



# Procedimento Operacional Padrão

**LABORATÓRIO DE ENFERMAGEM/  
LABORATÓRIO DE HABILIDADES**

Cristiane Resende  
Diretora Geral

Talyta Resende de Oliveira  
Coordenadora Acadêmica

Karen Bianca Dias Ribeiro  
Coordenadora Administrativo Financeira

Renata de Castro Matias  
Coordenadora de Pesquisa, extensão, internacionalização e inovação

Josiane de Lourdes Pinto  
Procuradora Institucional

Isadora Teixeira Lima  
Coordenadora de Laboratórios

Itajubá-MG

POP: Procedimento Operacional Padrão

**LABORATÓRIO DE ENFERMAGEM/LABORATÓRIO DE HABILIDADES**

Ana Paula Lopes De Araújo

Laiza Andressa Silva Pereira  
Autor

Isadora Teixeira Lima

Revisora

Itajubá - MG

CIP - Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
FMIT, Biblioteca, Processos Técnicos

---

---

A663p

Araújo, Ana Paula Lopez de

Procedimento Operacional Padrão: Laboratório de  
Enfermagem/Laboratório de Habilidades / Ana Paula Lopez de  
Araújo, Laiza Andressa Silva Pereira. -- Itajubá: Afya Itajubá,  
2025. 58 f.

(POP - Procedimento Operacional Padrão.)

Revisora: Isadora Teixeira Lima, 2025

1. Laboratório de Enfermagem/Laboratório de Habilidades.
  2. Técnicas e procedimentos.
  3. Procedimento Operacional Padrão - POP. I. Pereira, Laiza Andressa Silva. II. Lima, Isadora
- 

Aissa Paula Nascimento

CRB6 - 2984/O

## Sumário

1.	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	4
2.	MÁSCARA LARINGEA.....	5
3.	TÉCNICA PARA CALÇAR LUVAS ESTÉRIL .....	7
4.	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMENINO .....	9
5.	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO .....	11
6.	CURATIVO .....	14
7.	EXAME FÍSICO DAS MAMAS .....	17
8.	COLETA EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO .....	18
9.	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA .....	21
10.	FIXAÇÃO TRAQUEOSTOMIA .....	23
11.	FIXAÇÃO DE TUBO OROTRAQUEAL .....	24
12.	ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM) .....	25
13.	OFTALMOSCOPIA .....	26
14.	OTOSCOPIA .....	28
15.	OXIGENOTERAPIA COM CATETER NASAL .....	30
16.	PUNÇÃO ARTERIAL.....	32
17.	TECNICA RETIRADA DE LUVA ESTÉRIL.....	35
18.	TORACOCENTESE DE ALÍVIO EM PNEUMOTÓRAX.....	35
19.	PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA .....	37
20.	PUNÇÃO INTRAÓSSEA.....	38
21.	CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO .....	41
22.	SINAIS VITAIS (PULSO).....	43
23.	SINAIS VITAIS (RESPIRAÇÃO) .....	44
24.	SINAIS VITAIS (TEMPERATURA AXILAR).....	45
25.	SINAIS VITAIS (TEMPERATURA BUCAL) .....	46
26.	SINAIS VITAIS (TEMPERATURA RETAL) .....	47
27.	SONDAGEM ENTERAL.....	48
28.	SONDAGEM NASOGÁSTRICA.....	50
29.	MEDICAÇÃO VIA INTRADÉRMICA.....	52
30.	SINAIS VITAIS (AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL) .....	53
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>

## **1. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

### **OBJETIVO**

Estabelecer e incentivar a higiene das mãos nos laboratórios e nas práticas em simulação realística da FMIT, com objetivo de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos alunos e profissionais de saúde visto que a higienização das mãos é procedimento simples e efetivo.

Habilidade previamente desenvolvida: conhecer a técnica de higienização das mãos.

### **OBSERVAÇÕES**

- Manter as unhas bem aparadas e, de preferência, sem pintura excessiva.
- Duração mínima do procedimento de 40 a 60 segundos.
- Usar papel toalha que possibilite o uso individual folha a folha.
- Retirar adornos (relógio, pulseira, anéis, etc....)

### **DESCRIÇÃO**

1. Posicionar-se confortavelmente, sem tocar na pia, e abrir a torneira;
2. Molhar as mãos com água;
3. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido ou antisséptico degermante para cobrir toda a superfície das mãos;
4. Ensaboar as palmas das mãos friccionando-as entre si;
5. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos vice-versa;
6. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
7. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice-versa;
8. Esfregar o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
9. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa;
10. Enxaguar bem as mãos com água;

11. Secar as mãos com papel toalha descartável;
12. No caso de torneiras de fechamento manual, para fechar, sempre utilizar o papeltoalha, sem encostar na pia;
13. Desprezar o papel toalha na lixeira sem contato manual (a lixeira deve ter acionamentoda tampa por pedal).

## **2. MÁSCARA LARINGEA**

### **OBJETIVO**

Manter as vias aéreas abertas em situações de emergências ou durante anestesia, procedimentos cirúrgicos de rotina por meio de ventilação espontânea e/ou controlada;

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Manejo provisório da Via Aérea.

### **DESCRIÇÃO**

Máscara laríngea tamanho adequado:

- N°1 – RN a lactentes até 5 kg;
- N° 1,5- lactentes de 5 a 10 kg;
- N° 2- lactentes de 10 kg até pré-escolares de 20 kg;
- N° 2,5- crianças de 20 a 30 kg;
- N° 3- crianças/ adolescentes de 30 a 50 kg;
- N° 4- adultos de 50 a 70 kg (geralmente mulheres e homens de menor porte);
- N° 5- adultos de 70 a 100 kg (geralmente homens/ idosos- ausência de dentes);

1. Reunir o material:

- Lidocaína gel;
- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, máscara, cirúrgica, gorro e luva de procedimento;
- Esparadrapo;
- Estetoscópio;
- Medicação sedativa;

- Seringas e agulhas para aspiração e infusão;
- Cateter intravenoso periférico (jelco) n.14, 16, 18, 20, 22, ou 24, equipo de soro, frasco de SF 0,9% ou RL;
- Máscara facial de silicone;
- Aspirador;
- Ambu;
- Oxímetro
- Capinógrafo
- Monitor com eletrocardiograma

2. Conferir o jejum do paciente. A utilização da MAL só é segura se o paciente possuir aomenos 6 horas de jejum para sólidos ou líquidos com resíduos.
3. Assegurar adequada paramentação para o procedimento.
4. Abrir a máscara laríngea e testá-la insuflando ar no cuff com uma seringa), verificandose existe vazamentos ou deformações;
5. Lubrificar a máscara laríngea com Lidocaína gel
6. Pré oxigenar o paciente oferecendo oxigênio pela máscara facial;
7. Realizar sedação anestésica com as drogas da escolha do médico;
8. Com uma das mãos (mão não dominante) posicionar o paciente com o pescoço fletido e a cabeça estendida;
9. Com a outra mão, segura as vias aéreas da máscara laríngea com o dedo indicador na junção do manguito e do tubo, mantendo a linha preta marcada no tubo em direção ao crânio (costas ou lado curvo das vias aéreas da máscara laríngea) ;
10. Passe a máscara laríngea de modo que o lado curvo deslize pelo palato duro do paciente até a hipofaringe. Verifique se a ponta da máscara não está dobrada, evitando traumas na hipofaringe;
11. Administre a máscara laríngea até que a resistência seja alcançada. Neste ponto, o dispositivo deve estar configurado corretamente. Infle o manguito com uma seringa, mantendo a pressão do manguito abaixo de 60 cm H<sub>2</sub>O de acorodo com os dados abaixo:

- N° 1- 4 ml;
- N° 1,5- 7 ml;
- N° 2- 10 ml;
- N° 2,5- 14 ml;
- N° 3- 20 ml;
- N° 4- 30 ml;
- N° 5- 40 ml;

12. Conecte a máscara laríngea ao circuito respiratório e ventile a paciente com pressão respiratória abaixo de 20 cm H<sub>2</sub>O, observando a expansão torácica, e curva capnográfica, auscultar os pulmões e verificar o volume respiratório obtido. Se não for considerado ventilação satisfatória do paciente, esvazie o manguito da máscara laríngea, remova e execute reinstalação até que a unidade esteja bem posicionada e com ventilação adequada;

- Fixar a máscara laríngea na face do paciente com esparadrapo;
- Higienizar as mãos conforme a técnica correta;
- Realizar anotações.

**OBESERVAÇÃO:** Após a inflamação do manguito, é normal que a máscara retraia 1-1,5 cm à medida que a almofada da máscara laríngea se acomoda nas estruturas supraglóticas.

### **3. TÉCNICA PARA CALÇAR LUVAS ESTÉRIL**

#### **OBJETIVO**

Evitar a transmissão de patógenos ao paciente pelo contato direto ou indireto, prevenindo infecções, impedindo a contaminação do profissional na execução de técnica correta para a realização de procedimentos estéreis.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos e conhecimento da técnica de calçamento de luvas estéreis.

**DESCRIÇÃO:**

1. Retirar adornos: anéis, relógio, pulseiras
2. Lavar as mãos;
3. Escolher a luva compatível ao tamanho da sua mão;
4. Abrir o pacote de luvas sem contaminação e deixá-lo sobre superfície plana com campo;
5. Abrir o invólucro interno e, tocando apenas na face externa, abrir ambas as dobras;
6. Retirar a primeira luva do pacote, pegando-a pela dobra do punho, com a mão não dominante. Levantá-la longe do corpo, manter a palma da mão voltada para cima e colocar a luva na mão dominante, tocando apenas a dobra do punho.
7. Retirar a segunda luva do pacote colocando três dedos da primeira mão, já enluvada, sob o punho da segunda luva. Levantá-la longe do corpo, com a palma da mão voltada para cima e colocar a segunda luva
8. Puxar a luva sobre o punho com a primeira mão que está enluvada, atentando para não tocar no braço.
9. Ajustar os dedos externamente de ambas as mãos já enluvadas
10. Se ocorrer contaminação em qualquer momento, descartar as luvas e começar de novo com luvas novas.

#### **4. CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMENINO**

##### **OBJETIVO**

Estabelecer diretrizes e orientar a atuação da equipe, em sondagem vesical, podendo promover a drenagem urinaria, investigação urodinâmica ou diagnóstica, mensuração de débito urinário, proteção das lesões perineais, perianais e vulvares do contato com urina, e obtenção de amostra de urina estéril.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Conhecer a técnica de lavagem das mãos; técnica de calçar luvas estéreis; conhecer a anatomia do órgão genital feminino e reconhecer os materiais necessários para o desenvolvimento da técnica.

