indicação.

27. ADMINISTRAÇÃO INTRAMUSCULAR, SUBCUTÂNEA E INTRADÉRMICA

Selecionar local, agulha, volume e técnica conforme idade, massa muscular, medicamento, condição clínica e protocolo. Avaliar integridade da pele e contraindicações.

Realizar rodízio quando indicado, evitar áreas inflamadas ou lesionadas e descartar perfurocortantes imediatamente, sem reencapar.

28. ADMINISTRAÇÃO INTRAVENOSA

Confirmar diluição, concentração máxima, velocidade, compatibilidade, tipo de acesso e necessidade de bomba de infusão.

Avaliar o acesso antes, durante e após. Medicamentos em bolus deverão ser administrados na velocidade recomendada. Monitorar sinais vitais, dor, reação, infiltração e extravasamento conforme risco.

29. BOMBAS DE INFUSÃO

Somente profissional capacitado deverá programar a bomba. Conferir medicamento, concentração, unidade, taxa, volume a infundir, limites e conexão até o paciente.

Utilizar biblioteca de drogas e limites de segurança quando disponíveis. Alarmes não deverão ser desativados sem avaliação e correção da causa. Troca de plantão incluirá conferência à beira-leito.

30. MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

A instituição deverá manter lista própria, sinalização e barreiras específicas. Podem incluir, conforme perfil assistencial:

- insulinas;
- anticoagulantes;
- opioides;
- sedativos e bloqueadores neuromusculares;
- eletrólitos concentrados;

- drogas vasoativas;
- trombolíticos;
- medicamentos utilizados em ressuscitação;
- outros definidos pela avaliação de risco.

Adotar armazenamento segregado, acesso restrito, protocolos de dose/concentração, rotulagem diferenciada, dupla checagem e monitoramento.

31. DUPLA CHECAGEM INDEPENDENTE

O primeiro profissional realiza o processo e registra os dados; o segundo confere de forma independente paciente, prescrição, medicamento, concentração, cálculo, dose, via, programação e identificação.

A assinatura sem conferência real é proibida. A dupla checagem não deverá ser expandida indiscriminadamente a ponto de perder efetividade; será aplicada aos pontos de maior risco definidos institucionalmente.

32. MEDICAMENTOS LASA

Medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes deverão ser mapeados e separados fisicamente quando possível, com diferenciação visual segura e alerta no sistema.

Durante a comunicação verbal, pronunciar nome completo, concentração e indicação e utilizar repetição confirmatória. Não armazenar lado a lado apresentações facilmente confundíveis sem barreira adicional.

33. ELETRÓLITOS CONCENTRADOS

Soluções concentradas deverão permanecer preferencialmente sob controle da Farmácia e não em estoque assistencial, salvo necessidade justificada e com barreiras robustas.

Quando utilizadas, exigir prescrição completa, diluição padronizada, dupla checagem, identificação e administração em bomba quando indicada. É proibida administração intravenosa direta de cloreto de potássio concentrado.

34. INSULINAS

Confirmar tipo, concentração, dose, dispositivo, glicemia, horário da alimentação e indicação. Utilizar seringa/dispositivo compatível e realizar dupla checagem independente.

Não usar "U" ou "UI" de forma ambígua. Monitorar hipoglicemia e manter protocolo de reconhecimento e tratamento disponível.

35. ANTICOAGULANTES E TROMBOLÍTICOS

Avaliar peso, indicação, função renal, exames, risco hemorrágico, interações e dose prévia. Realizar dupla checagem conforme lista institucional.

Monitorar sangramento, sinais neurológicos, queda de hemoglobina e parâmetros específicos. Em trombólise, seguir protocolo clínico próprio e critérios de inclusão/exclusão.

36. OPIOIDES, SEDATIVOS E BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES

Avaliar nível de consciência, ventilação, saturação, pressão arterial e risco de queda. Garantir monitoramento, oxigênio, suporte de via aérea e antagonistas quando indicados.

Bloqueadores neuromusculares deverão possuir alerta destacado e nunca ser administrados sem ventilação e sedação adequadas, exceto contexto específico de ressuscitação conforme protocolo.

37. MEDICAMENTOS EM PEDIATRIA

Registrar peso atual em quilogramas e não estimar quando a condição permitir pesagem. Prescrever e conferir dose por kg, dose máxima, concentração final e volume mensurável.

Exigir dupla checagem de cálculos e utilizar dispositivos de medida apropriados. Em emergência, poderá ser utilizada estimativa validada de peso, devendo ser registrada e substituída pela medida real assim que possível.

38. IDOSOS, GESTANTES E PESSOAS COM DISFUNÇÃO ORGÂNICA

Avaliar risco aumentado de interação, sedação, delirium, queda, alteração renal/hepática e necessidade de ajuste. Em gestantes ou lactantes, confirmar segurança e relação benefício-risco. Não aplicar ajustes automaticamente sem prescrição; comunicar o prescritor diante de risco identificado.

39. SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E RESSUSCITAÇÃO

Em risco iminente de morte, priorizar intervenção rápida com comunicação em alça fechada: quem prescreve informa paciente, medicamento, dose e via; quem recebe repete; quem prescreve confirma.

Rotular seringas, anunciar cada administração, registrar doses e horários em tempo real por profissional designado e reconciliar os registros após o atendimento. A urgência não elimina conferências possíveis.

40. MEDICAMENTO TRAZIDO PELO PACIENTE

Não administrar medicamento próprio sem avaliação, prescrição e autorização conforme política institucional. Identificar, conferir integridade, validade e procedência quando possível.

Medicamentos sem identificação confiável não deverão ser utilizados. Pertences farmacológicos deverão ser guardados ou devolvidos ao responsável com registro.

41. CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

Obter a melhor história possível de medicamentos em uso, incluindo nome, dose, horário, fitoterápicos, suplementos, alergias e adesão. Utilizar paciente, familiar, receitas, embalagens e sistemas disponíveis.

Comunicar discrepâncias ao prescritor e garantir que informações relevantes acompanhem alta, internação ou transferência.

42. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Antes da administração, informar de forma compatível com a situação clínica:

- nome e finalidade do medicamento;
- via e principais cuidados;
- efeitos esperados e sinais de alerta;
- necessidade de monitoramento;
- possibilidade de fazer perguntas e recusar.

A participação do paciente é barreira adicional, não transferência de responsabilidade.

43. RECUSA, OMISSÃO E ATRASO

Na recusa, verificar compreensão, esclarecer dúvidas, avaliar capacidade e comunicar prescritor/enfermeiro quando houver risco. Respeitar a decisão informada e registrar.

Omissão ou atraso deverá ser avaliado quanto à criticidade. Não administrar dose atrasada ou duplicada sem orientação quando houver risco. Registrar motivo e conduta, utilizando código institucional sem ocultar a ocorrência.

44. MONITORAMENTO DA RESPOSTA

Avaliar efeito terapêutico e eventos adversos conforme medicamento: sinais vitais, dor, consciência, glicemia, sedação, sangramento, débito urinário, exames e outros parâmetros.

O monitoramento deverá ter frequência compatível com início, pico, duração e risco. Alterações relevantes exigem interrupção quando indicada, suporte clínico e comunicação imediata.

45. REAÇÃO ADVERSA E ANAFILAXIA

Diante de reação suspeita:

1. interromper a administração quando indicado;

2. avaliar vias aéreas, respiração, circulação e consciência;
3. acionar equipe médica e protocolo de emergência;
4. iniciar medidas de suporte e tratamento prescritos/protocolados;
5. manter embalagem, lote e materiais relevantes;
6. registrar evolução e condutas;
7. notificar Farmácia, NSP e farmacovigilância conforme fluxo.

Anafilaxia exige reconhecimento e tratamento imediatos conforme protocolo clínico institucional.

46. EXTRAVASAMENTO

Ao suspeitar de extravasamento, interromper a infusão sem retirar imediatamente o dispositivo, avaliar o local e seguir protocolo específico do medicamento. Não comprimir ou aplicar medidas térmicas sem orientação técnica.

Comunicar enfermeiro e médico, aplicar antídoto ou medidas locais quando indicados, documentar extensão, sintomas, tratamento e acompanhamento.

47. ERRO DE MEDICAÇÃO

Ao identificar erro ou quase erro:

1. proteger e avaliar o paciente;
2. comunicar imediatamente enfermeiro e prescritor;
3. realizar tratamento e monitoramento necessários;
4. informar Farmácia e NSP;
5. registrar fatos e assistência no prontuário;
6. preencher notificação interna sem julgamento;
7. preservar medicamento, embalagem e equipamentos;
8. colaborar com investigação e plano de ação.

Não ocultar o erro, alterar registros ou punir notificação de boa-fé.

48. COMUNICAÇÃO APÓS INCIDENTE

A comunicação com paciente e família deverá ser transparente, empática, coordenada e compatível com as informações confirmadas, conforme protocolo institucional de eventos adversos.

Informar condição clínica, medidas adotadas e próximos passos, evitando especulação ou culpabilização. Atualizações relevantes deverão ser fornecidas e registradas.

49. REGISTRO DA ADMINISTRAÇÃO

Registrar imediatamente após administrar:

- medicamento, dose, via, data e hora;
- local de aplicação quando pertinente;
- velocidade e dispositivo de infusão;
- parâmetros clínicos exigidos;
- identificação do profissional;
- resposta, intercorrência, recusa, atraso ou omissão.

Nunca registrar antes de administrar. Correções deverão manter data, autoria e rastreabilidade.

50. DESCARTE E SEGURANÇA OCUPACIONAL

Descartar perfurocortantes imediatamente em coletor apropriado, sem reencapar, desconectar manualmente ou ultrapassar o limite. Resíduos químicos e medicamentos deverão seguir o Plano de Gerenciamento de Resíduos.

Utilizar EPIs conforme risco. Acidente ocupacional exige atendimento e notificação imediatos conforme protocolo.

51. TRANSFERÊNCIA E PASSAGEM DE PLANTÃO

Comunicar medicamentos administrados, pendentes, contínuos e "se necessário", horários, reações, acessos, bombas, velocidade, monitoramentos e alergias.

