

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO ENFERMAGEM

REDENÇÃO-PA

2024

TIPO DE DOCUMENTO: PRCEDIMENTO/ ROTINA	DATA ELABORAÇÃO: 05/02/2018	POP
EXECUTOR: DOCENTES, DISCENTES E TÉCNICOS DE LABORATÓRIO.	Atualização: 01/04/2024 REVISÃO Nº: 04 DATA REVISÃO: 09/04/2024	Nº 10

SIGLAS E CONCEITOS;

- FACULDADE DE ENSINO SUPERIOR DA AMAZÔNIA REUNIDA (FESAR/AFYA).
- INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS).
- EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIS).
- MÁSCARA LARINGEA (MAL).
- DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL (DDH).
- VIAS AÉREAS SUPERIOR (VAS).
- RECÉM-NASCIDO (RN).
- PERÍMETRO CEFÁLICO (PC).
- PERIMETRO ABDOMINAL (PAB).
- PERIMETRO TORACICO (PT).
- PRESSÃO ARTERIAL (P.A).
- PUNÇÃO INTRAÓSSEA (PI).

REDENÇÃO-PA

2024

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

OBJETIVO

Estabelecer e incentivar a higiene das mãos nos laboratórios e nas práticas em simulação realística da Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida (FESAR/AFYA), 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 e 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 papel toalha, sem encostar na pia;

13. Desprezar o papel toalha na lixeira sem contato manual (a lixeira deve ter acionamento da tampa por pedal).

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);

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
- Capnógrafo
- Monitor com eletrocardiograma

2. Conferir o jejum do paciente. A utilização da MAL só é segura se o paciente possuir ao menos 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), verificando se 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 H₂O de acordo 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 H₂O, 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;

13. Fixar a máscara laríngea na face do paciente com esparadrapo;

14. Higienizar as mãos conforme a técnica correta;

15. Realizar anotações.

OBSEVAÇÃO; 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.

TECNICA 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;

- Retirar adornos: anéis, relógio, pulseiras
- Lavar as mãos;
- Escolher a luva compatível ao tamanho da sua mão;
- Abrir o pacote de luvas sem contaminação e deixá-lo sobre superfície plana com campo;
- Abrir o invólucro interno e, tocando apenas na face externa, abrir ambas as dobras;
- 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.
- 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
- Puxar a luva sobre o punho com a primeira mão que está enluvada, atentando para não tocar no braço.
- Ajustar os dedos externamente de ambas as mãos já enluvadas
- Se ocorrer contaminação em qualquer momento, descartar as luvas e começar de novo com luvas novas.

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

- 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.
- Avaliar e preparar o paciente (higiene íntima, condição emocional e orienta necessidade de realização do procedimento);
- Preparar o ambiente – biombo, espaço e iluminação;
- Lavar as mãos;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com as pernas afastadas ou posição ginecológica. Deixar região genital protegida com lençol;
- Assegurar adequada paramentação para o procedimento;
- 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);
- 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;
- Calçar as luvas estéreis;
- Conectar a sonda ao coletor sistema fechado;
- Colocar o campo com orifício sobre a região;
- Antissepsia:
 - Grandes lábios até o ânus (1º e 2º algodão/gaze) um para cada lado, iniciar pelo lado distal;

- Afastar grandes lábios com a mão não dominante e manter na posição até concluir o procedimento;
- Pequenos lábios até o ânus (3º e 4º algodão/gaze) um para cada lado, iniciar pelo lado distal;
- Meato uretral em movimentos circulares do centro para fora (5º algodão/gaze).
- 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;
- 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;
- Fechar o clampe da extensão do coletor e passar pelo orifício do campo;
- Tracionar a sonda levemente para certificar-se que está fixada à bexiga.
- Retirar o material e colocar na bandeja;
- 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:
- - 1ª na pele. Identifica (data e hora) na 2ª tira, fixa a sonda sobre a 1ª circulando toda a sonda.
- - Colocar o saco coletor na grade inferior da cama e abrir o clampe;
- Posicionar paciente de modo confortável.
- Retirar óculos, máscara, gorro e biombo e organizar o ambiente.
- Lavar as mãos.
- Realizar anotações.