##### **DESCRIÇÃO**

1. Reunir o material:
  - Sonda folley (2 vias) ou Owens (3 vias);
  - Coletor de urina sistema de drenagem fechado (esterilizado);
  - Lubrificante gel em embalagem fechada;
  - Antisséptico tópico (clorexidine);
  - Pacote de cateterismo esterilizado contendo uma cuba rim, uma cúpula com as bolas de algodão ou gaze e uma pinça;
  - Campo estéril com orifício;
  - Biombo
  - 1 seringa 10 ml e ampola de água destilada 10 ml;
  - 1 agulha 25x8 ou 40x12;
  - Adesivo para fixação;
  - Bola de algodão e desinfetante;
  - Saco para lixo;
  - EPIs: Luvas estéreis, gorro, máscara cirúrgica e óculos. Material para higiene íntima: sabão neutro líquido, luvas de procedimento, bacia ou jarro com água, comadre, compressas ou panos limpos.
2. Avaliar e preparar o paciente (higiene íntima, condição emocional e orienta

necessidade de realização do procedimento);

3. Preparar o ambiente – biombo, espaço e iluminação;
4. Lavar as mãos;
5. Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com as pernas afastadas ou posição ginecológica. Deixar região genital protegida com lençol;
6. Assegurar adequada paramentação para o procedimento;
7. Abrir o pacote de cateterismo entre as pernas do paciente ou em uma mesa auxiliar, colocar o antisséptico na cúpula, colocar sobre o campo a sonda, o coletor e o lubrificante gel (4 mL) dentro da cuba rim (em um canto);
8. Aspirar com seringa de 10 ml a água destilada e mantê-la dentro do invólucro da própria seringa, ao lado do campo estéril ou na bandeja;
9. Calçar as luvas estéreis;
10. Conectar a sonda ao coletor sistema fechado;
11. Colocar o campo com orifício sobre a região;
12. Antissepsia:
  - Grandes lábios até o ânus (1° e 2° algodão/gaze) um para cada lado, iniciar
  - Afastar grandes lábios com a mão não dominante e manter na posição até concluir o procedimento;
  - Pequenos lábios até o ânus (3° e 4° algodão/gaze) um para cada lado, iniciar pelo lado distal;
  - Meato uretral em movimentos circulares do centro para fora (5° algodão/gaze).
13. Com a mão dominante pegar a sonda e lubrificar a ponta no gel lubrificante que está na cuba-rim (+/- 5 cm) e introduzir a sonda em movimento rápido deslizante até a metade;
14. Com a mão não dominante segurar a sonda e com a dominante pegar a seringa com 10 ml AD e conectar ao injetor do balão e insuflar. Tracionar delicadamente a sonda para certificar-se do posicionamento;
15. Fechar o clampe da extensão do coletor e passar pelo orifício do campo;
16. Tracionar a sonda levemente para certificar-se que está fixada à bexiga.
17. Retirar o material e colocar na bandeja;
18. Retirar as luvas e fixar a sonda à pele em face lateral interna da coxa ou em direção

ao abdome com prega de folga usando 2 tiras do adesivo:

19. - 1ª na pele. Identifica (data e hora) na 2ª tira, fixa a sonda sobre a 1ª circulando toda a sonda.
20. - Colocar o saco coletor na grade inferior da cama e abrir o clampe;
21. Posicionar paciente de modo confortável.
22. Retirar óculos, máscara, gorro e biombo e organizar o ambiente.
23. Lavar as mãos.
24. Realizar anotações.

## **5. CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO**

### **OBJETIVO**

Gerenciar e organizar a equipe no procedimento de sondagem vesical de demora no sexomascuino, promovendo a segurança do paciente e profissionais, visando a eficácia da técnica correta quando o paciente for submetido aos procedimentos de drenagem urinaria, investigação urodinâmica ou diagnóstica, mensuração de débito urinário, proteção das lesões perianais e vulvares do contato com aurina, e obtenção de amostra de urina estéril.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Conhecer a técnica de lavagem das mãos; técnica de calçar luvas estéreis; conhecer a anatomia do órgão genital masculino e reconhecer os materiais necessários para o desenvolvimento da técnica.

### **DESCRIÇÃO**

1. Reunir o material:
  - Sonda folley (2 vias) ou Owens (3 vias);
  - Coletor de urina sistema de drenagem fechado (esterilizado);
  - Lubrificante gel;
  - Antisséptico tópico (clorexidine aquoso 2%);
  - Pacote de cateterismo esterilizado contendo uma cuba rim, uma cúpula com as bolas de algodão ou gaze e uma pinça;
  - Campo estéril com orifício;
  - 1 seringa 20 ml e ampola de água destilada 10 ml;

- 1 agulha 25x8 ou 40x12;
  - Adesivo para fixação;
  - Bola de algodão e desinfetante;
  - Biombo
  - Campos
  - Saco para lixo;
  - EPIs: Luvas estéreis, gorro, máscara cirúrgica e óculos. Material para higiene íntima: sabão neutro líquido, luvas de procedimento, bacia ou jarro com água, comadre, compressas ou panos limpos.
2. Avaliar e preparar o paciente (higiene íntima, condição emocional e orienta necessidade de realização do procedimento).
  3. Preparar o ambiente – biombo, espaço e iluminação.
  4. Lavar as mãos conforme a técnica de higienização das mãos.
  5. Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com as pernas afastadas ou posição ginecológica. Deixar região genital protegida com lençol.
  6. Assegurar adequada paramentação para o procedimento;
  7. Abrir o pacote de cateterismo entre as pernas do paciente ou em uma mesa auxiliar, colocar o antisséptico na cúpula, colocar sobre o campo a sonda, o coletor e seringa de 20 mL (para o gel);
  8. Aspirar com seringa de 10 ml a água destilada e mantê-la dentro do invólucro da própria seringa, ao lado do campo estéril ou na bandeja;
  9. Calçar as luvas estéreis;
  10. Desconectar o êmbolo da seringa de 20 ml e com auxílio de outro profissional colocar 15 ml de lubrificante gel e mantê-la dentro do campo, conectar a sonda ao coletor sistema fechado
  11. Antissepsia:
    - Colocar o campo com orifício sobre a região;
    - Com a mão não dominante segurar o pênis (essa mão não poderá ser removida dessa posição até a introdução total da sonda);
    - Com a pinça montada com algodão embebido com antisséptico (1° e 2° algodão/gaze), fazer antissepsia em toda região peniana, com movimentos

circulares ou perpendiculares, no sentido do prepúcio para a raiz do pênis, sem afastamento do prepúcio;

- Com o dedo indicador e polegar afasta o prepúcio e mantém a posição. Pode usar todos os dedos da mão para garantir prepúcio afastado e a posição perpendicular. Mantém apenas a glândula exposta. Não retirar a mão até concluir a técnica;
- Com a pinça montada com algodão embebido com antisséptico (3° e 4° algodão/gaze), fazer antissepsia da região peniana, com movimentos circulares,
- Fazer antissepsia do meato (5° e 6° algodão/gaze) em movimento circular, do meato para glândula;
- Observação: ir desprezando as bolas de algodão/gaze na parte distal da cuba rim ou no saco de lixo.

12. Mão não dominante mantém pênis firmemente.

13. Elevar o pênis, quase perpendicularmente ao corpo, para colocar a uretra em linha reta.

14. Com a mão dominante segurar a seringa com o gel lubrificante introduzir o bico no meato, iniciar a injeção do gel até seu final. Manter a seringa pressionada a glândula para evitar refluxo por cerca de 2 minutos

15. Soltar a seringa rapidamente e introduzir a sonda em movimento rápido deslizando toda a sonda, identificando o retorno de urina (sempre há urina residual).

16. Com a mão não dominante segurar a sonda e com a dominante pegar a seringa com 10 ml AD e conectar ao injetor do balão e insuflar. Tracionar delicadamente a sonda para certificar-se do posicionamento e recobrir a glândula com o prepúcio

17. Fechar o clampe da extensão do coletor e passar pelo orifício do campo.

18. Tracionar a sonda levemente para certificar-se que está fixada à bexiga

19. Retirar o material e colocar na bandeja.

20. Fixar a sonda à pele em face lateral interna da coxa ou em direção ao abdome com prega de folga usando 2 tiras do adesivo:
  - 1ª na pele. Identifica (data e hora) na 2ª tira, fixa a sonda sobre a 1ª circulando toda a sonda.
21. Colocar o saco coletor na grade inferior da cama e abrir o clampe.
22. Retirar as luvas;
23. Posicionar paciente de modo confortável.
24. Retirar óculos, máscara, gorro e biombo e organizar o ambiente.
25. Lavar as mãos.
26. Realizar anotações.

## **6. CURATIVO**

### **OBJETIVO**

Direcionar e padronizar a sequência lógica na assistência aos cuidados com feridas conforme indicado.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Conhecer a técnica de lavagem das mãos; Conhecer a anatomia da pele e a fisiologia da cicatrização; Conhecer os tipos de cicatrização; Conhecer os fatores adversos a cicatrização (sistêmicos e locais); Identificar a presença de sinais flogísticos; Reconhecer os tipos de tecido presentes em uma ferida (tecido de granulação sadio e doente, fibrina, necrose); Identificar a presença e descrever as características do exsudato presente na ferida; Conhecer a indicação, a ação e efeitos adversos dos medicamentos e/ou soluções utilizados no tratamento de feridas; Conhecer a sequência lógica da técnica de curativo limpo e curativo contaminado; Reconhecer os materiais necessários para o desenvolvimento da técnica, assim como sua utilização dentro dos critérios assépticos.