Realizar conferência conjunta de infusões de alto risco, seguindo cada linha da bolsa ao paciente. Documentar divergências e corrigi-las antes da transferência quando possível.

52. CAPACITAÇÃO E COMPETÊNCIA

Profissionais deverão receber capacitação admissional e periódica sobre cálculo, vias, bombas, alta vigilância, prevenção de erros, reação adversa, anafilaxia, extravasamento e notificação.

Competências para atividades de maior risco deverão ser avaliadas e documentadas. Profissional não habilitado ou não capacitado não deverá executar o procedimento sozinho.

53. AUDITORIA E INDICADORES

Monitorar, no mínimo:

- taxa de erros de medicação por 1.000 doses administradas;
- percentual de prescrições com alergia registrada;
- adesão à identificação com dois identificadores;
- adesão à dupla checagem de alta vigilância;
- doses omitidas ou atrasadas;
- medicamentos administrados sem registro;
- reações adversas notificadas;
- eventos com dano moderado, grave ou óbito;
- conformidade da rotulagem de preparações;
- capacitação válida dos profissionais.

Os resultados deverão gerar análise de tendência e plano de melhoria.

54. FLUXO OPERACIONAL

AVALIAÇÃO E PRESCRIÇÃO COMPLETA
ANÁLISE DA PRESCRIÇÃO E ALERGIAS
DISPENSAÇÃO / SEPARAÇÃO SEGURA
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE COM DOIS IDENTIFICADORES
CONFERÊNCIA DOS CERTOS
CÁLCULO, PREPARO, ROTULAGEM E DUPLA CHECAGEM QUANDO INDICADA
ADMINISTRAÇÃO PELA VIA E VELOCIDADE CORRETAS
REGISTRO IMEDIATO
MONITORAMENTO DA RESPOSTA
NOTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS.

55. CHECKLIST À BEIRA-LEITO

- confirmei dois identificadores;
- conferi alergias;
- confrontei medicamento e prescrição;
- confirmei indicação, dose, unidade, via e horário;
- verifiquei validade, integridade e aspecto;
- confirmei cálculo, diluição, compatibilidade e velocidade;
- realizei dupla checagem quando exigida;
- identifiquei corretamente a preparação;
- avaliei acesso, sinais vitais e parâmetros necessários;
- orientei o paciente;
- administrei e observei a resposta;
- registrei imediatamente.

56. CONDUTAS PROIBIDAS

- administrar medicamento sem prescrição válida, salvo emergência protocolada;
- utilizar número de leito como identificador;
- administrar preparação sem identificação;
- alterar dose ou via por iniciativa própria fora de protocolo autorizado;
- deixar medicamentos preparados sem vigilância;
- misturar produtos sem confirmar compatibilidade;
- reencapar agulhas;
- registrar antes da administração;
- ocultar erro, reação ou omissão;
- utilizar medicamento vencido, violado ou com aspecto alterado;
- compartilhar senha ou registrar em nome de outro profissional.

57. PLANO DE CONTINGÊNCIA

Na indisponibilidade de sistema eletrônico, utilizar prescrição e registros contingenciais numerados, legíveis, datados, assinados e posteriormente reconciliados.

Na falta de medicamento, equipamento ou acesso adequado, comunicar imediatamente prescritor, Farmácia e liderança para alternativa segura. Substituições terapêuticas exigem nova prescrição ou autorização formal prevista.

58. RESULTADOS ESPERADOS

- redução de erros evitáveis e danos relacionados a medicamentos;
- prescrição e administração completas e rastreáveis;
- maior adesão à identificação, dupla checagem e monitoramento;
- resposta rápida a reações e intercorrências;
- participação informada do paciente;
- fortalecimento da cultura de segurança e aprendizagem.

59. REFERÊNCIAS TÉCNICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 32, versão vigente.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 222, de 28 de março de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e atualizações.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e normas vigentes.
- INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. Recomendações para medicamentos potencialmente perigosos e prevenção de erros.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication Without Harm – Global Patient Safety Challenge.

60. DISPOSIÇÕES FINAIS

Este POP deverá integrar o Plano de Segurança do Paciente, a educação permanente, os protocolos de emergência e o sistema de gestão de riscos do Instituto Social de Saúde São Lucas.

Casos omissos serão avaliados pelos responsáveis técnicos, Farmácia, Enfermagem, Corpo Clínico, NSP e Direção. A revisão ocorrerá anualmente, a cada 12 (doze) meses, conforme o controle de revisão apresentado no início deste documento, ou antes, quando houver mudança normativa, tecnológica, de perfil assistencial ou evidência relevante.

Aplicação: Unidade de Pronto Atendimento

REGRA CENTRAL

NENHUM MEDICAMENTO DEVERÁ SER ADMINISTRADO SEM IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE, CONFERÊNCIA CRÍTICA DA PRESCRIÇÃO, PREPARO CORRETO, REGISTRO E MONITORAMENTO DA RESPOSTA.

APÊNDICE - BASE NORMATIVA E PONTOS DE VALIDAÇÃO

- Normas estaduais, municipais e regras específicas do estabelecimento também devem ser consideradas.
- Lei nº 7.498/1986 e Decreto nº 94.406/1987 - exercício profissional de Enfermagem.
- Resolução Cofen nº 736/2024 - implementação e documentação do Processo de Enfermagem.
- Resolução Cofen nº 782/2025, alterada pela nº 784/2025 - Responsabilidade Técnica de Enfermagem.
- Resoluções Cofen nº 429/2012, nº 514/2016 e nº 564/2017 - registros e ética profissional.
- RDC Anvisa nº 36/2013 e Portaria MS nº 529/2013 - segurança do paciente.
- RDC Anvisa nº 42/2010 e Nota Técnica Anvisa nº 01/2018 - higiene das mãos.
- RDC Anvisa nº 15/2012 - processamento de produtos para saúde.
- RDC Anvisa nº 222/2018 - gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
- RDC Anvisa nº 34/2014 e Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017, Anexo IV - hemoterapia.
- Portaria GM/MS nº 11.685/2026 - novo regulamento hemoterápico, com vigência prevista para 30/09/2026.
- NR-32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, texto vigente com última modificação indicada pela Portaria MTP nº 4.219/2022.
- Anvisa. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde e Protocolo de Prevenção de IPCS, versões vigentes.
- AARC Clinical Practice Guidelines: Artificial Airway Suctioning, 2022.
- American Heart Association. 2025 Guidelines for CPR and ECC.

V.1.9.7.60 – Acolhimento com classificação de risco

Finalidade

Este Manual estabelece diretrizes para o acolhimento, a recepção, a comunicação institucional, a orientação social, o apoio psicossocial e as formas de notificação relacionadas ao atendimento dos usuários e familiares na UPAs Norte e Sul de Palmas/TO. Seu propósito é assegurar atendimento humanizado, organizado, acessível, seguro e compatível com a classificação de risco, respeitando a dignidade, a privacidade, a autonomia e as necessidades individuais dos usuários.

A qualidade subjetiva corresponde à percepção do usuário e de seus familiares sobre a experiência de cuidado. Por isso, o atendimento deverá combinar resposta assistencial oportuna com comunicação clara, escuta qualificada, orientação adequada, tratamento respeitoso e mecanismos efetivos para registro e encaminhamento de manifestações.

Abrangência

Aplica-se à porta de urgência e emergência do Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas de Palmas/TO, com articulação com a Rede Municipal de Saúde, SAMU/Regulação Regional, serviços hospitalares de referência e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Objetivos

- Padronizar a recepção, identificação e orientação inicial dos usuários e acompanhantes.
- Integrar acolhimento e classificação de risco às necessidades clínicas, sociais e psicossociais identificadas.
- Definir responsabilidades para a comunicação de informações assistenciais e administrativas.
- Estabelecer canais para manifestações, notificações, reclamações, sugestões, elogios e denúncias.
- Organizar a atuação do Serviço Social e o apoio psicossocial, quando disponível ou necessário mediante articulação com a Rede de Atenção à Saúde.
- Garantir privacidade, sigilo, acessibilidade, respeito à diversidade e comunicação compreensível.
- Orientar visitantes e acompanhantes quanto às regras de segurança, prevenção e controle de riscos.

V.1.9.7.60.1 Princípios do atendimento

- Acolhimento com escuta qualificada e ausência de discriminação.
- Prioridade assistencial definida pela classificação de risco e pela condição clínica, e não pela ordem de chegada, ressalvadas as etapas administrativas que não interfiram na segurança do atendimento.
- Respeito à privacidade, confidencialidade e proteção das informações pessoais e de saúde.
- Comunicação clara, objetiva, acessível e adequada à capacidade de compreensão do usuário.
- Atendimento prioritário às pessoas que possuam direitos específicos previstos em legislação, sem prejuízo da classificação de risco clínico.
- Integração multiprofissional e articulação com a Rede Municipal de Saúde e demais serviços de proteção social quando necessário.

V.1.9.7.60.2 Recepção, acolhimento e orientação inicial

A recepção constitui ponto inicial de orientação e registro administrativo, devendo atuar de forma articulada com a enfermagem responsável pelo acolhimento e classificação de risco. Situações de aparente gravidade, instabilidade ou sofrimento intenso deverão ser imediatamente comunicadas à equipe assistencial, sem aguardar a conclusão de rotinas administrativas.

Na recepção, deverão ser disponibilizadas informações visíveis e de fácil compreensão sobre:

- Fluxo de entrada, cadastro, acolhimento e classificação de risco;
- Forma de chamada e prioridade assistencial;
- Setores e acessos permitidos ao público;
- Direitos e deveres dos usuários, acompanhantes e visitantes;
- Canais de ouvidoria e demais formas de manifestação;
- Orientações de segurança, higiene das mãos e prevenção de infecções;
- Regras de permanência e circulação nas unidades.
- A recepção e a enfermagem explicarão que o atendimento segue a gravidade clínica e não apenas a ordem de chegada. A classificação em cinco cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) será apresentada em linguagem simples, sem substituir o protocolo clínico vigente.
- Após a classificação, o enfermeiro ou profissional designado informará a prioridade e, quando houver dados disponíveis, a previsão de espera, esclarecendo que se trata de estimativa variável diante de emergências, intercorrências e disponibilidade assistencial. Não se prometerá horário fixo.