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO

OBJETIVO;

Gerenciar e organizar a equipe no procedimento de sondagem vesical de demora no sexo masculino, promovendo a segurança do paciente e profissionais, visando a eficácia da técnica correta quando o paciente for submetido aos procedimentos de drenagem urinária, 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;

- Reuni 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.
- Avaliar e preparar o paciente (higiene íntima, condição emocional e orienta necessidade de realização do procedimento).
- Preparar o ambiente – biombo, espaço e iluminação.
- Lavar as mãos conforme a técnica de higienização das mãos.
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com as pernas afastadas ou posição ginecológica. Deixar região genital protegida com lençol.
- Assegurar adequada paramentação para o procedimento;
- 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);
- 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;
- Calçar as luvas estéreis;
- 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
- 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 (1º e 2º 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 (3º e 4º algodão/gaze), fazer antissepsia da região peniana, com movimentos circulares, no sentido da glândula para a raiz do pênis, mantendo o prepúcio tracionado;

- Fazer antisepsia 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.
- Mão não dominante mantém pênis firmemente.
- Elevar o pênis, quase perpendicularmente ao corpo, para colocar a uretra em linha reta.
- 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
- Soltar a seringa rapidamente e introduzir a sonda em movimento rápido deslizante toda a sonda, identificando o retorno de urina (sempre há urina residual).
- 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
- Fechar o clampe da extensão do coletor e passar pelo orifício do campo.
- Tracionar a sonda levemente para certificar-se que está fixada à bexiga
- Retirar o material e colocar na bandeja.
- 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.
- Colocar o saco coletor na grade inferior da cama e abrir o clampe.
- Retirar as luvas;
- Posicionar paciente de modo confortável.
- Retirar óculos, máscara, gorro e biombo e organizar o ambiente.
- Lavar as mãos.
- Realizar anotações.

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;

- 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.
- Preparar o material;
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao cliente;
- Proteger o ambiente com biombo, fechar porta e janelas para evitar correntes de ar;
- Posicionar o cliente, expondo somente área a ser tratada e proteger roupa de cama com impermeável ou traçado sob o local do curativo;
- Colocar material do curativo sobre a superfície limpa e plana (mesa auxiliar);
- Colocar saco plástico ou similar próximo ao local do curativo;
- Colocar gorro, máscara cirúrgica e luvas se necessário.
- Abrir pacote de curativo com técnica asséptica;
- 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);
- Abrir SF a 0,9%;
- Colocar gaze em quantidade suficiente sobre o campo estéril (2º par de pinças);
- Separar a gaze para o campo próximo do cliente (1º par de pinças), em quantidade suficiente para auxiliar retirada do curativo;
- Calçar luvas caso tenha de retirar atadura de crepe, se o curativo apresentar muito exsudato ou se há risco de contato com fluídos;
- 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;
- Segurar esparadrapo do curativo anterior com pinça dente-de-rato e descolar o esparadrapo com auxílio da pinça kocher montada com gaze úmida;
- Remover curativo e desprezá-lo em saco plástico ou similar;

- Dobrar gaze com pinça Kelly, auxiliada pela pinça anatômica, e umedecê-la com SF a 0,9%;
- Limpar a ferida com a pinça kelly montada com gaze umedecida, em sentido único, utilizando as faces da gaze que são 3;
- Repetir a operação quantas vezes forem necessárias utilizando de delicadeza sem causar desconforto ao cliente com uma pressão muito forte;
- 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;
- Secar a pele ao redor da ferida;
- 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;
- Identificar o curativo com data, hora e nome;
- Realizar troca do curativo de acordo com a avaliação da ferida, produto utilizado ou quando a cobertura externa estiver saturada (úmido);
- Deixar o cliente confortável e a unidade em ordem;
- Lavar as mãos;
- Proceder à anotação: hora, local da lesão, condições da ferida e solução utilizada.

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;

- Realizar higienização das mãos;
- Apresentar-se ao usuário e explicando todo o procedimento, retirando as dúvidas antes de iniciar a avaliação;
- Realizar anamnese se atentando aos sinais relatados pela paciente;
- Fornecer uma camisola, solicitando-a que sente na maca e fique com a parte superior do corpo despida;
- 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.