## DESCRIÇÃO

1. Reunir o material:
  - Bandeja Pacote de curativo estéril (Pinças Kelly, Kocher, anatômica, dente-de-rato e tesoura);
  - Pacotes com gaze esterilizada; Esparadrapo comum ou hipoalergênico;
  - Soro fisiológico a 0,9% (ampola de 10 ml ou frasco de 100 ml);
  - Agulha 40x12 Pomada, gel, creme ou outro produto se indicado para tratamento da ferida;
  - Saco plástico para descarte de materiais;
  - Gorro e máscara cirúrgica;
  - Outros materiais (se necessário): espátula estéril; chumaço de algodão e/ou compressas estéreis;
  - Bacia;
  - Atadura de crepe;
  - Luvas;
  - Biombo.
2. Preparar o material;
3. Lavar as mãos
4. Explicar o procedimento ao cliente;
5. Proteger o ambiente com biombo, fechar porta e janelas para evitar correntes de ar;
6. Posicionar o cliente, expondo somente área a ser tratada e proteger roupa de cama com impermeável ou traçado sob o local do curativo;
7. Colocar material do curativo sobre a superfície limpa e plana (mesa auxiliar);
8. Colocar saco plástico ou similar próximo ao local do curativo;
9. Colocar gorro, máscara cirúrgica e luvas se necessário.
10. Abrir pacote de curativo com técnica asséptica;
11. Colocar pinças com cabos voltados para borda do campo, posicionando primeiro par próximo ao cliente, 1º par (kocher e dente-de-rato); e 2º par (anatômica e kelly);
12. Abrir SF a 0,9%;
13. Colocar gaze em quantidade suficiente sobre o campo estéril (2º par de pinças);

14. Separar a gaze para o campo próximo do cliente (1º par de pinças), em quantidade suficiente para auxiliar retirada do curativo;
15. Calçar luvas caso tenha de retirar atadura de crepe, se o curativo apresentar muito exsudato ou se há risco de contato com fluídos;
16. Montar a pinça Kocher com gaze, auxiliada pela pinça dente-de-rato e umedece-la com SF a 0,9% para facilitar a retirada do esparadrapo do curativo anterior;
17. Segurar esparadrapo do curativo anterior com pinça dente-de-rato e descolar o esparadrapo com auxílio da pinça kocher montada com gaze úmida;
18. Dobrar gaze com pinça Kelly, auxiliada pela pinça anatômica, e umedecê-la com SF a 0,9%;
19. Limpar a ferida com a pinça kelly montada com gaze umedecida, em sentido único, utilizando as faces da gaze que são 3;
20. Repetir a operação quantas vezes forem necessárias utilizando de delicadeza sem causar desconforto ao cliente com uma pressão muito forte;
21. Na limpeza deve-se estar atento às características da ferida: ferida limpa sem contaminação, se limpa 1º a ferida e depois a pele ao redor; ferida contaminada se limpa 1º a pele ao redor e depois a ferida;
22. Secar a pele ao redor da ferida;
23. Cobrir a ferida com gaze umedecida com SF a 0,9%, mantendo o leito da lesão úmido, ou aplicar produto adequado para o tipo de tecido encontrado na lesão;
24. Identificar o curativo com data, hora e nome;
25. Realizar troca do curativo de acordo com a avaliação da ferida, produto utilizado ou quando a cobertura externa estiver saturada (úmido);
26. Deixar o cliente confortável e a unidade em ordem;
27. Lavar as mãos;
28. Proceder à anotação: hora, local da lesão, condições da ferida e solução utilizada.

## **7. EXAME FÍSICO DAS MAMAS**

### **OBJETIVO**

Avaliar clinicamente as mamas para detecção precoce de alterações, anormalidades e caroços, o procedimento é compreendido como parte do atendimento de atenção integral à saúde da mulher, e por isso deve ser feito periodicamente. No final da avaliação devemos analisar os sintomas relatados pelo usuário e incentivar a realização do autoexame das mamas com frequência.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos e conhecimento do exame físico das mamas.

### **DESCRIÇÃO**

1. Realizar higienização das mãos;
2. Apresentar-se ao usuário e explicando todo o procedimento, retirando as dúvidas antes de iniciar a avaliação;
3. Realizar anamnese se atentando aos sinais relatados pela paciente;
4. Fornecer uma camisola, solicitando-a que sente na maca e fique com a parte superior do corpo despida;
5. Para a Inspeção estática pedir a paciente que fique com braços relaxados ao longo do corpo. Observar de frente e de perfil (sempre comparando ambos os lados) os contornos das mamas, aspecto da pele, assimetrias, presença de abaulamentos ou retrações, desvios dos mamilos (papilas) ou quaisquer outras alterações dignas de nota.
6. Para uma Inspeção Dinâmica, solicite à paciente que abra os braços paralelos ao corpo e os levante até a cabeça, e com as mãos na cintura contraia a musculatura peitoral.
7. Novamente observar, durante o movimento, qualquer alteração ou assimetria que se evidencie nas mamas.
8. Realizar palpação dos linfonodos axilares e supraclaviculares ainda com a paciente sentada;
9. Para a palpação e expressão (ordenha) da mama, a paciente deve ficar em decúbito dorsal, braços estendidos acima da cabeça.

10. Observar: massa da mama, retração, edema, simetria, linfonodos axilares, ferida no mamilo e sensibilidade na mama;
11. Com as polpas dos dedos (técnica em “to play piano”) o examinador palpará cada quadrante da mama, da periferia em direção ao mamilo.
12. Cada quadrante deve ser examinado com três níveis de pressão: leve, médio e profundo;
13. A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não pressionada (comprimida) a menos que haja descarga papilar espontânea;
14. Ajudar a paciente a descer da mesa ginecológica, orientando-a para vestir-se e que o procedimento acabou;
15. Orientar quantos aos achados, solicitar exames caso necessário;
16. Higienizar as mãos;
17. Realizar anotações.

## **8. COLETA EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO**

### **OBJETIVO**

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Conhecer a técnica de lavagem das mãos; conhecer a anatomia do órgão genital feminino e o exame físico ginecológico; conhecer as alterações ginecológicas; conhecer a sequência lógica da técnica de coleta do material citopatológico; reconhecer os materiais necessários para o desenvolvimento da técnica.

### **DESCRIÇÃO**

1. Reunir o material necessário:
2. Espéculo;
3. Escova endocervical;
4. Espátula de Ayre;
5. Lamina fosca;
6. Fixador de lamina;
7. Luva de procedimento;

8. Mascara;
9. Recipiente/envelope para armazenamento da lamina;
10. Foco de luz;
11. Soro fisiológico.
12. Entrevista e preenchimento do formulário de requisição, com as seguintes perguntas:
  - Fez o exame preventivo alguma vez? Quando?
  - Usa DIU?
  - Esta grávida?
  - Usa pílula anticoncepcional?
  - Usa hormônio/ remédio para menopausa?
  - Já fez tratamento por radioterapia?
  - Data da última menstruação?
  - Teve ou tem algum sangramento após as relações sexuais?
  - Teve ou tem algum sangramento após a menopausa?
13. Fornecer um avental e disponibilizar local reservado para troca de roupa;
14. Explicar procedimento para paciente;
15. Identificar lâmina na extremidade fosca com lápis preto, informando: iniciais do nome da usuária, data nascimento e nºCNES. Acomodar a lâmina, já identificada, na mesa de apoio para receber o material colhido;
16. Lavar as mãos;
17. Solicitar a usuária que se deite na mesa, auxiliando-a a posicionar-se adequadamente para o exame; cobrir a paciente com o lençol;
18. Sentar no banquinho mocho;
19. Posicionar o foco de luz no ombro do profissional, ligar e ajustar o foco de luz;
20. Calçar as luvas;
21. Verificar a existência de lesões suspeitas na vulva e vagina. Em caso positivo, lembrar de fazer o encaminhamento adequado ao final do exame;;
22. Verificar o tamanho adequado do espelho a ser utilizado e fazer o teste de funcionamento;
23. Não lubrifique o espelho com qualquer tipo de óleo, glicerina, creme ou

vaselina. No caso de pessoas idosas, com vaginas extremamente ressecadas, recomenda-se molhar o espelho com soro fisiológico ou solução salina;

24. Avisar a paciente que irá “introduzir o espelho para exame” e solicitar que relaxe;

25. Empunhar o espelho totalmente fechado, com a mão dominante;

26. Com a outra mão afastar as ninfas ou pequenos lábios vaginais;

27. Introduza-o em posição vertical e ligeiramente inclinado (45° da posição da mesa); iniciada a introdução, faça uma rotação, deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espelho fique na posição horizontal;

28. Durante a introdução do espelho, procede-se à inspeção das paredes vaginais;

29. Uma vez introduzido totalmente na vagina, abra-o lentamente e com delicadeza;

30. Se tiver dificuldade para visualizar o colo peça que a paciente tussa e tente manobras delicadas com o espelho;

31. Se, ao visualizar o colo, houver grande quantidade de muco ou secreção, retire o excesso delicadamente com uma gaze montada em uma pinça, sem esfregar, para não perder a qualidade do material a ser colhido;

32. Proceda inicialmente a coleta da ectocérvice, utilize a espátula de madeira tipo Ayre, do lado que apresenta reentrância;

33. Encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360° no sentido horário, em torno de todo o orifício, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra;

34. Na lâmina, já devidamente identificada, estenda o material ectocervical dispostamente no sentido horizontal, ocupando 1/2 da parte transparente da lâmina, em movimentos de sentido único, da direita para a esquerda, esfregando a espátula com suave pressão, garantindo uma amostra uniforme;

35. Para a coleta no canal cervical utilize a escova apropriada para coleta endocervical: Recolha o material, introduzindo a escova delicadamente no canal cervical, girando-a a 360° no sentido horário;

36. Ocupando a 1/2 restante da parte transparente da lâmina, estenda o material endocervical, rolando a escova da direita para esquerda no sentido anti-horário;
37. A fixação do esfregaço deve ser procedida imediatamente após a coleta, sem nenhuma espera, utilizar o spray fixador com 20 a 30 cm de distância da lâmina;
38. Para retirar o espelho, fechar a borboleta de abertura, tomando o cuidado de não “pinçar” o colo com as válvulas do espelho;
39. Retirar o espelho com movimento contrário ao de introdução, de tal maneira que, ao final, o espelho saia ligeiramente inclinado;
40. Descartar o espelho usado em recipiente apropriado;
41. Retirar as luvas e lavar as mãos;
42. Orientar sobre o recebimento do resultado, entregando-lhe o cartão com a data prevista para tal;
43. Encaminhar a paciente ao local para troca de roupa;
44. Organizar a sala para receber a próxima paciente.

## **9. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA**

### **OBJETIVO**

Padronizar serviço e implementar a prescrição medicamentosa.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): lavagem das mãos, organização e preparo de medicação, vias de administração.