- Durante atrasos relevantes, a recepção atualizará a informação geral preferencialmente a cada 30 minutos, como parâmetro gerencial proposto. Essa periodicidade não substitui reavaliações clínicas. Agravamento relatado ou observado exige comunicação imediata à enfermagem e reavaliação conforme protocolo.
- As orientações serão prestadas verbalmente e em sinalização acessível, com apoio comunicacional conforme necessidade; dúvidas e reclamações serão encaminhadas ao canal institucional ou à ouvidoria.

V.1.9.7.60.3 Classificação de risco e comunicação com o usuário

A classificação de risco será realizada por profissional habilitado, conforme protocolo institucional adotado pelas unidades. O usuário e/ou responsável deverá receber explicação, em linguagem simples, de que a prioridade de atendimento decorre da gravidade clínica e do risco identificado.

Sempre que houver alteração clínica durante a espera, o usuário ou acompanhante deverá ser orientado a comunicar imediatamente a equipe. A reavaliação deverá ocorrer conforme o protocolo institucional e sempre que houver mudança do quadro.

Informações sobre o estado clínico

As informações relativas a diagnóstico, prognóstico, conduta terapêutica, riscos, benefícios e alternativas serão prestadas pelo profissional responsável, observados os limites de competência de cada categoria. A equipe de enfermagem poderá orientar sobre cuidados, rotinas e procedimentos de enfermagem.

Informações clínicas deverão ser prestadas em ambiente que preserve a privacidade e somente ao próprio usuário, ao representante legal ou à pessoa por ele autorizada, respeitados o sigilo profissional e as regras de proteção de dados. Informações por telefone somente poderão ser fornecidas quando houver protocolo institucional seguro para confirmação de identidade e autorização.

Consentimento livre e esclarecido

Quando aplicável, o consentimento deverá resultar de processo de informação e decisão compartilhada. O usuário ou representante legal deverá receber explicações suficientes sobre o procedimento ou tratamento proposto, seus objetivos, benefícios esperados, riscos relevantes, alternativas disponíveis e consequências previsíveis da recusa, respeitadas as situações de urgência e emergência.

Para adequada formalização, deverão ser observados os seguintes cuidados:

1. utilizar linguagem compatível com o nível de compreensão do usuário;
2. permitir perguntas e esclarecer dúvidas antes da assinatura;
3. registrar a manifestação de vontade de forma livre, sem coerção;
4. garantir identificação do profissional responsável pelas informações;
5. arquivar o termo no prontuário quando sua utilização for indicada;
6. considerar as particularidades de menores de idade, pessoas incapazes e representantes legais.

Comunicação de notícias difíceis e óbito

O médico responsável conduzirá a comunicação clínica de agravamento, prognóstico grave e óbito, em ambiente reservado, após confirmar as informações e identificar familiar ou representante autorizado. Enfermagem e apoio psicossocial participarão quando necessário.

Roteiro:

(1) preparar local e informações;

(2) identificar os presentes e verificar o entendimento prévio;

(3) comunicar com palavras claras e sem eufemismos confusos;

(4) permitir silêncio, perguntas e expressão emocional;

(5) explicar condutas e próximos passos;

(6) oferecer suporte;

(7) registrar data, participantes e orientações no prontuário.

No óbito, a comunicação será realizada pelo médico após constatação e registros pertinentes.

A equipe orientará a família sobre procedimentos administrativos, preservará dignidade e privacidade e observará fluxos médico-legais nos óbitos suspeitos ou violentos. A liberação do corpo e os documentos obedecerão às normas aplicáveis.

Familiares em luto receberão acolhimento reservado, orientação clara, tempo para perguntas e oferta de apoio social ou psicológico conforme disponibilidade e necessidade, respeitando crenças, valores e segurança institucional.

V.1.9.7.60.4 Portas de entrada e identificação de sinais de alerta

A chegada poderá ocorrer por procura espontânea, encaminhamento da APS, serviço especializado, CAPS, transporte sanitário, SAMU 192 ou outro ponto da rede. Na recepção, identificar a pessoa e registrar o atendimento sem criar barreiras ao socorro. Alterações de consciência, insuficiência respiratória, choque, convulsão em curso, hemorragia grave ou outro sinal de instabilidade exigem acionamento imediato da equipe assistencial e direcionamento à sala de emergência, sem aguardar cadastro completo ou fila de classificação.

A recepção constitui ponto inicial de orientação e registro administrativo, devendo atuar de forma articulada com a enfermagem responsável pelo acolhimento e classificação de risco. Situações de aparente gravidade, instabilidade ou sofrimento intenso deverão ser imediatamente comunicadas à equipe assistencial, sem aguardar a conclusão de rotinas administrativas.

Na recepção, deverão ser disponibilizadas informações visíveis e de fácil compreensão sobre:

- fluxo de entrada, cadastro, acolhimento e classificação de risco;
- forma de chamada e prioridade assistencial;
- setores e acessos permitidos ao público;
- direitos e deveres dos usuários, acompanhantes e visitantes;
- canais de Ouvidoria e demais formas de manifestação;
- orientações de segurança, higiene das mãos e prevenção de infecções;
- regras de permanência e circulação nas unidades.

V.1.9.7.60.5 Responsabilidades

Acolhimento

É responsabilidade de toda a equipe manter postura acolhedora, identificar sinais evidentes de gravidade e acionar imediatamente a Enfermagem. Recepção, controle de acesso e demais trabalhadores não realizam classificação clínica; diante de sofrimento intenso, alteração de consciência, dificuldade respiratória, convulsão, sangramento importante, gestante com emergência aparente ou criança gravemente enferma, devem acionar o enfermeiro sem demora.

Classificação de risco

A classificação de risco e a priorização da assistência, no âmbito da equipe de Enfermagem, são privativas do enfermeiro, que deve estar capacitado no protocolo adotado pela instituição. A atividade deve ocorrer em ambiente apropriado, com privacidade, recursos mínimos para avaliação e registro. O enfermeiro classificador não deve desempenhar outra atividade concomitante durante o período destinado à classificação. Para o dimensionamento seguro da atividade, deverá ser observado o tempo médio de quatro minutos por classificação, com limite de até quinze classificações por hora, conforme a Resolução Cofen nº 661/2021.

Responsabilidades profissionais

Profissional/setor	Responsabilidades essenciais
Recepção/controle de acesso	Receber, orientar, identificar e registrar; reconhecer sinais evidentes de alerta e acionar imediatamente a enfermagem, sem atribuir categoria de risco.
Técnico de enfermagem	Apoiar acolhimento, aferir sinais vitais e executar cuidados conforme atribuições e supervisão do enfermeiro.
Enfermeiro classificador	Realizar avaliação privativa de enfermagem, aplicar protocolo institucional validado, definir prioridade, registrar justificativa e reclassificar quando necessário.
Médico assistente	Avaliar e tratar segundo prioridade clínica; estabilizar, indicar observação, alta ou transferência; documentar condutas.
Coordenações médica e de enfermagem	Garantir cobertura, treinamento, auditoria, gestão de filas, supervisão e melhoria contínua.
Regulação/serviço social/equipe multiprofissional	Articular transferências, continuidade do cuidado e encaminhamentos pactuados conforme necessidades identificadas.

V.1.9.7.60.6 Princípios operacionais

- Prioridade definida por risco clínico, potencial de deterioração e vulnerabilidade.
- Classificação dinâmica: todo paciente pode ser reclassificado diante de mudança clínica.
- Nenhum paciente com sinais de instabilidade deve permanecer aguardando classificação formal para início de medidas de emergência.
- Garantia de informação ao usuário/acompanhante sobre fluxo e prioridade, sem promessa rígida de tempo quando a demanda ou a gravidade de outros casos exigir repriorização.
- Registro obrigatório da avaliação, categoria atribuída, horário, sinais vitais pertinentes, discriminadores clínicos, condutas iniciais e reavaliações.
-

V.1.9.7.60.7 Avaliação de risco e vulnerabilidade

- A avaliação considera queixa principal, início e evolução, sinais vitais, nível de consciência, padrão respiratório, perfusão, intensidade da dor, comorbidades, faixa etária, gestação, deficiência, condições psicossociais e suspeitas de violência. A escuta deve ocorrer em ambiente que preserve sigilo. Vulnerabilidades devem ser consideradas na decisão clínica e no encaminhamento, sem atribuição automática de uma cor apenas pela condição social.
- Idosos: comunicação pausada, avaliação de limitações sensoriais, risco de quedas e vulnerabilidade; observar prioridade legal e prioridade especial para maiores de 80 anos, sem afastar a prioridade clínica da urgência.
- Crianças: linguagem adequada à idade, acolhimento da família, ambiente seguro e proteção integral; sinais de gravidade são comunicados imediatamente à enfermagem.
- Adolescentes: escuta respeitosa, privacidade, participação proporcional à maturidade e proteção contra violência, com observância dos deveres legais de comunicação e proteção.
- Pessoas com deficiência: garantir acessibilidade física, comunicacional e atitudinal, recursos de comunicação e adaptações razoáveis; dirigir a comunicação à própria pessoa, respeitando sua autonomia.
- As prioridades legais serão observadas nos procedimentos administrativos e no acolhimento, sem substituir a classificação de risco baseada na gravidade clínica.

Visitantes e acompanhantes

A permanência de acompanhantes e a realização de visitas observarão a condição clínica do usuário, a capacidade física do setor, os direitos legalmente assegurados, as medidas de prevenção e controle de infecções e as orientações da equipe responsável. Por se tratar de Unidade de Pronto Atendimento, os horários e quantitativos poderão ser definidos e ajustados pela Direção Técnica e Assistencial de acordo com o perfil das unidades e as condições operacionais.