- Para uma Inspeção Dinâmica, solicite à paciente que abra os braços paralelos ao corpo e os levantes até a cabeça, e com as mãos na cintura contraia a musculatura peitoral.
- Novamente observar, durante o movimento, qualquer alteração ou assimetria que se evidencie nas mamas.
- Realizar palpação dos linfonodos axilares e supraclaviculares ainda com a paciente sentada;
- Para a palpação e expressão (ordenha) da mama, a paciente deve ficar em decúbito dorsal, braços estendidos acima da cabeça.
- Observar: massa da mama, retração, edema, simetria, linfonodos axilares, ferida no mamilo e sensibilidade na mama;
- Com as polpas dos dedos (técnica em “to play piano”) o examinador palpará cada quadrante da mama, da periferia em direção ao mamilo.
- Cada quadrante deve ser examinado com três níveis de pressão: leve, médio e profundo;
- A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não pressionada (comprimida) a menos que haja descarga papilar espontânea;
- Ajudar a paciente a descer da mesa ginecológica, orientando-a para vestir-se e que o procedimento acabou;
- Orientar quantos aos achados, solicitar exames caso necessário;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotações.

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 da coleta do material citopatológico; reconhecer os materiais necessários para o desenvolvimento da técnica.
- DESCRIÇÃO
- Reunir o material necessário:
- Espécule;
- Escova endocervical;
- Espátula de Ayre;
- Lamina fosca;
- Fixador de lamina;
- Luva de procedimento;
- Mascara;
- Recipiente/envelope para armazenamento da lamina;
- Foco de luz;
- Soro fisiológico.

- 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?
- Fornecer um avental e disponibilizar local reservado para troca de roupa;
- Explicar procedimento para paciente;
- 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;
- Lavar as mãos;
- Solicitar a usuária que se deite na mesa, auxiliando-a a posicionar-se adequadamente para o exame; cobrir a paciente com o lençol;
- Sentar no banquinho mocho;
- Posicionar o foco de luz no ombro do profissional, ligar e ajustar o foco de luz;
- Calçar as luvas;
- Verificar a existência de lesões suspeitas na vulva e vagina. Em caso positivo, lembrar de fazer o encaminhamento adequado ao final do exame;;
- Verificar o tamanho adequado do espelho a ser utilizado e fazer o teste de funcionamento;
- 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;
- Avisar a paciente que irá “introduzir o espelho para exame” e solicitar que relaxe;
- Empunhar o espelho totalmente fechado, com a mão dominante;
- Com a outra mão afastar as ninfas ou pequenos lábios vaginais;
- 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;
- Durante a introdução do espelho, procede-se à inspeção das paredes vaginais;
- Uma vez introduzido totalmente na vagina, abra-o lentamente e com delicadeza;
- Se tiver dificuldade para visualizar o colo peça que a paciente tussa e tente manobras delicadas com o espelho;
- 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;
- Proceda inicialmente a coleta da ectocérvice, utilize a espátula de madeira tipo Ayre, do lado que apresenta reentrância;

- 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;
- Na lamina, já devidamente identificada, estenda o material ectocervical dispondo-o 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- Para retirar o espelho, fechar a borboleta de abertura, tomando o cuidado de não “pinçar” o colo com as válvulas do espelho;
- Retirar o espelho com movimento contrário ao de introdução, de tal maneira que, ao final, o espelho saia ligeiramente inclinado;
- Descartar o espelho usado em recipiente apropriado;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Orientar sobre o recebimento do resultado, entregando-lhe o cartão com a data prevista para tal;
- Encaminhar a paciente ao local para troca de roupa;
- Organizar a sala para receber a próxima paciente.

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;

- 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.
- Conferir data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação
 - Orientar o paciente e o acompanhante sobre o procedimento;
 - Lavar as mãos.
 - Calçar máscara, óculos e luvas;
 - Considerando que o paciente já esteja com acesso venoso, checar a permeabilidade, observando se o local apresenta dor, calor e rubor (sinais flogísticos);
 - 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 %.
 - 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.
 - Injetar a medicação de forma lenta;
 - O finalizar a introdução da medicação, salinizar o acesso injetando uma seringa preenchida com SF 0,9%;
 - Fechar a via do extensor com A tampa, clamplear o fluxo da via que não será mais utilizada, e abrir o clamp de controle de fluxo do equipo de soro, acertando o gotejamento;
 - Observar reações medicamentosas, e reação do paciente após procedimento, e alterações no acesso venoso;
 - Certifique-se de que o paciente está confortável;
 - Descartar e organizar material;
 - Limpar a bandeja com álcool 70%;
 - Descartar as luvas;
 - Higienizar as mãos e realizar anotações.

FIXAÇÃO TRAQUEOSTOMIA

OBJETIVO;

Conduzir o procedimento, mantendo a higiene e prevenindo infecções.