### **DESCRIÇÃO**

1. Separar o material:
  - Bandeja;
  - Gaze compressa estéril;
  - Álcool 70%;
  - Medicação conforme prescrita;
  - Soro com medicação diluída ou ainda medicação de 30 ou 50 ml);
  - Luva de procedimento;
  - Agulha;

- Seringa;
  - Soro fisiológico a 0,9%;
  - Algodão embebido em álcool 70%;
  - Algodão seco;
  - Garrote;
  - Dispositivo intravenoso;
  - Esparadrapo ou microporo.
2. Conferir data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação
  3. Orientar o paciente e o acompanhante sobre o procedimento;
  4. Lavar as mãos.
  5. Calçar máscara, óculos e luvas;
  6. Considerando que o paciente já esteja com acesso venoso, checar a permeabilidade, observando se o local apresenta dor, calor e rubor (sinais flogísticos);
  7. Clampear O controle de fluxo do acesso venoso, no caso de o paciente estar recebendo hidratação e fazer a desinfecção das conexões e injetores com uma gaze estéril embebida de álcool 70 %.
  8. Introduzir a seringa na via do extensor, protegendo a tampa com gaze e deixando-a sobre a bandeja, certificar-se de não haver bolhas de ar no interior da seringa.
  9. Injetar a medicação de forma lenta;
  10. O finalizar a introdução da medicação, salinizar o acesso injetando uma seringa preenchida com SF 0,9%;
  11. Fechar a via do extensor com A tampa, clampar o fluxo da via que não será mais utilizada, e abrir o clamp de controle de fluxo do equipo de soro, acertando o gotejamento;
  12. Observar reações medicamentosas, e reação do paciente após procedimento, e alterações no acesso venoso;
  13. Certifique-se de que o paciente está confortável;
  14. Descartar e organizar material;
  15. Limpar a bandeja com álcool 70%;

16. Descartar as luvas;
17. Higienizar as mãos e realizar anotações.

## **10. FIXAÇÃO TRAQUEOSTOMIA**

### **OBJETIVO**

Conduzir o procedimento, mantendo a higiene e prevenindo infecções.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos, entender sobreanatomia e vias aéreas e conhecimento da técnica de fixação.

### **DESCRIÇÃO**

1. Separar o material:
  - 50 cm de cadarço;
  - Compressa (30x30cm) não estéril;
  - Fita crepe;
  - 4 unidades de gaze não estéril;
  - 1 par de luvas de procedimento;
  - Máscara e óculos;
2. Lavar as mãos.
3. Calçar máscara, óculos e luvas;
4. Passar o cadarço por 1 dos orifícios da traqueostomia de modo que o mesmo fique duplo;
5. Envolver o cadarço com a compressa de modo que proteja a região cervical;
6. Passar 1 das pontas do cadarço no outro orifício da traqueostomia;
7. Organizar as gazes em duplas e dobrar ao meio;
8. Proteger a pele no local da inserção da traqueostomia com as gazes, (sendo 1 de cada lado) ajustar o cadarço e amarrar;
9. Cortar os excessos;
10. Dispensar material;
11. Lavar as mãos.

## **11. FIXAÇÃO DE TUBO OROTRAQUEAL**

### **OBJETIVO**

Orientar procedimento, mantendo permeabilidade das vias aéreas removendo muco e secreções serosas, a fim de prevenir infecções.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos, entender anatomia e vias aéreas e conhecimento da técnica de fixação.

### **DESCRIÇÃO**

1. Separar material (50 cm de cadarço, 20 unidades de gaze não estéril, tesoura, 1 par de luvas de procedimento, máscara e óculos);
2. Lavar as mãos;
3. Calçar as luvas;
4. Amarrar o cadarço bem apertado na altura ideal do tubo (22-24 cm), sendo uma ponta maior que a outra;
5. Fazer 4 e 5 nós ainda apertados;
6. Passar cada lado do cadarço sobre as orelhas do paciente;
7. Ajustar para que fiquem bem firmes;
8. Dobrar as gazes em pares e ao meio;
9. Proteger a pele de uma orelha a outra;
10. Ajustar e amarrar o cadarço na lateral;
11. Cortar os excessos;
12. Realizar ausculta pulmonar.
13. Lavar as mãos.

## **12. ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)**

### **OBJETIVO**

Padronizar procedimento, mantendo a higiene e prevenindo infecções.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): higienização das mãos, anatomia muscular, vias de administração, volume adequado para a administração, material necessário e técnica de aplicação.

### **DESCRIÇÃO**

1. Músculos indicados para a administração e volume permitido em adultos são:
  - Vasto lateral da coxa: até 4 ml.
  - Região Dorso Glútea – Quadrante Superior Externo: até 5 ml.
  - Região Ventro Glútea: até 4 ml.
  - Deltóide: até 2 ml.
2. Separar material:
  - Bandeja;
  - Luvas de procedimento;
  - Seringa;
  - Agulha 40 x 12, 25 x 7 ou 30 x 8;
  - Gaze estéril;
  - Álcool 70%.
  - Algodão;
  - Medicamento prescrito;
3. Checar prescrição, via de administração, quantidade indicada e horário,
4. Faça a desinfecção da bandeja com álcool 70%;
5. Higienizar as mãos;
6. Fazer a desinfecção no frasco ou ampola com algodão umedecido álcool 70%, diluir conteúdo se necessário, e aspirar o conteúdo do frasco. Logo em seguida troque a agulha para (25x7 ou 30x8).
7. Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento, calçar as luvas de procedimento;

8. Expor e definir o local de administração, em seguida fazer a antissepsia do local;
9. Pinçar com os dedos a pele ao redor do local de administração, realizar a inserção da agulha com um ângulo 90º, aspirar devagar o embolo da seringa verificando se há retorno sanguíneo, excluindo a hipótese de atingir um vaso injete o conteúdo lentamente.
10. Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;
11. Aplique uma leve compressão ao local com gaze ou algodão;
12. Organize e descarte o material.
13. Certifique-se que o paciente está bem.
14. Higienizar as mãos;
15. Realizar anotações.

### **13. OFTALMOSCOPIA**

#### **OBJETIVO**

Visualizar as estruturas do fundo de olho, dando atenção ao nervo óptico, os vasos retinianos, e a retina propriamente dita, especialmente sua região central denominada mácula.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos, conhecer a anatomia do olho.

#### **DESCRIÇÃO**

1. Reunir Material:
  - Oftalmoscópio;
  - Luva de procedimento;
2. Lavar as mãos e calçar as luvas;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Colocar o paciente em uma sala parcialmente escura. O examinador e o paciente devem estar em posições confortáveis. O paciente pode estar sentado no sofá, em uma cadeira, ou deitado. O foco de luz do oftalmoscópio deve estar regulado para que não haja reflexo no fundo do olho do paciente. Dirigir a luz sobre o dorso da mão pode

ajudar a verificar a intensidade da luz;

5. Posicione-se na frente do paciente e peça para que ele olhe fixamente em linha reta para um ponto distante, mantendo os dois olhos abertos. Se necessário, use colírio para dilatar a pupila (midríase), exceto em pacientes com alterações da pressão intraocular, trauma craniano ou acidente vascular encefálico recente;

6. Quando for examinar o olho direito do paciente, realize o exame utilizando seu olho direito e segurando o oftalmoscópio também com sua mão direita. Quando for proceder ao exame do olho esquerdo do paciente o olho esquerdo do examinador deve ser o utilizado e o oftalmoscópio deve ser manejado com sua mão esquerda. Isto evita o contato com o nariz do paciente e permite maior mobilidade e a realização do exame com maior proximidade, permitindo avistalzação mais adequada do fundo do olho;

7. Segure o oftalmoscópio em pé, ligeiramente inclinado a 20 graus para a região lateral. Você deve permanecer a uma distância de 40 centímetros aproximadamente;

8. Coloque sua mão livre na região anterior da cabeça do paciente para dar estabilidade, use o polegar para abrir a pálpebra superior;

9. Ligue o oftalmoscópio e mantenha a lente de aumento de imagens, que pode ser regulada nas laterais do aparelho, no número "0" (visualizado na abertura inferior da porção emissora de luz do oftalmoscópio). Direcionar o feixe de luz para localizar a pupila e buscar a visualização de um reflexo laranja no interior da pupila (reflexo da retina). Se isso não ocorrer pode significar a opacificação de um dos meios transparentes do olho (cristalino, por exemplo) ou o oftalmoscópio não está corretamente posicionado;

10. Inicie a aproximação com o paciente buscando a melhoria da imagem do reflexo da retina para visualizar adequadamente o fundo de olho e com o dedo indicador gire o disco para trocar a lente de aumento, posicionada nas laterais do equipamento, até obter uma imagem nítida;

11. Durante o exame, não obstrua a visão do olho que não está sendo examinado. Isso é importante para que o paciente não perca o foco em seu ponto fixo, de forma que possa manter o globo ocular estável;

12. A retina normal possui cor laranja avermelhada ao exame de fundo do olho. Pode-

se visualizar a papila de onde emergem os vasos retinianos. A artéria central da retina se divide em quatro ramos, uma para cada quadrante. É possível também a visualização da árvore venosa, sendo que o calibre arterial é 2 a 3 vezes menor que o venoso. A mácula se localiza na região temporal em relação à papila e sua cor é mais escura do que a retina circundante;

13. Ao final do procedimento, retirar e desprezar as luvas;
14. Realizar as anotações, orientando e retirando as dúvidas do paciente.

## **14. OTOSCOPIA**

### **OBJETIVO**

Ferramenta de auxílio ao diagnóstico de doenças na orelha, a exemplo da otite média aguda e da perfuração timpânica. Uma parte fundamental do exame físico de cabeça e pescoço.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos, conhecer a semiologia da cabeça e do pescoço

### **DESCRIÇÃO**

1. Reunir Material:
  - Otoscópio;
  - Cones de plástico;
  - Material para higienização dos cones plásticos (álcool 70% e algodão ou gaze);
  - Luvas de Procedimento.
2. Lavar as mãos e calçar as luvas;
3. Explicar o Procedimento ao paciente;
4. Posicionar adequadamente o crânio. A posição correta deve permitir que a origem da hélice permaneça na mesma linha horizontal que o canto do olho;
5. Inspecionar a orelha externa e descrever a aparência e a cor da pele, a presença de nódulos ou malformações;
6. Tracione a orelha para cima e para trás buscando corrigir a curvatura do canal auditivo, no caso de um adulto. Em crianças pode ser necessário tracionar para baixo

e para trás;

7. Deve-se segurar o otoscópio com a mão do mesmo lado em que o exame será realizado. Ao examinar o ouvido direito deve-se segurar o otoscópio com a mão direita e realizar a tração do pavilhão auricular com a mão esquerda. O oposto deve ser realizado quando se proceder ao exame do ouvido esquerdo;

8. Escolher o cone plástico mais adequado para a otoscopia, que deve estar adequadamente higienizado (quando não for descartável). Deve-se escolher o cone de acordo com o tamanho do meato auditivo e adaptá-lo ao otoscópio;

9. Segure o otoscópio próximo ao engate entre o cabo e a porção emissora de luz. Deve-se segurar o equipamento de forma semelhante a uma caneta, com o equipamento repousando entre o polegar, indicador e dedo médio e com o dorso da mão voltado para a face do paciente. Desta forma é possível encostar o dorso da mão no rosto do paciente de forma a garantir maior segurança em caso de movimentações inadvertidas do mesmo, permitindo que a mão acompanhe o movimento do crânio e evitando lesões ao ouvido;

10. Examine o conduto auditivo e determine se há eritema, áreas estreitas, cerúmen, corpos estranhos, otorragia, saída de líquido cefalorraquidiano ou secreção purulenta;

11. Introduza um pouco mais o otoscópio mantendo a tração do pavilhão auricular e visualize as estruturas relacionadas ao tímpano.