Para acesso, o visitante ou acompanhante deverá:

- Identificar-se na recepção, quando solicitado, e utilizar a identificação fornecida pelas unidades;
- Seguir as orientações da equipe quanto à circulação e permanência;
- Realizar higiene das mãos nos momentos indicados;
- Não interferir em procedimentos ou manipular equipamentos sem orientação da equipe;

- Respeitar a privacidade, o repouso e a segurança dos demais usuários;
- Não realizar fotografias, filmagens ou gravações que exponham pacientes, profissionais, documentos ou áreas assistenciais sem autorização compatível com as normas institucionais;
- Não portar bebidas alcoólicas, substâncias ilícitas, armas ou objetos que representem risco;
- Não fumar nas dependências internas ou externas onde a legislação e a sinalização institucional proíbam o uso de produtos fumígenos;
- Informar à equipe caso apresente sintomas de doença transmissível, para avaliação da segurança da visita.

Direito ao acompanhante

Será assegurado acompanhante nas hipóteses previstas em legislação e nas situações definidas pela equipe assistencial, considerando idade, condição clínica, deficiência, necessidade de apoio, vulnerabilidade e segurança do cuidado. O revezamento deverá seguir rotina institucional, podendo ser flexibilizado mediante avaliação da equipe responsável.

Medidas de controle de risco

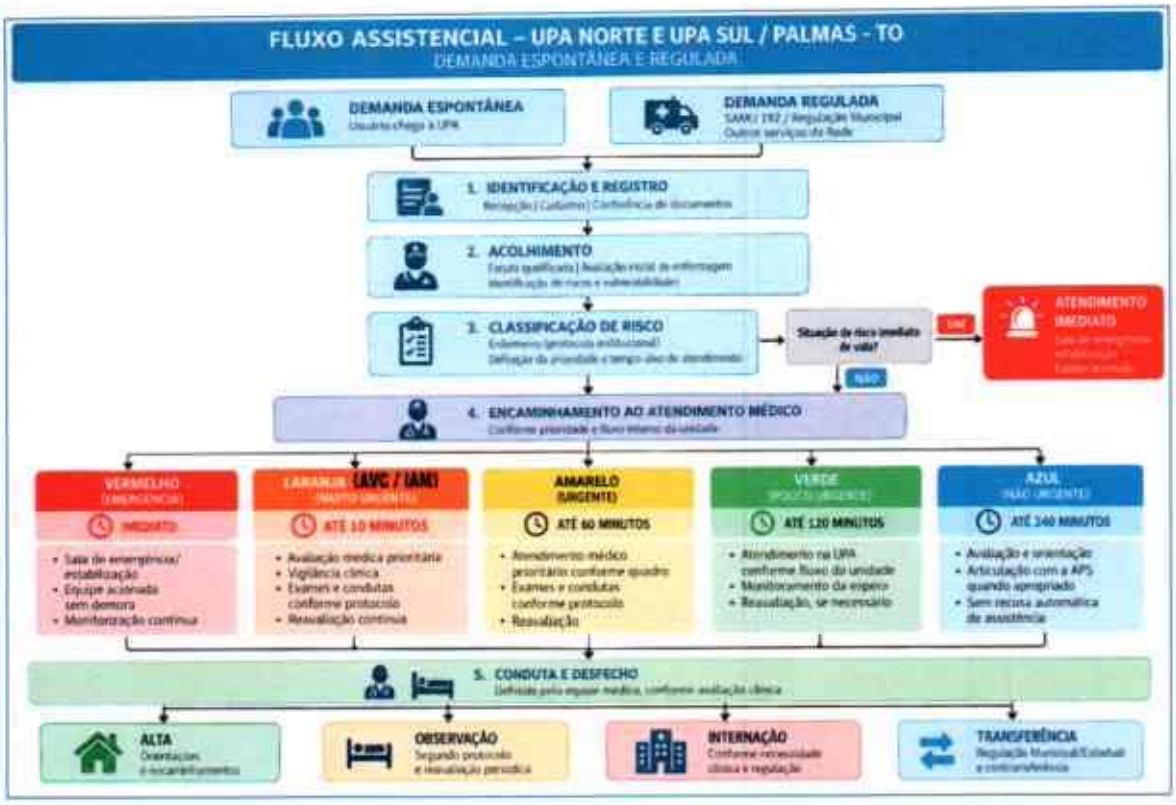
- Controle de acesso às áreas restritas;
- Identificação de acompanhantes e visitantes;
- Higiene das mãos e adoção de precauções conforme orientação assistencial;
- Restrição temporária de visitas quando houver risco epidemiológico ou clínico devidamente justificado;
- Proteção da privacidade e do sigilo das informações;

V.1.9.7.60.8 Categorias de prioridade -tempo estimado de espera

Cor	Prioridade	Tempo-alvo proposto	
Vermelho	**Emergência**	**Imediato**	Sala de emergência/estabilização; equipe acionada sem demora.
Laranja	**Muito urgente**	**Até 10 minutos**	Avaliação médica prioritária, vigilância clínica e **(AVC / IAM)**.
Amarelo	**Urgente**	**Até 60 minutos**	Atendimento médico prioritário conforme quadro e reavaliação.
Verde	**Pouco urgente**	**Até 120 minutos**	Atendimento na UPA conforme fluxo e monitoramento da espera.
Azul	**Não urgente**	**Até 240 minutos**	Avaliação e orientação; articulação com APS quando apropriado, sem recusa automática de assistência.

Nota técnica: os tempos são referências operacionais e não substituem julgamento clínico. Em qualquer categoria, a piora clínica determina reavaliação imediata e eventual mudança de prioridade.

V.1.9.7.60.9 Fluxo assistencial



V.1.9.7.60.10 Formas de notificação e manifestação do usuário

A Unidade deverá manter meios acessíveis para o registro de manifestações dos usuários e familiares. As manifestações poderão envolver reclamações, sugestões, elogios, denúncias, solicitações de informação e relatos de situações que demandem apuração ou encaminhamento.

CANAL	FINALIDADE	ENCAMINHAMENTO
Recepção	Orientações gerais, esclarecimento de dúvidas sobre fluxos assistenciais, funcionamento da unidade e acesso aos serviços.	Orientação imediata ao usuário ou encaminhamento ao setor responsável, conforme a natureza da demanda.
Ouvidoria / Canal Institucional	Recebimento de reclamações, sugestões, elogios, denúncias e solicitações relacionadas à assistência e aos serviços prestados.	Registro formal da manifestação, geração de protocolo, análise, encaminhamento ao setor competente e resposta ao usuário, conforme os prazos e fluxos institucionais.
Serviço Social	Acolhimento de demandas sociais e familiares, identificação de situações de vulnerabilidade social e orientação sobre acesso a direitos e benefícios.	Avaliação social individualizada, orientação ao usuário e familiares, encaminhamento aos serviços competentes e articulação com a rede de proteção social e de saúde, quando necessário.
Equipe Assistencial	Esclarecimento de dúvidas, acolhimento de solicitações e identificação de ocorrências relacionadas ao cuidado, à assistência prestada e às necessidades dos pacientes e familiares.	Avaliação inicial da demanda pela equipe assistencial, adoção das providências cabíveis e encaminhamento à Coordenação Assistencial ou ao Responsável Técnico, conforme a natureza e a complexidade da ocorrência, assegurando o registro e o acompanhamento das medidas adotadas.

Notificação de Incidentes Assistenciais	Identificação, comunicação e registro de incidentes, eventos adversos, quase falhas e situações de risco que possam comprometer a segurança do paciente e a qualidade da assistência.	Registro formal no sistema ou instrumento institucional de notificação, comunicação imediata das situações graves à liderança assistencial e encaminhamento ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para análise, investigação, definição de ações corretivas e preventivas e monitoramento dos resultados, conforme os protocolos institucionais.

Orientação social e apoio psicossocial

O Serviço Social atuará nas situações que envolvam vulnerabilidade social, ausência ou fragilidade de rede de apoio, violência, abandono, pessoas em situação de rua, necessidade de articulação intersetorial, dificuldades de acesso à rede de saúde e proteção social, entre outras demandas compatíveis com suas atribuições profissionais.

Demandas de sofrimento psíquico, crise emocional, risco psicossocial ou necessidade de cuidado em saúde mental deverão ser acolhidas pela equipe assistencial e encaminhadas conforme a capacidade instalada das unidades e os fluxos pactuados com a Rede de Atenção Psicossocial. Quando não houver profissional de Psicologia disponível nas próprias unidades, deverá ser assegurada a articulação com os serviços de referência, conforme necessidade clínica e social.

O enfermeiro ou médico acionará o Serviço Social diante de abandono, violência, vulnerabilidade, ausência de rede de apoio, situação de rua, dificuldades familiares, transferência complexa ou necessidade de articulação com a rede de proteção.

Em crise emocional, sofrimento intenso, risco de autoagressão, notícia grave ou luto, a equipe assistencial realizará acolhimento inicial e avaliação de segurança, acionando Psicologia quando prevista e disponível; na ausência desse profissional, articulará atendimento com a rede de atenção psicossocial conforme o caso.

O atendimento ocorrerá preferencialmente em ambiente reservado, com escuta qualificada, orientação sobre direitos, registro objetivo e encaminhamento pactuado. Situações de violência seguirão fluxos de proteção e notificação aplicáveis.

O atendimento social e psicossocial deverá priorizar:

- Escuta qualificada e atendimento reservado;
- Identificação de necessidades imediatas e fatores de vulnerabilidade;
- Orientação sobre direitos, serviços e recursos disponíveis;
- Mediação da comunicação entre usuário, família e equipe, quando pertinente;
- Articulação com atenção primária, assistência social, saúde mental, proteção à criança e ao adolescente, proteção à pessoa idosa e demais serviços da rede;
- Registro objetivo das intervenções realizadas, preservando o sigilo profissional.

Locais, horários e frequência das informações

As orientações gerais e administrativas serão prestadas na recepção e nos pontos de atendimento definidos pelas unidades. Informações clínicas serão prestadas nos locais assistenciais, de forma reservada. O Serviço Social e demais atendimentos que exijam confidencialidade deverão ocorrer, sempre que possível, em espaço que preserve a privacidade.