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

DESCRIÇÃO;

- 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;
- Lavar as mãos.
- Calçar máscara, óculos e luvas;
- Passar o cadarço por 1 dos orifícios da traqueostomia de modo que o mesmo fique duplo;
- Envolver o cadarço com a compressa de modo que proteja a região cervical;
- Passar 1 das pontas do cadarço no outro orifício da traqueostomia;
- Organizar as gazes em duplas e dobrar ao meio;
- Proteger a pele no local da inserção da traqueostomia com as gazes, (sendo 1 de cada lado) ajustar o cadarço e amarrar;
- Cortar os excessos;
- Dispensar material;
- Lavar as mãos.

FIXAÇÃO DE TUBO OROTRAQUEAL

OBJETIVO;

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

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

DESCRIÇÃO;

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

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;

- 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 Vento Glútea: até 4 ml.
 - Deltóide: até 2 ml.
- 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;
- Checar prescrição, via de administração, quantidade indicada e horário,
- Faça a desinfecção da bandeja com álcool 70%;
- Higienizar as mãos;
- 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).
- Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento, calçar as luvas de procedimento;
- Expor e definir o local de administração, em seguida fazer a antisepsia do local;
- Pinçar com os dedos a pele ao redor do local de administração, realizar a inserção da agulha com um ângulo 90°, aspirar devagar o embolo da seringa verificando se há retorno sanguíneo, excluindo a hipótese de atingir um vaso injete o conteúdo lentamente.
- Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;
- Aplique uma leve compressão ao local com gaze ou algodão;
- Organize e descarte o material.
- Certifique-se que o paciente está bem.
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotações.

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;

- Reunir Material:
 - Oftalmoscópio;
 - Luva de procedimento;
- Lavar as mãos e calçar as luvas;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- 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;
- 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;
- 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 manuseado 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 a visualização mais adequada do fundo do olho;
- Segure o oftalmoscópio em pé, ligeiramente inclinado a 20 graus para a região lateral. Você deve permanecer a uma distância de 40 centímetros aproximadamente;
- Coloque sua mão livre na região anterior da cabeça do paciente para dar estabilidade, use o polegar para abrir a pálpebra superior;
- 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;

- Inicie a aproximação com o paciente buscando a melhor 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;
- 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;
- 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;
- Ao final do procedimento, retirar e desprezar as luvas;
- Realizar as anotações, orientando e retirando as dúvidas do paciente.

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;

- Reunir Material:
 - Otoscópio;
 - Cones de plástico;
 - Material para higienização dos cones plásticos (álcool 70% e algodão ou gaze);
 - Luvas de Procedimento.
- Lavar as mãos e calçar as luvas;
- Explicar o Procedimento ao paciente;
- Posicionar adequadamente o crânio. A posição correta deve permitir que a origem da hélice permaneça na mesma linha horizontal que o canto do olho;
- Inspecionar a orelha externa e descrever a aparência e a cor da pele, a presença de nódulos ou malformações;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- Examine o conduto auditivo e determine se há eritema, áreas estreitas, cerúmen, corpos estranhos, otorragia, saída de líquido cefalorraquidiano ou secreção purulenta;
- Introduza um pouco mais o otoscópio mantendo a tração do pavilhão auricular e visualize as estruturas relacionadas ao tímpano.
- 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 triângulo luminoso) 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 abertura da trompa de Eustáquio (tuba auditiva).
- 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;
- 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;
- Ao final do procedimento, realizar adequada higienização do cone plástico;
- Retirar e desprezar luvas;

- Realizar as devidas anotações com descrição minuciosa.

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;

- 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 torpedão;
 - Ampola de solução fisiológica 0,9% 10 ml;
 - Frasco de água destilada de 100 mL;
 - Luvas de procedimento;
 - Bandeja de inox.
- Identificar o paciente e explicar o procedimento a ser realizado;
- Lavar as mãos
- Preparar o umidificador com água destilada, enchendo com 2/3 de sua capacidade.
- Orientar o paciente quanto ao procedimento, deixá-lo em posição confortável (cabeceira elevada 30-45°).
- Conectar o cateter a extensão e ao umidificador já montado.
- Calçar luvas
- 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).
- Abrir o fluxômetro e deixar fluir um pouco de oxigênio para evitar acidentes por saída intempestiva de oxigênio
- Umedecer o cateter com solução fisiológica, segurando-o com gaze.
- 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.
- Retirar as luvas

- Fixar o cateter com esparadrapo/ micropore sobre a testa ou face do paciente, garantindo que o mesmo sinta-se confortável.
- Lavar as mãos
- Fazer as anotações.