12. A membrana timpânica normal é fina e semitransparente. Quando vista pelo otoscópio parece cinza perolada e muitas vezes algumas das estruturas do ouvido médio podem ser visualizadas, tais como descrito a seguir:

- A parte superior da membrana timpânica, correspondente a um quinto dela, é chamada de parte flácida e o restante é chamado de parte tensa;
- A porção periférica da membrana timpânica, aderida ao conduto auditivo externo, é espessada e chamada de anel fibroso;
- O Cabo do martelo, que se estende para baixo e para a região posterior do ouvido médio, é um ponto de referência importante no exame, enquanto o processo curto do martelo avança sobre a membrana, sendo projetado para dentro do canal auditivo externo;
- O Umbo representa a adesão central da membrana timpânica ao martelo. Do

Umbo, um cone de luz (também chamado de triânguloluminoso) se estende para baixo e à direita;

- Se a transparência da membrana for suficiente, algumas vezes é possível a visualização do processo longo da bigorna e da aberturada trompa de Eustáquio (tuba auditiva).

13. Identifique se há perfuração timpânica, que são lesões na membrana timpânica causadas por traumas ou infecções do ouvido médio e pode ser central ou marginal;

14. Quando o tímpano está inflamado ele perde a sua cor cinza pérola e se torna eritematoso. Nas otites médias com efusão, ele assume uma cor esbranquiçada e se torna mais côncavo o que leva à perda dos pontos de referência enquanto que, na otite média serosa, apresenta-se com uma coloração âmbar e eventualmente com bolhas ou com a presença de nível de fluido horizontal;

15. Ao final do procedimento, realizar adequada higienização do cone plástico;

16. Retirar e desprezar luvas;

17. Realizar as devidas anotações com descrição minuciosa.

## **15. OXIGENOTERAPIA COM CATETER NASAL**

### **OBJETIVO**

Fornecer concentração adicional de oxigênio para facilitar adequada oxigenação tecidual. Promover a umidificação das secreções das vias aéreas, facilitar expectoração e promover broncodilatação.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos, organização e conhecimento do material.

### **DESCRIÇÃO**

1. Reunir o material:

- Cateter nasal nº adequado conforme avaliação prévia ou máscara facial ou máscara de venturi;
- Gaze;
- Esparadrapo/ micropore;

- Extensão de látex ou plástico com 1 ou 2 metros para permitir a movimentação do paciente;
  - Umidificador;
  - Fluxômetro;
  - Oxigênio canalizado ou em torpedo;
  - Ampola de solução fisiológica 0,9% 10 ml;
  - Frasco de água destilada de 100 mL;
  - Luvas de procedimento;
  - Bandeja de inox.
2. Identificar o paciente e explicar o procedimento a ser realizado;
  3. Lavar as mãos
  4. Preparar o umidificador com água destilada, enchendo com 2/3 de sua capacidade.
  5. Orientar o paciente quanto ao procedimento, deixá-lo em posição confortável (cabeceira elevada 30-45°).
  6. Conectar o cateter a extensão e ao umidificador já montado.
  7. Calçar luvas
  8. Medir a distância do cateter entre a ponta do nariz e o lóbulo da orelha, identificando com esparadrapo para saber até que ponto o cateter será introduzido (cateter “tipo óculos” – não há necessidade deste procedimento).
  9. Abrir o fluxômetro e deixar fluir um pouco de oxigênio para evitar acidentes por saída intempestiva de oxigênio
  10. Umedecer o cateter com solução fisiológica, segurando-o com gaze.
  11. Introduzir o cateter pelo assoalho de uma das narinas até local marcado. Observar a posição do cateter pela boca do paciente que não deverá ultrapassar a úvula palatina para não provocar náusea.
  12. Retirar as luvas
  13. Fixar o cateter com esparadrapo/ micropore sobre a testa ou face do paciente, garantindo que o mesmo sinta-se confortável.
  14. Lavar as mãos
  15. Fazer as anotações.

## 16. PUNÇÃO ARTERIAL

### OBJETIVO

Regular e conduzir o procedimento com a técnica correta, evitando infecções e complicações tais como formação de hematomas, necrose do tecido perivascular; celulite no tecido subjacente e otimização dos insumos.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos, calçar luvas.

### DESCRIÇÃO

1. Reunir todo material:

- Bandeja;
- Seringa de 3 mL;
- Agulha para punção de calibre reduzido;
- Heparina sódica 5000UI/mL;
- Luvas de procedimento;
- Óculos de proteção;
- Máscara
- Bolas de algodão;
- Clorexidina alcoólica;
- Gaze estéril;
- Etiqueta de identificação;
- Fita adesiva hipoalergênica.

2. Realizar a higienização das mãos.

3. Levar a bandeja ao quarto do paciente, colocando-a na mesa auxiliar.

4. Explicar o procedimento ao paciente ou responsável.

5. Em caso de coleta de gasometria, aspire uma quantidade mínima de heparina com a seringa de 3ml e devolva o conteúdo aspirado para o frasco, com o intuito de somente molhar a seringa, o que irá reter na seringa aproximadamente 0,4ml (volumes maiores de heparina podem causar alterações no pH da amostra).

6. Colocar máscara, óculos de proteção e calçar as luvas de procedimento

7. Escolher o local da punção: artérias radial, pediosa ou femoral.

8. Solicitar ao paciente que mantenha o braço imóvel.
9. Recomenda-se realizar o teste de Allen (consulte recomendações), antes de se puncionar a artéria radial.
10. Fazer a antissepsia do local com algodão embebido em clorexidene alcóolico, em movimentos circulares do centro para as extremidades.
11. Manter o algodão seco ao alcance das mãos.
12. Palpar a artéria, colocando a ponta dos dedos indicador e médio sobre a mesma, definindo sua localização.
13. Introduzir a agulha lentamente, nos seguintes ângulos a depender da artéria selecionada: 45 a 60 graus para a radial, 30 graus em relação ao dorso do pé para a pediosa, e 90 graus para a femoral.
14. A entrada da agulha na luz arterial é assinalada pelo aparecimento do sangue pulsátil no canhão da agulha
15. Colher a quantidade de sangue necessária (1 a 3 mL) e proceder à compressão firme da artéria puncionada, por cinco minutos, com algodão seco.
16. Retirar todo o ar que estiver na seringa.
17. Ocluir o bico da seringa com dispositivo não perfuro-cortante, após se retirar cuidadosamente o excesso de ar e bolhas da seringa.
18. Certificar-se de que não há início de formação de hematoma ou sangramento no local da punção, comprimindo novamente por mais 5 minutos se houver estes sinais e fazer um curativo compressivo.
19. Deixar o paciente confortável.
20. Recolher o material e encaminhar os resíduos ao expurgo.
21. Descartar o material perfuro-cortante em recipiente adequado.
22. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel-toalha e higienizá-la com antisséptico.
23. Retirar as luvas e desprezá-las no lixo.
24. Realizar higienização das mãos.
25. Identificar a seringa com nome, leito, RG do hospital, data, horário e temperatura do paciente.
26. Providenciar encaminhamento imediato do material para o laboratório.

27. Registrar no prontuário punção, presença de hematoma ou sangramento, e perfusão do membro puncionado.
28. Recomendações:
29. Teste de Allen
30. Existe a possibilidade de que a punção radial possa ocluir a circulação arterial da mão. Por isso é importante avaliação da circulação colateral da mão pela artéria ulnar através do Teste de Allen antes de cada punção da artéria radial:
  - Peça para o paciente fechar a mão fortemente formando um punho. Força-se assim a saída do sangue da mão.
  - Usando os seus dedos indicador e médio de ambas as mãos, palpe as artérias ulnar e radial.
  - Comprima e obstrua o fluxo do sangue em ambas as artérias enquanto o paciente abre parcialmente e fecha a mão 4 a 5 vezes.
  - Mantenha a mão do paciente com a palma para cima. Esta deverá aparecer esbranquiçada.
  - Reduza a pressão na artéria ulnar enquanto observa a cor da palma, dedos e em especial o polegar.
  - A mão e os dedos deverão ficar preenchidos dentro de 10 a 15 segundos se a circulação ulnar for adequada.
31. Se a mão permanecer esbranquiçada, a circulação não é adequada nessa mão (teste de Allen negativo) e, a punção da radial não deve ser feita.
32. Se a cor é retomada (teste de Allen positivo), a punção da artéria radial pode ser efetuada com segurança. Em casos de pacientes inconscientes, elevar a mão do paciente acima do coração e apertar ou comprimir a mão, até que ocorra o empalidecimento.
33. Abaixar a mão do paciente, enquanto ainda está comprimindo a artéria radial (liberar a pressão sobre a artéria ulnar) e observar o retorno da coloração da mão.

## **17. TECNICA RETIRADA DE LUVA ESTÉRIL**

### **OBJETIVO**

Calçar luvas estéreis é uma técnica utilizada para procedimentos livres de microrganismos além de evitar o contato direto com fluidos e secreções, evitando que profissionais se contaminem. Dessa forma retirar as luvas de forma correta contribui firmemente para a não contaminação.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos, calçar luvas.

### **DESCRIÇÃO**

1. Manter as luvas contaminadas com os dedos voltados para baixo;
2. Com a mão dominante, segurar a face externa da luva, na altura do punho;
3. Estique e puxe a extremidade da luva para baixo, enquanto a inverte durante a remoção.
4. Coloque os dedos da mão sem luva na parte interna da luva ainda vestida da outra mão.
5. Puxe a segunda luva de cima para baixo até a retirada total.
6. Desprezar as luvas em recipiente adequado.
7. Lavar as mãos imediatamente após a retirada das luvas.