Por se tratar de serviço de urgência e emergência, as orientações essenciais deverão estar disponíveis durante todo o período de funcionamento das unidades, conforme a responsabilidade e a disponibilidade de cada serviço profissional.

Sistema de sinalização e acessibilidade

A Unidade contará com sinalização que facilite a localização dos setores, identifique acessos permitidos ou restritos e favoreça a circulação segura. As placas deverão apresentar linguagem objetiva, boa legibilidade e recursos visuais sempre que possível. Deverão ser adotadas medidas de acessibilidade comunicacional para usuários com deficiência, limitações sensoriais, baixa escolaridade ou dificuldade de compreensão, utilizando recursos disponíveis e apoio de acompanhante quando autorizado pelo usuário.

V.1.9.7.60.11 Classificação de Risco – Adulto

A classificação deve considerar queixa principal, início e evolução, mecanismo de trauma, dor, estado neurológico, padrão respiratório, perfusão, sinais vitais, glicemia quando indicada, sangramento, comorbidades, uso de medicamentos, vulnerabilidades e outros discriminadores previstos no protocolo institucional.

Cor Vermelha – Emergência 🔴

Definição: condição com ameaça imediata à vida, função ou membro, exigindo intervenção simultânea à avaliação.

Prioridade: atendimento imediato.

Destino: sala de emergência, com acionamento imediato da equipe.

Exemplos de sinais e sintomas associados à cor vermelha

- Parada cardiorrespiratória ou ausência de sinais de circulação;
- Inconsciência ou resposta apenas à dor com comprometimento de via aérea;
- Obstrução total ou iminente de via aérea;
- Estridor intenso com exaustão, cianose ou rebaixamento;
- Insuficiência respiratória grave, fala entrecortada, exaustão ou respiração agônica;
- Saturação de oxigênio criticamente baixa associada a desconforto grave;
- Choque com hipotensão, pele fria, enchimento capilar prolongado ou alteração mental;
- Hemorragia ativa maciça ou não controlada;
- Dor torácica com instabilidade, choque, arritmia grave ou alteração importante de consciência;

- Suspeita de síndrome coronariana com instabilidade clínica;
- Déficit neurológico súbito com comprometimento de consciência, via aérea ou instabilidade;
- Convulsão em curso ou crises repetidas sem recuperação;
- Estado de mal epiléptico;
- Trauma maior com instabilidade hemodinâmica ou respiratória;
- Traumatismo craniano com rebaixamento progressivo da consciência;
- Ferimento penetrante em cabeça, pescoço, tórax, abdome ou região proximal de membro com instabilidade;
- Queimadura extensa ou queimadura de face com suspeita de lesão inalatória;
- Anafilaxia com comprometimento respiratório ou circulatório;
- Intoxicação com coma, convulsão, arritmia ou insuficiência respiratória;
- Afogamento com alteração respiratória ou neurológica;
- Eletrocussão com arritmia, perda de consciência ou parada;
- Hipoglicemia grave com alteração importante de consciência ou convulsão;
- Hiperglicemia com coma, choque ou respiração acidótica intensa;
- Emergência hipertensiva com sinais de lesão aguda de órgão-alvo e instabilidade;
- Gestante com hemorragia intensa, choque, convulsão/eclâmpsia ou prolapso de cordão;
- Parto iminente com complicação materna ou fetal aparente;
- Criança flácida, cianótica, apneica ou com sinais de choque;
- Sepse com choque, alteração grave de consciência ou falência respiratória;
- Agitação extrema com violência ativa e perigo imediato, após acionamento de equipe e medidas de segurança;
- Tentativa de suicídio em curso ou lesão autoinfligida com ameaça imediata à vida.

Condutas da cor vermelha

- Conduzir imediatamente à sala de emergência;
- Acionar equipe médica e de enfermagem;
- Iniciar medidas de suporte conforme protocolos e competências;
- Monitorar continuamente;
- Registrar horário, achados, intervenções e resposta;
- Acionar regulação, SAMU ou referência quando necessário, sem retardar estabilização.

Cor Laranja – Emergência (Muito Urgente).

Destino: Sala de Emergência/Estabilização, com acionamento imediato da equipe médica e de enfermagem, monitorização contínua, suporte avançado de vida quando indicado, estabilização clínica e, se necessário, regulação para transferência segura à unidade hospitalar de referência.

- Tempo de atendimento: até 10 minutos.
- - Avaliação médica prioritária.
- - Identificação de sinais e sintomas sugestivos de AVC/IAM.
- - Monitorização e vigilância clínica.
- - Realização de exames e condutas conforme protocolos institucionais.
- - Reavaliação contínua e encaminhamento imediato à sala de emergência quando houver instabilidade clínica.
- Observação técnica: Pacientes com suspeita de AVC ou IAM devem receber avaliação imediata e classificação conforme a gravidade clínica, podendo ser classificados como vermelho quando houver risco iminente de morte.

Cor Amarela – Urgência

Definição: condição potencialmente grave, com risco de deterioração, necessidade de avaliação rápida, dor intensa ou sofrimento relevante, sem ameaça vital imediata identificada.

Tempo-alvo institucional sugerido: até 60 minutos, com reavaliação antecipada sempre que necessário.

Destino: área assistencial prioritária, próxima de recursos de monitoramento.

Exemplos de sinais e sintomas associados à cor amarela

- Dor torácica sem instabilidade, especialmente com fatores de risco cardiovascular;
- Dispneia moderada, uso de musculatura acessória ou queda relevante de saturação sem exaustão;
- Crise de asma moderada sem sinais de falência respiratória;
- Febre com aparência toxêmica, prostração importante ou comorbidade de alto risco;
- Suspeita de sepse sem choque;
- Síncope recente, já recuperada, sem instabilidade atual;

- Déficit neurológico focal súbito sem instabilidade;
- Cefaleia súbita intensa, primeira ou pior da vida, sem rebaixamento;
- Confusão aguda ou alteração comportamental de início recente;
- Convulsão já cessada, em período pós-ictal, com via aérea protegida;
- Dor abdominal intensa ou localizada com sinais de irritação peritoneal;
- Vômitos persistentes com sinais de desidratação moderada;
- Hemorragia digestiva referida ou observada sem choque;
- Sangramento ativo moderado ou em uso de anticoagulante;
- Trauma com suspeita de fratura de osso longo, luxação importante ou comprometimento neurovascular;
- Traumatismo craniano com vômitos, amnésia, anticoagulação ou alteração transitória da consciência;
- Queimadura de extensão moderada, área especial ou dor intensa, sem lesão inalatória;
- Reação alérgica sistêmica sem comprometimento atual de via aérea ou circulação;
- Dor intensa, geralmente 8 a 10 em escala numérica, sem critério vermelho;
- Cólica renal intensa com vômitos ou redução importante da diurese;
- Retenção urinária aguda;
- Febre em lactente pequeno ou criança com sinais de alerta, conforme protocolo pediátrico;
- Criança com esforço respiratório moderado, desidratação ou prostração relevante;
- Gestante com sangramento vaginal, dor abdominal importante ou redução de movimentos fetais;
- Hipertensão grave na gestação sem convulsão ou choque;
- Suspeita de trabalho de parto ativo sem complicação aparente;
- Hipoglicemia sintomática já corrigida, necessitando observação e investigação;
- Hiperglicemia importante com sintomas, desidratação ou cetose suspeita, sem coma;
- Intoxicação ou abstinência com sintomas moderados e risco de agravamento;
- Ideação suicida atual, plano relatado ou incapacidade de garantir segurança, sem tentativa em curso;
- Agitação psicomotora importante, psicose aguda ou risco potencial de violência controlável;

- Violência sexual recente ou situação de violência com risco atual, exigindo acolhimento protegido e fluxo prioritário.

Condutas da cor amarela

- Comunicar prioridade à equipe;
- Acomodar em local seguro e observável;
- Iniciar medidas previstas em protocolos institucionais;
- Reavaliar no máximo a cada 30 minutos ou antes se houver mudança;
- Elevar para vermelho diante de deterioração.

Cor verde – Pouco urgente

Definição: condição aguda ou agudizada estável, sem sinais de ameaça imediata ou alto risco de deterioração, que necessita avaliação no serviço, mas pode aguardar com segurança mediante observação e reavaliação.

Tempo-alvo institucional sugerido: até 120 minutos.

Exemplos de sinais e sintomas associados à cor verde

- Febre em adulto estável, sem sinais de alarme;
- Sintomas gripais sem dispneia, hipoxemia ou prostração importante;
- Tosse aguda com sinais vitais estáveis;
- Dor de garganta com capacidade de deglutir e sem dificuldade respiratória;
- Dor de ouvido sem sinais sistêmicos importantes;
- Conjuntivite sem trauma, dor ocular intensa ou perda visual;
- Cefaleia habitual, leve a moderada, sem sinais neurológicos ou início explosivo;
- Tontura leve, sem síncope, déficit neurológico ou instabilidade;
- Dor lombar mecânica sem déficit neurológico, febre ou retenção urinária;
- Dor musculoesquelética moderada sem trauma de alta energia;
- Entorse com capacidade parcial de apoio e sem deformidade ou déficit neurovascular;
- Suspeita de fratura fechada de extremidade distal sem comprometimento neurovascular e com dor controlável;

- Corte superficial que podem necessitar sutura, com sangramento controlado;
- Queimadura pequena e superficial, fora de áreas especiais;
- Dor abdominal leve a moderada, sem sinais de irritação peritoneal ou instabilidade;
- Náuseas, vômitos ou diarreia com hidratação preservada ou desidratação leve;
- Sintomas urinários baixos sem febre alta, vômitos persistentes ou dor lombar intensa;
- Cólica menstrual ou dor pélvica leve a moderada sem sangramento importante;
- Sangramento vaginal discreto em pessoa não gestante e estável;
- Crise de ansiedade com sinais vitais estáveis e sem risco de autoagressão;
- Erupção cutânea localizada sem sinais de anafilaxia ou infecção sistêmica;
- Reação alérgica cutânea leve, sem edema de face, dispneia ou hipotensão;
- Abscesso pequeno ou infecção cutânea localizada sem sinais sistêmicos;
- Mordedura ou arranhadura superficial, sem hemorragia ou lesão extensa;
- Corpo estranho superficial em pele, ouvido ou nariz, sem comprometimento respiratório;
- Criança ativa com febre, alimentação/hidratação preservadas e sem sinais de alerta;
- Dor dentária moderada sem edema de face, trismo ou comprometimento sistêmico;
- Pressão arterial elevada sem sintomas ou sinais de lesão aguda de órgão-alvo;
- Necessidade de avaliação após exposição ocupacional, com pessoa estável;
- Efeito adverso medicamentoso leve, sem sinais sistêmicos graves.