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;

- 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;
- Clorexidine alcóolico;
- Gaze estéril;
- Etiqueta de identificação;
- Fita adesiva hipoalergênica.
- Realizar a higienização das mãos.
- Levar a bandeja ao quarto do paciente, colocando-a na mesa auxiliar.
- Explicar o procedimento ao paciente ou responsável.
- 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).
- Colocar máscara, óculos de proteção e calçar as luvas de procedimento
- Escolher o local da punção: artérias radial, pediosa ou femoral.
- Solicitar ao paciente que mantenha o braço imóvel.
- Recomenda-se realizar o teste de Allen (consulte recomendações), antes de se puncionar a artéria radial.
- Fazer a antisepsia do local com algodão embebido em clorexidene alcóolico, em movimentos circulares do centro para as extremidades.
- Manter o algodão seco ao alcance das mãos.

- Palpar a artéria, colocando a ponta dos dedos indicador e médio sobre a mesma, definindo sua localização.
- 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.
- A entrada da agulha na luz arterial é assinalada pelo aparecimento do sangue pulsátil no canhão da agulha
- Colher a quantidade de sangue necessária (1 a 3 mL) e proceder à compressão firme da artéria puncionada, por cinco minutos, com algodão seco.
- Retirar todo o ar que estiver na seringa.
- Ocluir o bico da seringa com dispositivo não perfuro-cortante, após se retirar cuidadosamente o excesso de ar e bolhas da seringa.
- 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.
- Deixar o paciente confortável.
- Recolher o material e encaminhar os resíduos ao expurgo.
- Descartar o material perfuro-cortante em recipiente adequado.
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel-toalha e higienizá-la com antisséptico.
- Retirar as luvas e desprezá-las no lixo.
- Realizar higienização das mãos.
- Identificar a seringa com nome, leito, RG do hospital, data, horário e temperatura do paciente.
- Providenciar encaminhamento imediato do material para o laboratório.
- Registrar no prontuário punção, presença de hematoma ou sangramento, e perfusão do membro puncionado.
- Recomendações:
- Teste de Allen
- 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.

- 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.
- 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.
- 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.

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 de 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;

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

XVIII. 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;

- 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 alcóolico);
 - Gaze estéril.
- Posicionar o paciente em DDH.
 - Orientar o paciente quanto ao procedimento.
 - Lavar as mãos.
 - Realizar a paramentação completa.
 - Abrir o campo com técnica asséptica em uma mesa auxiliar.
 - Abrir os materiais sobre o campo, mantendo a técnica asséptica.
 - Aspirar água destilada com a seringa de 20 ml e agulha 40x12 e deixar um espaço de ar na seringa.
 - Conectar o jelco (só a agulha) na seringa já com a água destilada.
 - Realizar antisepsia e colocar o campo fenestrado.
 - Localizar o 2º espaço intercostal em linha hemiclavicular.
 - Fazer a punção com a agulha perpendicular, na borda superior da costela inferior.
 - Retirar o êmbolo da seringa e observar o “borbulhamento”.
 - Realizar a drenagem fechada com selo d’água.
 - Lavar as mãos.
 - Fazer anotações.

PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

OBJETIVO;

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

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

DESCRIÇÃO;

- 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.
- Lavar as mãos;
 - Explicar o procedimento ao paciente ou responsável
 - Escolher a veia para punção de acordo com o fármaco e volume a ser infundido e de maior conforto e segurança.
 - Colocar os óculos de proteção, máscara e calçar as luvas de procedimento.
 - Amarrar o garrote próximo ao local a ser puncionado (aproximadamente 4 dedos);
 - Solicitar ao paciente que abra e feche a mão algumas vezes, no caso de punção em membros superiores, e então mantê-la fechada.
 - 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.
 - Aguardar o local secar sem assoprar.
 - Esticar a pele para fixar a veia e facilitar a punção.
 - Puncionar a veia com o bisel da agulha voltado para cima formando com a pele um ângulo de 15 °, observando o retorno de sangue;
 - Soltar o garrote e iniciar a aplicação do medicamento, observando se apresenta dor e edema do local;
 - Em casos de administração de soro, fixar o cateter com curativo transparente, micropore ou esparadrapo.
 - Retirar as luvas e lavar as mãos.
 - Realizar anotações.