## **18. TORACOCENTESE DE ALÍVIO EM PNEUMOTÓRAX**

### **OBJETIVO**

Adequar e otimizar os serviços, aliviando o desconforto respiratório do derrame pleural, pois permite descomprimir o espaço pleural permitindo que o pulmão possa se expandir.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos, calçar luva estéril e paramentação, anatomia do tórax, materiais necessários e técnica a ser executada.

## DESCRIÇÃO

1. Reunir o material:
  - Luva estéril;
  - Óculos para proteção;
  - Gorro descartável;
  - Máscara descartável;
  - Avental cirúrgico;
  - Campo fenestrado;
  - Pacote de curativo com pinças dente de rato, kocher, anatômica e Kelly;
  - Dispositivo intravenoso (cateter curto flexível- jelco- nº14 ou 16);
  - Seringa de 20 ml Agulha 40x12;
  - Ampola de água destilada 10ml;
  - Antisséptico (clorexidine alcólico);
  - Gaze estéril.
2. Posicionar o paciente em DDH.
3. Orientar o paciente quanto ao procedimento.
4. Lavar as mãos.
5. Realizar a paramentação completa.
6. Abrir o campo com técnica asséptica em uma mesa auxiliar.
7. Abrir os materiais sobre o campo, mantendo a técnica asséptica.
8. Aspirar água destilada com a seringa de 20 ml e agulha 40x12 e deixar um espaço de ar na seringa.
9. Conectar o jelco (só a agulha) na seringa já com a água destilada.
10. Realizar antisepsia e colocar o campo fenestrado.
11. Localizar o 2º espaço intercostal em linha hemiclavicular.
12. Fazer a punção com a agulha perpendicular, na borda superior da costela inferior.
13. Retirar o êmbolo da seringa e observar o “borbulhamento”.
14. Realizar a drenagem fechada com selo d’água.
15. Lavar as mãos.
16. Fazer anotações.

## **19. PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA**

### **OBJETIVO**

Orientar a equipe e prover acesso para administração de hemoderivados, fluidos, eletrólitos, nutrientes e medicamentos conforme a prescrição médica.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos, colocação de garrote, preparo de medicação, organização do material.

### **DESCRIÇÃO**

1. Reunir o material:
  - Bandeja ou cuba rim
  - Algodão embebido em álcool 70%;
  - Luvas de procedimento;
  - Máscara;
  - Tricotomizador (se necessário)
  - Óculos de proteção;
  - Antisséptico (clorexidine alcóolico);
  - Algodão;
  - Garrote;
  - Cateter curto rígido (scalp) ou flexível (jelco);
  - Curativo transparente/ micropore ou esparadrapo para fixação do cateter;
  - Medicação ou soro prescrito.
2. Lavar as mãos;
3. Explicar o procedimento ao paciente ou responsável
4. Escolher a veia para punção de acordo com o fármaco e volume a ser infundido e de maior conforto e segurança.
5. Colocar os óculos de proteção, máscara e calçar as luvas de procedimento.
6. Amarrar o garrote próximo ao local a ser puncionado (aproximadamente 4 dedos);
7. Solicitar ao paciente que abra e feche a mão algumas vezes, no caso de punção em membros superiores, e então mantê-la fechada.
8. Fazer a antisepsia da pele no local escolhido a ser puncionado com o algodão

embebido em clorexidine alcoólico com movimento centrífugo (circular, único, do centro para fora). Repetir se necessário.

9. Aguardar o local secar sem assoprar.

10. Esticar a pele para fixar a veia e facilitar a punção.

11. Puncionar a veia com o bisel da agulha voltado para cima formando com a pele um ângulo de 15 °, observando o retorno de sangue;

12. Soltar o garrote e iniciar a aplicação do medicamento, observando se apresenta dor e edema do local;

13. Em casos de administração de soro, fixar o cateter com curativo transparente, micropore ou esparadrapo.

14. Retirar as luvas e lavar as mãos.

15. Realizar anotações.

## **20. PUNÇÃO INTRAÓSSEA**

### **OBJETIVO**

Orientar etapas e materiais necessários para realização do procedimento.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos, calçar luva estéril, preparo e administração de medicação, preparo de soro, técnica de assepsia e anestesia local e anatomia óssea.

### **DESCRIÇÃO**

1. Reunir material:

- Mesa auxiliar
- Solução antisséptica Clorexidine;
- Pinça cheron ou similar;
- Campo estéril;
- Gaze esterilizadas;
- Material para anestesia local: seringa 3 ml, agulha 13x 4,5 mm, agulha 25x7 mm, frasco de lidocaína 1%.
- Seringas de 10 ml (2)

- Agulha de punção intra-óssea (IO) : para adultos (>39 Kg) a agulha tem comprimento máximo de 25 mm, e para crianças (3 a 39 Kg), 15 mm, sendo o diâmetro de 15 a 18 G.
  - Solução fisiológica 0,9%;
  - Solução salina estéril e solução salina heparinizada.
  - Equipo de infusão de soluções.
  - Espadrado para fixação do membro;
  - Tala de imobilização de membro inferior;
  - Luva estéril, gorro, máscara e óculos de proteção, avental;
2. Obter o consentimento informado do paciente e/ou responsável (em casos de emergência, seguir o protocolo institucional e assim que possível, esclarecer ao paciente e /ou responsável sobre os motivos e finalidades do procedimento realizado);
3. Selecionar o local da punção:
1. Região tibial, 1 a 3 cm abaixo da tuberosidade da tíbia (Local recomendado para crianças e adultos);
  2. Maléolo medial, esterno crista ílica e clavícula são sítios alternativos de punção para adultos.
4. Lavar as mãos;
5. Assegurar adequada paramentação para o procedimento;
6. Imobilizar com uma tala o membro do paciente (caso não esteja em parada cardiorrespiratória). Pode ser colocado um coxim ou travesseiro sob o joelho para servir de suporte. Isso não deve retardar a realização do procedimento.
7. Realizar antisepsia do local, em movimentos circulares do centro para as extremidades;
8. Colocar o campo fenestrado estéril;
9. Fazer anestesia local, se julgar necessário, em direção ao periósteo;
10. Inserir a agulha de forma perpendicular ou com uma ligeira angulação caudal, para evitar o dano à cartilagem de crescimento. Para penetração deve ser exercida uma pressão firme em movimentos de torção;
11. CONFIRMAR UMA BOA POSIÇÃO DA AGULHA

1. Perda da resistência após a passagem pelo córtex da diáfise anterior;
2. A agulha se mantém no local sem nenhuma sustentação;
3. Existe a possibilidade de aspirar medula óssea;
4. Possibilidade de infusão rápida de líquidos.
12. Remover o mandril: segurar a agulha firmemente na posição desejada e retirar o mandril;
13. Realizar a confirmação do posicionamento da agulha, aspirando 2 a 3 ml de sangue ou infundindo 10 ml de solução fisiológica 0,9% em bolus, que não deve ocorrer resistência ou edema;
14. Conectar o equipo de infusão com um direcionador de fluxo (torneirinha 3 vias ou multivias);
15. Fixar a agulha à pele com curativo estéril, mantendo-o estável;
16. Lavar a agulha com 3 a 5 ml de solução fisiológica 0,9% entre os medicamentos administrados;
17. Confirmar periodicamente o posicionamento da agulha e as condições do local de punção;
18. MONITORIZAR PUNÇÕES;
  1. Perceber aparecimento de edema (estabelecer diâmetro do membro infundido);
  2. Observar modificações na entrada de volume;
  3. Manter o sítio e o membro imobilizados (evitar o balanço da agulha);
  4. Notar sensibilidade dolorosa durante uma infusão por pressão.
19. Retirar luvas, lavar as mãos.
20. Realizar anotações no prontuário do paciente
21. A obtenção de outro acesso deve ser providenciada o mais rápido possível para a retirada da agulha intraóssea;
22. Realizar a compressão sobre o local após a retirada da agulha de punção IO;

## 21. CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO

### OBJETIVO

Ajudar o RN a se ajustar da vida intrauterina para a vida extrauterina, promovendo o bem-estar e detectando as mais precocemente possíveis malformações.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): técnica de lavagem das mãos; auxílio à intubação orotraqueal; aspiração de vias aéreas superiores; preparo e administração de medicação intramuscular; clampeamento de cordão; instilação de crede; noções de NR32; medidas antropométricas.

### DESCRIÇÃO

#### 1. Reunir materiais:

- Fonte de oxigênio para oxigenioterapia;
- Máscara facial para administração de oxigênio;
- Cateter nasal para oxigenioterapia;
- Vácuo e sondas para aspiração e sondagem gástrica números 6, 8, 10e 12;
- 2 Extensões de látex;
- Oxímetro de pulso e monitor cardíaco;
- Luvas estéreis;
- Bolsa-máscara com e sem reservatório de O<sub>2</sub> (“ambu”) de 250 ml;
- Laringoscópio com lâminas reta e curva, números 1 e 2;
- Cânulas traqueais, sem cuff, números 3.0, 3.5, 4.0, 4.5 mm
- Fitapolifix para confecção da fixação da cânula OT;
- Balança digital;
- Régua antropométrica;
- Fita métrica;
- LAP (2 campos e 1 compressa);
- Kit Rn (1 cuba rim, 1 tesoura, gaze, clamp e 2 pulseiras de identificação);
- Carimbo;

#### 2. Kit farmácia:

- Algodão;
- Ampola de kanakion (vitamina K);

- Seringa de 1 ml;
  - Agulha 25x7;
  - Agulha 13x4,5;
  - Ampola de adrenalina;
  - Ampolas de água destilada 10ml;
  - Equipo;
  - Soro 250 ml;
  - Cateter curto para punção (n°24);
  - Nitrato de prata;
  - Vacina de Hepatite B 0,5 ml;
  - EPIs: gorro, máscara, avental, óculos de proteção.
3. Testar rede de oxigênio e vácuo
  4. Ligar o berço aquecido e manter temperatura entre 36- 37°C.
  5. Pré aquecer o campo esterilizado no qual será envolto o RN.
  6. Conectar extensões no oxigênio e vácuo.
  7. Lavar as mãos.
  8. Abrir material de clampeamento.
  9. Preparar kanakion.
  10. Assegurar adequada paramentação para o procedimento.
  11. Calçar luvas estéreis.
  12. Pegar o campo aquecido e recepcionar o recém-nascido.
  13. Anotar horário correto do nascimento.
  14. Colocar RN no calor radiante.
  15. Aspirar via aérea superior e gástrica se necessário (a aspiração das VAS de rotina em RN em boas condições é uma prática considerada prejudicial).
  16. Enxugar RN.
  17. Retirar campo úmido.
  18. Fazer o clampeamento do cordão umbilical.
  19. Administrar kanakion 90º - vasto lateral da coxa esquerda (0,1ml).
  20. Pesar RN, medir, perímetro cefálico (PC), perímetro torácico (PT), perímetro abdominal (Pab) e estatura, aplicar escala de APGAR.