Condutas da cor verde

- Orientar tempo estimado e sinais de piora;
- Manter acesso à equipe durante a espera;
- Reavaliar no máximo a cada 60 minutos;
- Elevar a prioridade se surgirem sinais de alarme;
- Articular aps quando a necessidade puder ser acompanhada longitudinalmente, sem negar avaliação necessária.

Cor azul – Não urgente

Definição: condição estável, de baixa complexidade, sem sinais de alarme, cujo cuidado pode ser realizado sem urgência e frequentemente pode ser resolvido ou acompanhado pela Atenção Primária, observados acesso, vulnerabilidade e segurança.

Tempo-alvo institucional sugerido: até 240 minutos, com orientação e reavaliação se houver mudança.

Exemplos de sinais e sintomas associados à cor azul

- Coriza isolada, sem febre alta ou dificuldade respiratória;
- Tosse leve e recente, sem dispneia ou alteração de sinais vitais;
- Dor de garganta leve, sem disfagia importante ou sinais sistêmicos;
- Dor de ouvido leve, sem febre alta ou secreção importante;
- Cefaleia leve, semelhante a episódios prévios, sem sinais de alarme;
- Dor muscular leve após esforço, sem trauma relevante;
- Dor lombar crônica habitual sem piora súbita ou sinais neurológicos;
- Dor articular crônica leve, sem calor, edema intenso ou trauma;
- Escoriação superficial, limpa e sem sangramento ativo;
- Pequeno hematoma sem limitação funcional ou anticoagulação;
- Picada de inseto com reação apenas local e discreta;
- Prurido localizado sem edema de face ou sintomas respiratórios;
- Dermatite leve ou lesão cutânea crônica sem sinais de infecção;
- Unha encravada sem celulite extensa ou sinais sistêmicos;
- Verruga, calo ou alteração cutânea crônica sem inflamação aguda;
- Conjuntivite leve sem dor, fotofobia ou alteração visual;
- Constipação leve, sem dor intensa, vômitos ou distensão importante;
- Dispepsia leve recorrente, sem sangramento, perda de peso ou dor intensa;
- Diarreia leve, sem desidratação, sangue ou febre alta;
- Náusea isolada, com hidratação preservada e sem dor importante;
- Sintomas urinários leves e crônicos, sem febre, retenção ou dor lombar;
- Corrimento vaginal crônico sem dor pélvica, febre, gestação ou sangramento;

- Atraso menstrual sem dor, sangramento ou outro sinal de urgência;
- Solicitação de renovação de receita sem falta de medicamento essencial ou descompensação;
- Solicitação de atestado, declaração ou resultado sem queixa aguda;
- Necessidade de curativo simples programável, sem infecção ou sangramento;
- Retirada de pontos no prazo previsto, sem sinais de complicação;
- Orientação sobre condição crônica estável;
- Aferição isolada de pressão em pessoa assintomática e sem valores críticos confirmados;
- Demanda vacinal ou preventiva sem intercorrência clínica aguda.

Condutas da cor azul

- Acolher e explicar a classificação sem desqualificar a queixa;
- Informar tempo e fluxo provável;
- Oferecer direcionamento responsável à após quando disponível e seguro;
- Não dispensar sem avaliação prevista no fluxo institucional;
- Reclassificar se houver mudança clínica.

Exemplos de situações de alta prioridade

- Parada cardiorrespiratória, ausência de responsividade ou insuficiência respiratória grave.
- Dor torácica com sinais de instabilidade ou suspeita de síndrome coronariana aguda.
- Déficit neurológico agudo sugestivo de AVC, rebaixamento importante do nível de consciência ou convulsão em curso/recorrente.
- Choque, hipotensão com sinais de hipoperfusão, hemorragia importante ou trauma grave.
- Anafilaxia, intoxicação grave, queimadura extensa ou comprometimento de via aérea.
- Sepse suspeita associada a sinais de disfunção orgânica ou instabilidade.
- Alteração glicêmica acompanhada de alteração neurológica, desidratação grave, vômitos persistentes, instabilidade ou outros sinais de gravidade.

A classificação não deve utilizar pontos de corte isolados como regra automática. Ex.: pressão arterial elevada sem avaliação de sintomas/lesão aguda de órgão-alvo, frequência cardíaca ou glicemia isoladas não definem, por si sós, uma cor.

V.1.9.7.60.12 Classificação de Risco – Pediatria

A avaliação pediátrica deve ser adequada à idade e considerar aparência/estado geral, trabalho respiratório, circulação/perfusão, nível de consciência, hidratação, temperatura, dor, alimentação, diurese, mecanismo de trauma, antecedentes, vulnerabilidade e relato do responsável. Sinais vitais devem ser interpretados conforme faixa etária.

Sinais de alerta pediátricos

- Apneia, cianose, esforço respiratório intenso, exaustão ou saturação criticamente reduzida.
- Alteração importante do nível de consciência, convulsão em curso, irritabilidade inconsolável associada a sinais de gravidade ou criança hipoativa/prostrada.
- Sinais de choque ou má perfusão, hemorragia importante, trauma grave.
- Anafilaxia, intoxicação, queimadura relevante, afogamento ou aspiração de corpo estranho com repercussão clínica.
- Febre em lactentes pequenos ou em qualquer criança quando associada a sinais de toxemia, má perfusão, alteração neurológica, dificuldade respiratória ou outros sinais de gravidade.
- Desidratação moderada/grave, vômitos persistentes ou incapacidade de ingerir líquidos com repercussão clínica.

Neonatos, crianças com condições crônicas complexas, deficiência ou necessidades específicas exigem atenção ampliada, mas a prioridade final deve ser determinada pelo risco clínico e vulnerabilidade, evitando atribuição automática de cor apenas pela condição social ou diagnóstico prévio.

Risco vermelho – Emergência pediátrica 🔴

Definição: Crianças em situação crítica, com risco iminente de morte ou comprometimento grave de funções vitais, necessitando de atendimento médico imediato.

Exemplos de sinais e sintomas

- Politraumatismo.
- Alteração do nível de consciência.
- Desconforto respiratório grave.

- Cianose.
- Crise convulsiva em atividade.
- Aspiração de corpo estranho com comprometimento respiratório.
- Ferimentos penetrantes por arma de fogo ou arma branca.
- Queimaduras extensas ou graves.
- Intoxicações exógenas graves.
- Reações alérgicas graves (anafilaxia).
- Afogamento.

Conduta

Encaminhar imediatamente para a Sala de Emergência e seguir com o protocolo

Risco amarelo – Urgência pediátrica

Definição: Crianças que necessitam de avaliação médica e de enfermagem em curto período, sem risco imediato de morte, mas com potencial de agravamento.

Exemplos de sinais e sintomas

- Febre igual ou superior a 39°C.
- Crise asmática sem desconforto respiratório intenso.
- Episódios de desmaio.
- Hemorragias sem instabilidade hemodinâmica.
- Dor abdominal intensa.
- Náuseas, vômitos ou diarreia com sinais de desidratação.
- Trauma craniano leve.
- Hipotermia.
- Ingestão de corpo estranho.
- Corpo estranho em ouvido, nariz ou outras cavidades.

Conduta

- Encaminhar para a Sala de Triagem de Enfermagem.
- Realizar avaliação e monitorização conforme necessidade.
- Priorizar atendimento médico após estabilização inicial e seguir com o protocolo

Risco verde - Pouco urgente em pediatria

Definição: crianças com condições clínicas estáveis, sem sinais de gravidade, mas que demandam avaliação médica prioritária em razão da idade, condição clínica ou necessidade assistencial específica.

Exemplos de sinais e sintomas

- Crianças com necessidades especiais.
- Neonatos.
- Entorses.
- Suspeitas de fraturas.
- Luxações.
- Ferimentos sem sinais de gravidade.
- Pequenos traumas sem repercussão sistêmica.

Conduta

- Encaminhar para atendimento médico prioritário.
- Nos casos de ferimentos, encaminhar diretamente para a Sala de Sutura para realização dos cuidados iniciais, incluindo limpeza da lesão.
- Manter observação clínica até avaliação médica.

Risco azul - Não urgente em pediatria

Definição: crianças com condições não agudas, sem sinais de gravidade e sem necessidade de intervenção imediata.