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;

- 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.
- Esparadrapo para fixação do membro;
- Tala de imobilização de membro inferior;
- Luva estéril, gorro, máscara e óculos de proteção, avental;
- 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);
- Selecionar o local da punção:
 - Região tibial, 1 a 3 cm abaixo da tuberosidade da tíbia (Local recomendado para crianças e adultos);
 - Maléolo medial, esterno crista ilíaca e clavícula são sítios alternativos de punção para adultos.
- Lavar as mãos;
- Assegurar adequada paramentação para o procedimento;
- 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.
- Realizar antisepsia do local, em movimentos circulares do centro para as extremidades;
- Colocar o campo fenestrado estéril;
- Fazer anestesia local, se julgar necessário, em direção ao periósteo;
- 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;
- **CONFIRMAR UMA BOA POSIÇÃO DA AGULHA**
 - Perda da resistência após a passagem pelo córtex da diáfise anterior;
 - A agulha se mantém no local sem nenhuma sustentação;
 - Existe a possibilidade de aspirar medula óssea;
 - Possibilidade de infusão rápida de líquidos.
- Remover o mandril: segurar a agulha firmemente na posição desejada e retirar o mandril;

- 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;
- Conectar o equipo de infusão com um direcionador de fluxo (torneirinha 3 vias ou multivias);
- Fixar a agulha à pele com curativo estéril, mantendo-o estável;
- Lavar a agulha com 3 a 5 ml de solução fisiológica 0,9% entre os medicamentos administrados;
- Confirmar periodicamente o posicionamento da agulha e as condições do local de punção;
- **MONITORIZAR PUNÇÕES;**
 - Perceber aparecimento de edema (estabelecer diâmetro do membro infundido);
 - Observar modificações na entrada de volume;
 - Manter o sítio e o membro imobilizados (evitar o balanço da agulha);
 - Notar sensibilidade dolorosa durante uma infusão por pressão.
- Retirar luvas, lavar as mãos.
- Realizar anotações no prontuário do paciente
- A obtenção de outro acesso deve ser providenciada o mais rápido possível para a retirada da agulha intraóssea;
- Realizar a compressão sobre o local após a retirada da agulha de punção IO;

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;

- 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, 10 e 12;
 - 2 Extensões de látex;
 - Oxímetro de pulso e monitor cardíaco;
 - Luvas estéreis;
 - Bolsa-máscara com e sem reservatório de O₂ (“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 • Fita polifix 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;
- 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 (nº24);
 - Nitrato de prata;
 - Vacina de Hepatite B 0,5 ml;
 - EPIs: gorro, máscara, avental, óculos de proteção.
- Testar rede de oxigênio e vácuo
- Ligar o berço aquecido e manter temperatura entre 36- 37°C.
- Pré aquecer o campo esterilizado no qual será envolto o RN.
- Conectar extensões no oxigênio e vácuo.
- Lavar as mãos.
- Abrir material de clampeamento.
- Preparar kanakion.
- Assegurar adequada paramentação para o procedimento.
- Calçar luvas estéreis.
- Pegar o campo aquecido e recepcionar o recém-nascido.
- Anotar horário correto do nascimento.
- Colocar RN no calor radiante.
- Aspirar via aérea superior e gástrica se necessário (a aspiração das VAS de rotina em RN em boas condições é uma prática considerada prejudicial).
- Enxugar RN.
- Retirar campo úmido.
- Fazer o clampeamento do cordão umbilical.
- Administrar kanakion 90º - vasto lateral da coxa esquerda (0,1ml).
- Pesar RN, medir, perímetro cefálico (PC), perímetro torácico (PT), perímetro abdominal (Pab) e estatura, aplicar escala de APGAR.

- 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).
- Administrar vacina de hepatite B no vasto lateral da coxa direita. (se disponível).
- Carimbar impressões digitais pé direito do RN e na mão direita da mãe.
- 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.
- Verificar o sexo da criança, informando a mãe de forma clara e precisa.
- Manter o RN sempre aquecido.
- Colher amostra de sangue da mãe e do RN (pelo cordão umbilical).
- Retirar luvas, lavar as mãos e realizar as anotações.