21. Realiza aplicação de credê (nitrato de prata – 1 gota em cada olho para sexo masculino e para o sexo feminino 1 gota em cada olho e 1 gota na vagina).
22. Administrar vacina de hepatite B no vasto lateral da coxa direita. (se disponível).
23. Carimbar impressões digitais pé direito do RN e na mão direita da mãe.
24. Realizar identificação do RN através da impressão da planta do pé (impressão plantar) e das digitais da mãe. Colocam-se pulseiras de identificação no RN e na mãe, sendo que estas devem conter o nome da mãe, sem abreviaturas, e devem ser preenchidas de forma absolutamente iguais.
25. Verificar o sexo da criança, informando a mãe de forma clara e precisa.
26. Manter o RN sempre aquecido.
27. Colher amostra de sangue da mãe e do RN (pelo cordão umbilical).
28. Retirar luvas, lavar as mãos e realizar as anotações.

## **22. SINAIS VITAIS (PULSO)**

### **OBJETIVO**

Padronizar o serviço promovendo a medida adequada do pulso buscando possíveis anormalidades e irregularidades.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos, reconhecimento da anatomia das artérias.

### **DESCRIÇÃO**

1. Reunir material:
  - Relógio;
  - Caneta;
  - Bloco para anotações.
2. Lavar as mãos.
3. Explicar o procedimento ao paciente.
4. Manter o paciente confortável (deitado ou sentado), com o braço apoiado.
5. Posicionar o dedo indicador e médio sobre artéria escolhida (comumente mais usada artérias carótidas, femoral, radial, braquial, poplítea e pediosa) , fazendo leve

pressão para sentir a pulsação.

6. Procurar sentir bem o pulso antes de iniciar a contagem.

7. Contar os batimentos durante um minuto observando as características (cheio ou fino/ rítmico ou arritmico).

8. Lavar as mãos.

9. Fazer anotações e informar ao paciente.

10. NOMENCLATURA E VALORES DE REFERÊNCIA:

- Bradicárdico: <60 batimentos por minuto (bpm)
- Normocárdico: 60 a 100 bpm
- Taquicárdico: >100 bpm

## **23. SINAIS VITAIS (RESPIRAÇÃO)**

### **OBJETIVO**

Detectar possíveis problemas hemodinâmicos ou respiratórios refletidos nos movimentostorácicos pela respiração.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos.DESCRICÃO;

1. Reunir material:

- Relógio;
- Caneta;
- Bloco de anotações.

2. Lavar as mãos.

3. Manter o paciente deitado ou sentado.

4. Explicar o procedimento ao paciente, orientando para que ele não converse durante o procedimento de verificação de sinais vitais.

5. Como a respiração está sujeita ao controle involuntário, deve ser contada sem que o cliente perceba: observar a respiração procedendo como se estivesse verificando o pulso.

6. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax (inspiração e expiração). Os dois movimentos somam um movimento respiratório. (em adulta o valor de referência da frequência respiratória esta entre 16 a 20 respirações por

minuto).

7. Colocar a mão no pulso do paciente a fim de disfarçar que está contando a respiração.
8. Contar durante 1 minuto.
9. Lavar as mãos.
10. Fazer as anotações no prontuário do paciente.

## **24. SINAIS VITAIS (TEMPERATURA AXILAR)**

### **OBJETIVO**

Auxiliar no diagnóstico e tratamento em situações que o paciente apresente mudanças bruscas de temperatura, ou acompanhar a evolução de uma doença.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos.

### **DESCRIÇÃO**

1. Reunir Material:

- Bandeja;
- Relógio;
- Termômetro;
- Algodão;
- Antisséptico;
- Caneta;
- Bloco para anotações.

2. Lavar as mãos.

3. Explicar o procedimento ao paciente posiciona-lo sentado ou deitado.

4. Fazer a desinfecção do termômetro com algodão embebido com antisséptico, certificar que a coluna de mercúrio está abaixo de 35°C (se for termômetro de mercúrio)

5. Enxugar a axila do paciente, a umidade abaixa a temperatura da pele, não fornecendo a temperatura real do corpo.

6. Colocar o termômetro no côncavo da axila, de modo que o bulbo fique em contato

com a pele.

7. Pedir para o paciente comprimir o braço ao encontro do corpo para segurar o termômetro.
8. Após cinco minutos, retirar o termômetro e fazer a leitura da temperatura. Se for termômetro digital esperar o alarme.
9. Fazer a desinfecção do termômetro.
10. Nos casos de termômetro de mercúrio, baixar a coluna de mercúrio até 35°C.
11. Lavar as mãos.
12. Fazer as anotações no prontuário do paciente.

## **25. SINAIS VITAIS (TEMPERATURA BUCAL)**

### **OBJETIVO**

Medir a temperatura corporal do paciente através da boca, buscando encontrar motivos das possíveis alterações.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Leitura de termômetro de mercúrio, lavagem das mãos.

### **DESCRIÇÃO**

1. Reunir materiais
2. Bandeja com:
  - Termômetro;
  - Antisséptico;
  - Algodão.
3. Lavar as mãos.
4. Explicar ao paciente o que vai ser feito.
5. Colocar o termômetro sob a língua do paciente, recomendando que o conserve na posição.
6. Orientar o paciente para que mantenha a boca fechada por 7 minutos.
7. Retirar o termômetro, fazer a leitura da temperatura e anotar, escrevendo a letra “B” para indicar o local onde foi verificado.

8. Fazer o mercúrio descer e lavar o termômetro com água e sabão antes de guardá-lo.
9. Fazer anotações no prontuário do paciente.
10. Não utilizar essa via em pacientes em delírio, inconscientes, com lesões na boca, recebendo oxigenoterapia, logo após ingestão de alimentos gelados ou quentes, em crianças e doentes mentais.
11. O termômetro deve ser individual.

## **26. SINAIS VITAIS (TEMPERATURA RETAL)**

### **OBJETIVO**

Auxiliar no diagnóstico e tratamento de afecções.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Leitura de termômetro de mercúrio, lavagem das mãos.

### **DESCRIÇÃO**

1. Reunir materiais:
  - Termômetro;
  - Compressa;
  - Cuba rim;
  - Antisséptico;
  - Algodão;
  - Luva de procedimentos;
  - Lubrificante anestésico ou a base de água.
2. Lavar as mãos.
3. Calçar as luvas.
4. Colocar o paciente em decúbito lateral ou posição de Sims.
5. Lubrificar o termômetro e introduzir 2cm pelo ânus.
6. Retirar o termômetro depois de 7 minutos e ler a temperatura.
7. Desinfetar o termômetro com algodão embebido em antisséptico.
8. Fazer o mercúrio descer e lavar o termômetro com água e sabão.

9. Retirar as luvas.
10. Lavar as mãos.
11. Anotar a temperatura escrevendo a letra "R" para indicar o local onde foi verificado.

## **27. SONDAGEM ENTERAL**

### **OBJETIVO**

Administração de medicamentos, dietas conforme a prescrição medica.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Conhecer indicação e contra-indicação da sondagem nasogástrica, conhecer a técnica de lavagem das mãos, conhecer a técnica de calçar e descalçar a luva de procedimento, reconhecer os materiais necessários para o desenvolvimento da técnica, saber identificar o calibre da sonda adequada ao cliente/ situação. Lavagem das mãos e fixação.

### **DESCRIÇÃO**

1. Material:
  - Sonda para nutrição enteral (SNE) com fio guia (mandril);
  - Gel lubrificante hidrossolúvel ou anestésico gel a 2%;
  - 30 cm de cordonê para fixação;
  - Seringa 10 ml;
  - Estetoscópio;
  - 10 cm de adesivo para fixação (esparadrapo ou micropore);
  - Tesoura;
  - Tolha de rosto ou de papel;
  - Lanterna Clínica, se necessário;
  - EPIs (Óculos, máscara descartável, avental descartável e luvas de procedimento);
  - Biombo.
2. Identificar a necessidade da sondagem via prescrição.
3. Avaliar as condições do paciente (nível de consciência, padrão respiratório, padrão cardiovascular, sistema digestório).

4. Conversar com familiares e/ou paciente sobre a necessidade/indicação e explicar o procedimento.
5. Colocar biombo, posicionar paciente com decúbito elevado a 30° aproximadamente e proteger o tórax com a toalha.
6. Explicar procedimento ao paciente e que irá precisar de sua ajuda.
7. Colocar óculos e máscara.
8. Lavar as mãos.
9. Abrir embalagens.
10. Calçar as luvas de procedimento.
11. Medir a SNE: ponta do nariz – lóbulo da orelha- apêndice xifoide- acrescentar 20 cm para a posição pós-pilórica. Marcar esta medida com um pedaço de adesivo.
12. Lubrificar sonda com o gel lubrificante hidrossolúvel ou anestésico gel a 2%.
13. Introduzir delicadamente a sonda fechada na narina, acompanhando o septo nasal e superfície superior do palato duro. Se possível, pedir ao cliente que faça movimentos de deglutir, a fim de ajudar a introdução da sonda.
14. Orientar o paciente para relaxar os músculos da face e, quando sentir que a sonda chegou à garganta, orientá-lo para inspirar e engolir fortemente, para evitar a sensação de náusea, causada pela presença da sonda na faringe. Nos pacientes com reflexos diminuídos, realizar flexão da cabeça para que a glote se feche e proteja as vias aéreas.
15. Introduzi-la até a marca.
16. Observar tosse como indicação de entrada na traqueia, se positivo retirar sonda e iniciar procedimento.
17. Fazer o teste de posicionamento da SNE: Injetar 10 ml de ar, posicionar o estetoscópio em hipocôndrio esquerdo auscultando o som do ar entrando no estômago, aspirar e avaliar o conteúdo.
18. Fixar a sonda: limpar a pele, proteger pele com micropore, amarrar cordone na sonda, fixa-la sobre o micropore com esparadrapo, cortar excesso do cordone.
19. Retirar fio guia e fechar a sonda.
20. Retirar luvas, óculos e máscara.
21. Conversar com o paciente sobre êxito.
22. Organizar ambiente.