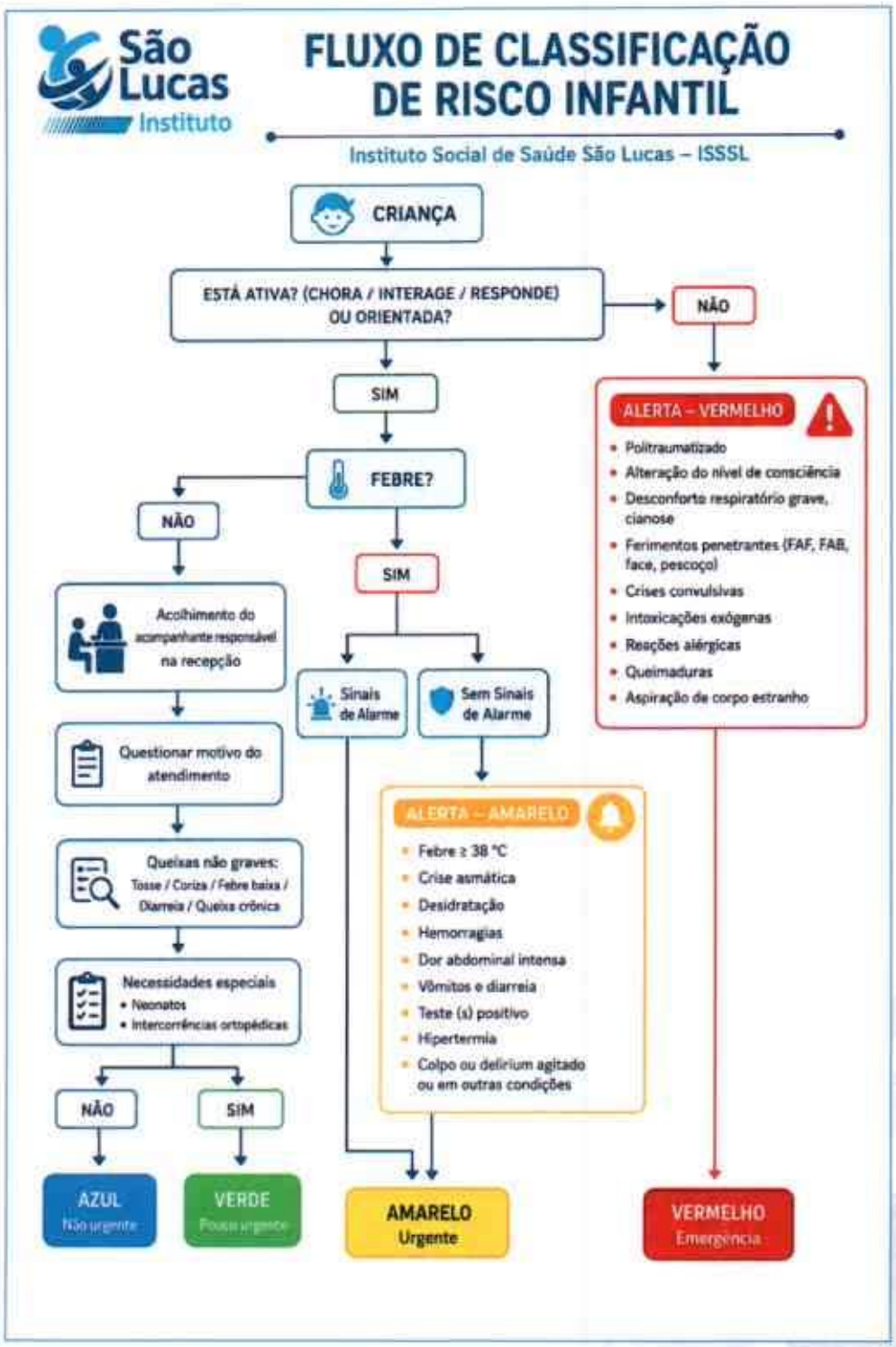
Exemplos de sinais e sintomas

- Demandas relacionadas à puericultura.
- Dúvidas sobre crescimento e desenvolvimento.
- Orientações gerais de saúde infantil.
- Queixas crônicas sem agravamento recente.
- Condições clínicas estáveis sem sinais de urgência.

Conduta

- Manter em área de espera.
- Realizar atendimento por ordem de chegada.
- Orientar acompanhante sobre o tempo estimado de espera e sinais de alerta que justifiquem reavaliação.

V.1.9.7.60.13 Fluxo operacional pediátrico



Sinais vitais e contexto

Valores isolados não substituem avaliação clínica. Alterações devem ser interpretadas conforme idade, gestação, comorbidades, medicamentos, nível basal e quadro atual. Sinais vitais normais não excluem doença grave, e sinais alterados exigem confirmação quando isso não retardar o cuidado.

Dor

A intensidade da dor deverá ser medida com instrumento adequado e combinada com localização, início, mecanismo, aparência, sinais vitais e impacto funcional. Dor intensa, súbita, desproporcional ou associada a sinais de alarme eleva prioridade.

Gestação e puerpério

Investigar idade gestacional, sangramento, dor, perda de líquido, movimentos fetais, cefaleia, alteração visual, pressão arterial, convulsão e sinais de choque. Queixas obstétricas deverão seguir fluxo pactuado com a referência, sem retardar estabilização.

Saúde mental e risco de suicídio

Toda manifestação de desejo de morrer, plano, tentativa, autolesão, psicose, agitação ou risco de violência deverá ser acolhida sem julgamento. A prioridade depende de intenção, acesso a meios, capacidade de manter segurança, intoxicação, agitação, suporte e risco imediato. A pessoa não deverá permanecer desacompanhada quando houver perigo imediato.

Violência e vulnerabilidade

Situações de violência sexual, doméstica, contra criança, idoso ou pessoa vulnerável exigem acolhimento protegido, avaliação de risco, preservação do sigilo, notificações e articulação da rede. Vulnerabilidade social, deficiência, barreira linguística ou ausência de acompanhante não definem isoladamente uma cor, mas podem modificar a segurança e a prioridade.

Reavaliação

- Vermelho: monitoramento contínuo;
- Amarelo: no máximo a cada 30 minutos;

- Verde: no máximo a cada 60 minutos;
- Azul: no máximo a cada 120 minutos ou conforme fluxo local;
- Todos: imediatamente diante de piora ou nova queixa.

A reavaliação deverá registrar horário, evolução, sinais vitais quando pertinentes e manutenção ou mudança da categoria.

Situações de superlotação

A superlotação não autoriza ampliação indiscriminada dos tempos, redução da segurança ou rebaixamento de prioridade. A coordenação deverá reorganizar espaços, equipe e fluxo, comunicar a gestão, preservar atendimento imediato dos casos graves e acionar o plano de contingência.

Registro

O profissional responsável pela Classificação de Risco deverá registrar no prontuário eletrônico ou físico, de forma legível, completa e imediata, todas as informações coletadas durante o acolhimento e a avaliação clínica inicial, contemplando, obrigatoriamente:

- Data e horário de chegada do usuário ao serviço;
- Horário de realização da Classificação de Risco;
- Queixa principal e motivo da procura pelo atendimento;
- Sinais vitais aferidos e avaliação da intensidade da dor, quando aplicável;
- Achados clínicos relevantes identificados durante a avaliação;
- Fatores de risco, sinais de gravidade, vulnerabilidades e condições especiais observadas;
- Categoria de risco (cor) atribuída, conforme protocolo institucional adotado;
- Fundamentação clínica que justifique a classificação estabelecida;
- Orientações fornecidas ao usuário e/ou acompanhante;
- Registros de reavaliações realizadas durante a permanência em espera, incluindo alteração da classificação de risco, quando houver;
- Horário do primeiro atendimento assistencial após a classificação;
- Destino do usuário após atendimento (alta, observação, internação, transferência, evasão ou outros).

Comunicação com o usuário

Informar que a classificação organiza a prioridade e poderá mudar. Evitar frases como "seu caso não é nada" ou "é só esperar". Preferir: "Neste momento, não identificamos sinal de maior gravidade. Se houver piora, dor mais intensa, falta de ar, desmaio ou qualquer mudança, avise imediatamente."

Não conformidades e incidentes

Devem ser registrados, notificados conforme fluxo institucional e submetidos à análise os eventos relacionados ao processo de Classificação de Risco que possam comprometer a segurança do usuário, a efetividade do atendimento ou o cumprimento dos tempos preconizados, incluindo:

- Tempo de espera superior ao estabelecido para a categoria de risco atribuída;
- Agravamento clínico não identificado ou não reconhecido durante a permanência do usuário na fila de espera;
- Classificação de risco incompatível com os sinais, sintomas ou achados clínicos apresentados;
- Ausência ou atraso na reavaliação do usuário, quando indicada pelo protocolo;
- Falha na identificação do usuário;
- Falha na comunicação entre profissionais, setores ou durante a transferência de informações assistenciais;
- Evasão do usuário antes da realização do atendimento médico ou multiprofissional;
- Evento adverso relacionado ao fluxo assistencial após a classificação de risco;
- Indisponibilidade de profissional habilitado para realização da classificação de risco;
- Indisponibilidade, falha ou interrupção de funcionamento de equipamentos necessários à avaliação clínica (termômetro, oxímetro, monitor, esfigmomanômetro, sistema informatizado, entre outros);
- Qualquer situação que resulte em atraso, interrupção ou prejuízo ao processo de Classificação de Risco e à segurança do paciente.

Todas as não conformidades e incidentes devem ser registrados em prontuário, quando aplicável, e notificados por meio dos canais institucionais definidos, para investigação, definição de ações corretivas e monitoramento da qualidade assistencial.

V.1.9.7.60.14 Indicadores

A coordenação responsável deverá monitorar periodicamente os indicadores relacionados ao processo de Classificação de Risco, com o objetivo de avaliar a conformidade operacional, a segurança do paciente, a efetividade do fluxo assistencial e o cumprimento dos protocolos institucionais, contemplando, no mínimo:

- Tempo médio entre a chegada do usuário e a realização da Classificação de Risco;
- Tempo médio entre a Classificação de Risco e o primeiro atendimento assistencial, estratificado por categoria de risco;
- Percentual de usuários atendidos dentro do tempo-alvo preconizado para cada categoria de risco;
- Percentual de usuários reavaliados dentro dos prazos estabelecidos pelo protocolo institucional;
- Número e percentual de alterações da categoria de risco após reavaliação;
- Número e percentual de evasões antes do primeiro atendimento assistencial;
- Número e taxa de eventos adversos ocorridos durante o período de espera para atendimento;
- Número e percentual de retornos não programados ao serviço em até 24 e 72 horas, quando disponível e passível de rastreamento;
- Quantitativo de classificações realizadas por período, hora e profissional enfermeiro;
- Número de treinamentos, capacitações, reciclagens e auditorias relacionadas ao processo de Classificação de Risco.

Os indicadores devem ser analisados periodicamente pela gestão assistencial, com definição e acompanhamento de planos de ação para correção de desvios, qualificação do processo e melhoria contínua da segurança e qualidade do atendimento.