23. Lavar as mãos.
24. Anotar procedimento no prontuário e solicitar RX de abdome.

## **28. SONDAGEM NASOGÁSTRICA**

### **OBJETIVO**

Administração de medicamentos, dietas conforme a prescrição medica.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Conhecer indicação e contra-indicação da sondagem nasogástrica, conhecer a técnica de lavagem das mãos, conhecera técnica de calçar e descalçar a luva de procedimento, reconhecer os materiais necessários para o desenvolvimento da técnica, saber identificar o calibre da sonda adequada ao cliente/ situação.

### **DESCRIÇÃO**

1. Reunir o material:
  - Sonda nasogástrica de calibre indicado;
  - Coletor sistema aberto;
  - Estetoscópio;
  - Seringa de 10 ml;
  - Gaze;
  - Gel lubrificante hidrossolúvel ou anestésico gel a 2%;
  - Cordonê ou similar para auxiliar na fixação;
  - Adesivo para fixação da sonda;
  - Esparadrapo ou similar;
  - Luvas de procedimento;
  - Toalha de papel ou de rosto;
  - Óculos, máscara simples, biombo.
2. Identificar a necessidade da sondagem via prescrição.
3. Avaliar as condições do paciente (nível de consciência, padrão respiratório, padrão cardiovascular, sistema digestório).
4. Conversar com familiares e/ou paciente sobre a necessidade/indicação e explicar o

procedimento.

5. Colocar biombo, posicionar paciente com decúbito elevado a 30° aproximadamente e proteger o tórax com a toalha.
6. Explicar procedimento ao paciente e que irá precisar de sua ajuda.
7. Colocar óculos e máscara.
8. Lavar as mãos.
9. Abrir embalagens.
10. Calçar as luvas de procedimento.
11. Medir a extensão da sonda a ser introduzida: da asa do nariz ao lóbulo da orelha, e do lóbulo da orelha até o processo xifóide, e acrescentar 2 cm.
12. Marcar a mensuração com fita adesiva.
13. Lubrificar a sonda com lubrificantes hidrossolúveis (ou umedecê-la com água conforme protocolo da unidade). Após verificar se o paciente tem alguma obstrução nasal, selecionar a narina; observar, também, se existe desvio de septo, o que poderá dificultar a passagem da sonda. Pequena quantidade de anestésico local pode ser colocada na narina para diminuir o desconforto. Algumas vezes, o uso do próprio anestésico local pode ser causa de desconforto passageiro.
14. Introduzir delicadamente a sonda fechada na narina, acompanhando o septo nasal e superfície superior do palato duro. Se possível, pedir ao cliente que faça movimentos de deglutir, a fim de ajudar a introdução da sonda.
15. Orientar o cliente para relaxar os músculos da face e, quando sentir que a sonda chegou à garganta, orientá-lo para inspirar e engolir fortemente, para evitar a sensação de náusea, causada pela presença da sonda na faringe. Nos pacientes com reflexos diminuídos, realizar flexão da cabeça para que a glote se feche e proteja as vias aéreas.
16. Observar tosse como indicação de entrada na traqueia, se positivo retirar sonda e iniciar procedimento.
17. Introduzir a sonda até a área marcada.
18. Verificar se a sonda está localizada no estômago Por meio da ausculta: Posicionar o estetoscópio abaixo do processo xifoide, introduzir 10 ml de ar pela sonda com o auxílio de seringa rapidamente e auscultar “ruído” produzido. Por meio da aspiração de secreção: Aspirar conteúdo gástrico com seringa, observando coloração e

composição. Devolver conteúdo aspirado empurrar o êmbolo da seringa.

19. Fixar a sonda, ter cuidado para evitar a compressão da asa de nariz.
20. Conectá-la ao coletor sistema aberto.
21. Deixar o cliente confortável.
22. Recolher todo o material e deixar a unidade em ordem.
23. Retirar as luvas.
24. Lavar as mãos.
25. Fazer anotações.

## **29. MEDICAÇÃO VIA INNTRADÉRMICA**

### **OBJETIVO**

Normatizar a administração de medicamentos injetáveis para manter a segurança do profissional, paciente e discentes, o uso correto dos medicamentos e o descarte adequado e seguro.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos, Aspiração de medicação, importante conhecer o local de aplicação; volume máximo a ser administrado - 0,5 mL e possíveis contraindicações.

### **DESCRIÇÃO**

1. Reunir o material:
  - Seringa de 1 mL;
  - Agulha para aspiração: 25 x 7 mm ou 25 x 8 mm;
  - Agulha para aplicação: 13 x 4,5 mm;
  - Medicação prescrita;
  - Algodão;
  - Bandeja;
  - Luva de procedimento;
  - Óculos de proteção;
  - Máscara.
2. Lavar as mãos.
3. Aspirar o medicamento com técnica asséptica e de acordo com a prescrição.

4. Explicar o procedimento para o paciente ou responsável.
5. Colocar máscara, óculos e calçar luvas.
6. Escolher o local de aplicação, preferencialmente no antebraço 3 a 4 dedos da fossa anticubital e 5 dedos acima do punho, que não seja pigmentado ou tenha muitos pelos.
7. Apoiar o braço em uma superfície plana.
8. Proceder a limpeza com solução fisiológica ou com água e sabão.
9. Distender a pele e introduzir somente o bisel da agulha voltado para cima, formando com a pele um ângulo de 10 a 15 graus.
10. Injetar o líquido lentamente observando a formação de uma pápula.
11. Retirar a agulha sem fazer compressão do local.
12. Observar o local da aplicação.
13. Fazer as devidas anotações no prontuário

### **30. SINAIS VITAIS (AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL)**

#### **OBJETIVO**

Auxiliar e esclarecer o entendimento acerca da técnica de aferição de P.A, detectando possíveis alterações cardiovasculares.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Lavagem das mãos, conhecer estetoscópio esfigmomanômetro, técnica de aferição de P.A, valores de referência da pressão arterial.

#### **DESCRIÇÃO**

1. Reunir o material (bandeja, estetoscópio, esfigmomanômetro, algodão, antisséptico, caneta, bloco de anotações).
2. Fazer a desinfecção do estetoscópio (olivas e diafragma).
3. Lavar as mãos.
4. Durante a aferição da pressão arterial devemos explicar o procedimento ao cliente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo, instruindo-o a não conversar durante o procedimento.
5. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos e fumou

nos 30 minutos anteriores, para não interferir nos valores.

6. O adequado posicionamento do cliente durante o procedimento deve ser e na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração, livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.
7. Para a medida adequada da pressão arterial devemos obter a circunferência aproximadamente no meio do braço do cliente, para após selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.
8. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital, centralizando o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
9. Localizar e palpar a artéria radial com os dedos indicador e médio.
10. Inflar o manguito até o desaparecimento do pulso e observar no mostrador do esfigmomanômetro, para estimar o nível da pressão sistólica.
11. Desinflar o manguito e aguardar 30 segundos.
12. Colocar o estetoscópio nos ouvidos com a curvatura voltada para frente.
13. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva no momento da ausculta da pressão arterial.
14. Fechar a válvula de ar da pera de modo que consiga abri-la sem dificuldade
15. Inflar rapidamente até ultrapassar 30 a 40 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação da artéria radial e proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).
16. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff), auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder a deflação rápida e completa.
17. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica e zero.
18. Desinflar até o final para retirar todo o ar do manguito e retirar do braço do paciente.
19. Se houver dúvidas nos valores, sugere-se esperar em torno de um minuto para

nova medida.

20. Informar o valor da pressão arterial ao paciente.
21. Lavar as mãos.
22. Fazer as anotações no prontuário do paciente. Sempre anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi aferida.

## REFERÊNCIAS

BARE, B. G, SUDDARTH, D.S. Brunner – Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Bery, Breno. Série Especialidades na Pediatria. PortalPed, 2017. Disponível em: <https://www.portalped.com.br/especialidades-da-pediatria/urgencia-e-emergencia/emergenciadoutor-nao-ha-acesso-venoso/>. Acesso em: 20 de març. de 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Boletim informativo de tecnovigilância: Luvas Cirúrgicas e Luvas de Procedimentos: Considerações sobre o seu uso. Brasília: Anvisa; 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Investigação de eventos adversos em serviços  
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA Nº01/2018  
GVIMS/GGTES/ANVISA: ORIENTAÇÕES GERAIS PARA HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE  
SAÚDE. 2018, 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 13. Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama. 2ª ed. – Brasília, 2013.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 450/2013. Normatiza o procedimento de sondagem vesical no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília: 2013. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 13. Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama. 2ª ed. – Brasília, 2013.

de saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2016, 68p.

HUMAP/EBSERH. POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem. Disponível em: [http://www2.ebserh.gov.br/documents/17082/374045/POP\\_ENFERMAGEM.pdf/41341424-745e-45fb-8baa-ea9541523f39](http://www2.ebserh.gov.br/documents/17082/374045/POP_ENFERMAGEM.pdf/41341424-745e-45fb-8baa-ea9541523f39). Acesso em 21 março De

2023.

HUMAP/EBSERH. POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem.

Disponível em: [http://www2.ebserh.gov.br/documents/17082/374045/POP\\_ENFERMAGEM.pdf/41341424-745e-45fb-8baa-ea9541523f39](http://www2.ebserh.gov.br/documents/17082/374045/POP_ENFERMAGEM.pdf/41341424-745e-45fb-8baa-ea9541523f39). Acesso em 25 març.. de 2019.

OLIVEIRA, APV; et al. Protocolo assistencial de enfermagem a portadores de traqueostomia em ventilação mecânica. HU Revista, Juiz de Fora, v. 42, n. 1, jan. /jun. 2016.

Disponível em: <

<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2353>>. Acesso em: 07 marços 2017.

PORTO, C.C. Semiologia Médica. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. PORTO, C.C. Semiologia Médica. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

SILVA, M.T; SILVA, S.R.L.P. Cálculo de administração de medicamento em enfermagem. 1 Ed. São Paulo: Martinari, 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Modalidade de Cuidados Respiratórios. In: Bruner & Sudarth: Tratado de enfermagem Médico Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap 25, p. 634-681.

SOBECC. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para saúde, 7ªed. 2017 São Paulo.

TALLO, F.S ET AL. Intubação Orotraqueal e a técnica da sequência rápida: Uma revisão para o clínico. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2011.

Data da última revisão:	<b>POP – LABORATÓRIO DE ENFERMAGEM/LABORATÓRIO DE HABILIDADES</b>	Responsável pela Revisão:
01/10/2025		Isadora Teixeira Lima



**Afya**

**FACULDADE  
DE MEDICINA  
DE ITAJUBÁ**