Capacitação e auditoria

Os enfermeiros classificadores deverão receber capacitação inicial e periódica no protocolo institucional. Recomenda-se auditoria amostral, discussão de casos, simulações de deterioração, análise de concordância e revisão do protocolo após incidentes ou mudanças normativas.

V.1.9.7.60.15 Referências normativas e técnicas

- Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – Acolhimento com Classificação de Risco.
- Ministério da Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, 2009.
- Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 – Redes do SUS e diretrizes da UPA 24h.
- Portaria GM/MS nº 10, de 3 de janeiro de 2017, incorporada à consolidação normativa.
- Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
- Resolução Cofen nº 661, de 9 de março de 2021 – Classificação de Risco pela Enfermagem e priorização da assistência, no âmbito da Enfermagem, privativas do enfermeiro capacitado no protocolo institucional; vedada a concomitância com outras atividades durante a classificação.
- Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024 – Implementação do Processo de Enfermagem.
- Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987.
- Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e normas vigentes do Sistema Cofen/Coren.

Responsabilidade pela Atualização e Validação do Protocolo

A responsabilidade pela revisão e atualização técnica deste Protocolo de Assistência em Enfermagem será da Coordenação de Enfermagem das UPAs Norte e Sul em articulação com a Direção Técnica, Responsabilidade Técnica Médica, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e demais áreas assistenciais envolvidas, conforme a matéria objeto da revisão.

Compete ao responsável pela atualização:

a) Acompanhar alterações nas normas, resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e diretrizes nacionais e internacionais relacionadas à assistência e à sistematização dos cuidados;

b) Avaliar novas evidências científicas e práticas baseadas em evidências com potencial impacto sobre os cuidados de enfermagem adotados;

c) Analisar indicadores assistenciais de enfermagem, eventos adversos, resultados de auditorias e oportunidades de melhoria relacionados aos processos de trabalho da equipe assistencial;

d) Propor alterações nos critérios de avaliação, reconhecimento precoce, cuidados especializados de enfermagem, monitorização e fluxos operacionais;

e) Assegurar que as alterações aprovadas sejam comunicadas às equipes de enfermagem envolvidas;

f) Promover, em conjunto com a educação continuada, a capacitação e atualização dos profissionais de enfermagem;

g) Manter controle institucional da versão, data de aprovação, data da revisão e responsáveis pela elaboração, revisão e aprovação do protocolo.

V.1.9.7.60.16. Periodicidade de Revisão

Este Protocolo de Assistência em Enfermagem será revisado ordinariamente a cada **12 (doze) meses**, contados da data de sua aprovação ou da última revisão.

Independentemente desse prazo, deverá ocorrer revisão extraordinária sempre que necessário, especialmente nas seguintes situações:

- Publicação ou atualização de legislação, normas do sistema COFEN, protocolos ou diretrizes técnicas aplicáveis;
- Publicação de novas evidências científicas relevantes para a prática de enfermagem;
- Alteração das recomendações do Ministério da Saúde ou das sociedades científicas de referência;
- Modificação do perfil assistencial, capacidade instalada ou recursos disponíveis na unidade;
- Alteração dos fluxos de regulação e transferência;
- Identificação de não conformidades, eventos adversos ou oportunidades de melhoria na assistência de enfermagem;
- Resultados de auditorias, monitoramento de indicadores ou avaliações internas que indiquem necessidade de alteração das condutas assistenciais.

V.1.9.7.60.17. Controle de Revisão e Histórico do Protocolo

Item	Definição
Documento	Protocolo de Assistência em Enfermagem
Unidade de Aplicação	UPA Norte e UPA Sul
Responsável Técnico pela Atualização	Coordenação de Enfermagem / Direção Técnica
Áreas Participantes	Coordenação de Enfermagem, Equipe Assistencial, NSP e demais setores envolvidos
Periodicidade Ordinária	Anual – a cada 12 meses
Revisão Extraordinária	Sempre que houver alteração normativa, científica, assistencial ou operacional relevante
Referências Principais	Ministério da Saúde; COFEN; Diretrizes e Sociedades Científicas de Referência
Forma de Validação	Análise técnica, aprovação institucional e registro da versão vigente

V.1.9.8 – Protocolo Técnico do Serviço Social no Pronto Atendimento

1. APRESENTAÇÃO

O Serviço Social integra a equipe multiprofissional do Pronto Atendimento e desenvolve ações voltadas à identificação e intervenção sobre necessidades sociais que possam interferir no processo saúde-doença, no acesso aos direitos, na continuidade do cuidado e na proteção do usuário.

A atuação deverá ocorrer de forma ética, técnica, humanizada e articulada com a Rede de Atenção à Saúde – RAS e com a rede intersetorial do Município de Palmas/TO.

O trabalho profissional deverá respeitar a autonomia e as competências do Assistente Social, os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, a Política Nacional de Humanização – PNH/HumanizaSUS e os parâmetros profissionais estabelecidos pelo Sistema CFESS/CRESS.

2. OBJETIVO

Padronizar a atuação do Serviço Social no Pronto Atendimento, estabelecendo critérios para identificação das demandas sociais, acolhimento, avaliação social, orientação, encaminhamento, articulação de rede, proteção de direitos e registro das intervenções realizadas.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar necessidades e vulnerabilidades sociais relacionadas à situação de saúde;
- Acolher usuários, familiares e acompanhantes nas demandas pertinentes ao Serviço Social;
- Orientar sobre direitos sociais e acesso às políticas públicas;
- Contribuir para continuidade segura do cuidado;
- Articular recursos da rede de saúde e da rede socioassistencial;
- Atuar em situações de violência e violação de direitos;
- Apoiar a equipe multiprofissional na compreensão dos determinantes sociais relacionados ao caso;
- Favorecer comunicação entre serviço, usuário, família e rede;
- Realizar encaminhamentos sociais tecnicamente indicados;
- Contribuir para a garantia dos direitos dos usuários do sus.

4. ABRANGÊNCIA

Aplica-se ao Assistente Social que atua no Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas de Palmas/TO e estabelece interfaces com:

- Equipe médica;
- Enfermagem;
- Recepção;
- Gestão;
- Regulação;
- Rede de atenção à saúde;
- Rede de atenção psicossocial;
- Assistência social;
- Órgãos de proteção;
- Demais serviços públicos e instituições pertinentes.

5. PRINCÍPIOS DA ATUAÇÃO

A atuação deverá observar:

- Dignidade da pessoa humana;
- Universalidade e equidade;
- Integralidade;
- Autonomia do usuário;
- Não discriminação;
- Respeito à diversidade;
- Confidencialidade e sigilo profissional;
- Humanização;
- Defesa e garantia de direitos;
- Trabalho multiprofissional;
- Articulação intersetorial;
- Respeito às competências profissionais.

6. FORMAS DE ACIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social poderá ser acionado:

- Pela equipe assistencial;
- Pela gestão;
- Pelo próprio usuário;
- Por familiar ou acompanhante;
- Por identificação direta do assistente social;
- Por demanda proveniente da rede, quando pertinente.
- O acionamento deverá decorrer da existência de demanda social que necessite de intervenção profissional, e não apenas da condição clínica, idade ou diagnóstico do usuário.

7. DEMANDAS PRIORITÁRIAS

Constituem situações que poderão demandar avaliação do Serviço Social:

Violência e violação de direitos

- Suspeita ou confirmação de violência contra criança ou adolescente;
- Violência contra a mulher;
- Violência contra pessoa idosa;
- Violência contra pessoa com deficiência;
- Violência doméstica ou intrafamiliar;
- Violência sexual;
- Negligência;
- Abandono;
- Exploração;
- Outras situações de violação de direitos.

Vulnerabilidade e risco social

- Pessoa em situação de rua;
- Ausência ou fragilidade de suporte familiar/social;
- Dificuldade de acesso à rede de proteção;
- Situação sociofamiliar que interfira na continuidade do cuidado;
- Vulnerabilidade social relevante identificada durante o atendimento.

Crianças e adolescentes

O Serviço Social deverá atuar quando identificadas situações de vulnerabilidade, violência, negligência, abandono ou necessidade de articulação com a rede de proteção.

Quando pertinente, deverá ser realizada articulação com Conselho Tutelar e demais componentes da rede de proteção, observando-se as competências de cada órgão.

Pessoa idosa

Deverá ser realizada avaliação social diante de suspeita de:

- Abandono;
- Negligência;
- Violência;
- Ausência de suporte;
- Violação de direitos;
- Risco social que possa comprometer a continuidade do cuidado.

Pessoas com deficiência

A atuação deverá favorecer acesso aos direitos, rede de apoio e continuidade do cuidado, considerando necessidades de acessibilidade e proteção social.

Saúde mental

Nos casos de sofrimento psíquico, crise ou outras situações relacionadas à saúde mental, o Serviço Social poderá atuar sobre os componentes sociais e familiares do caso e na articulação da rede.

A avaliação clínica, diagnóstico, indicação terapêutica e definição de risco clínico permanecem sob responsabilidade dos profissionais competentes.

Álcool e outras drogas

Quando houver demanda social associada, poderão ser realizadas:

- Avaliação sociofamiliar;

- Orientação;
- Articulação com a RAPS;
- Identificação da rede de apoio;
- Encaminhamento aos serviços pertinentes.

8. ACOLHIMENTO SOCIAL

O atendimento deverá ocorrer, sempre que possível, em ambiente que preserve privacidade e confidencialidade.

O Assistente Social deverá:

- Identificar a demanda;
- Realizar escuta qualificada;
- Analisar a situação sociofamiliar;
- Identificar direitos eventualmente ameaçados ou violados;
- Identificar rede de apoio;
- Verificar serviços previamente envolvidos;
- Definir a intervenção profissional;
- Orientar usuário/família;
- Realizar articulações necessárias;
- Registrar a intervenção.

9. AVALIAÇÃO SOCIAL

A avaliação poderá considerar, conforme pertinência:

- composição familiar;
- Vínculos familiares e comunitários;
- Condições sociais relacionadas ao cuidado;
- Situação de moradia;
- Rede de apoio;
- Acesso às políticas públicas;
- Situação de vulnerabilidade;
- Existência de violência ou violação de direitos;