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;

- Reunir material:
 - Relógio;
 - Caneta;
 - Bloco para anotações.
- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Manter o paciente confortável (deitado ou sentado), com o braço apoiado.
- 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.
- Procurar sentir bem o pulso antes de iniciar a contagem.
- Contar os batimentos durante um minuto observando as características (cheio ou fino/ rítmico ou arritmico).
- Lavar as mãos.
- Fazer anotações e informar ao paciente.
- NOMENCLATURA E VALORES DE REFERÊNCIA;
 - Bradicárdico: <60 batimentos por minuto (bpm)
 - Normocárdico: 60 a 100 bpm
 - Taquicárdico: >100 bpm

SINAIS VITAIS (RESPIRAÇÃO)

OBJETIVO;

Detectar possíveis problemas hemodinâmicos ou respiratórios refletidos nos movimentos torácicos pela respiração.

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

DESCRIÇÃO;

- Reunir material:
 - Relógio;
 - Caneta;
 - Bloco de anotações.
- Lavar as mãos.
- Manter o paciente deitado ou sentado.
- Explicar o procedimento ao paciente, orientando para que ele não converse durante o procedimento de verificação de sinais vitais.
- 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.
- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax (inspiração e expiração). Os dois movimentos somam um movimento respiratório. (em adultos a valor de referência da frequência respiratória esta entre 16 a 20 respirações por minuto).
- Colocar a mão no pulso do paciente a fim de disfarçar que está contando a respiração.
- Contar durante 1 minuto.
- Lavar as mãos.
- Fazer as anotações no prontuário do paciente.

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;

- Reunir Material:
 - Bandeja;
 - Relógio;
 - Termômetro;
 - Algodão;

- Antisséptico;
- Caneta;
- Bloco para anotações.
- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente posiciona-lo sentado ou deitado.
- 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)
- Enxugar a axila do paciente, a umidade abaixa a temperatura da pele, não fornecendo a temperatura real do corpo.
- Colocar o termômetro no côncavo da axila, de modo que o bulbo fique em contato com a pele.
- Pedir para o paciente comprimir o braço ao encontro do corpo para segurar o termômetro.
- Após cinco minutos, retirar o termômetro e fazer a leitura da temperatura. Se for termômetro digital esperar o alarme.
- Fazer a desinfecção do termômetro.
- Nos casos de termômetro de mercúrio, baixar a coluna de mercúrio até 35°C.
- Lavar as mãos.
- Fazer as anotações no prontuário do paciente.

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;

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

- Fazer o mercúrio descer e lavar o termômetro com água e sabão antes de guardá-lo.
- Fazer anotações no prontuário do paciente.
- 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.
- O termômetro deve ser individual.

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;

- Reunir materiais:
 - Termômetro;
 - Compressa;
 - Cuba rim;
 - Antisséptico;
 - Algodão;
 - Luva de procedimentos;
 - Lubrificante anestésico ou a base de água.
- Lavar as mãos.
- Calçar as luvas.
- Colocar o paciente em decúbito lateral ou posição de Sims.
- Lubrificar o termômetro e introduzir 2cm pelo ânus.
- Retirar o termômetro depois de 7 minutos e ler a temperatura.
- Desinfetar o termômetro com algodão embebido em antisséptico.
- Fazer o mercúrio descer e lavar o termômetro com água e sabão.
- Retirar as luvas.
- Lavar as mãos.
- Anotar a temperatura escrevendo a letra "R" para indicar o local onde foi verificado.

SONDAGEM ENTERAL

OBJETIVO;

Administração de medicamentos, dietas conforme a prescrição médica.

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Conhecer indicação e contraindicação 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;

- 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.
- Identificar a necessidade da sondagem via prescrição.
- Avaliar as condições do paciente (nível de consciência, padrão respiratório, padrão cardiovascular, sistema digestório).
- Conversar com familiares e/ou paciente sobre a necessidade/indicação e explicar o procedimento.
- Colocar biombo, posicionar paciente com decúbito elevado a 30° aproximadamente e proteger o tórax com a toalha.
- Explicar procedimento ao paciente e que irá precisar de sua ajuda.
- Colocar óculos e máscara.
- Lavar as mãos.
- Abrir embalagens.
- Calçar as luvas de procedimento.
- 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.
- Lubrificar sonda com o gel lubrificante hidrossolúvel ou anestésico gel a 2%.
- 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.
- 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.
- Introduzi-la até a marca.
- Observar tosse como indicação de entrada na traqueia, se positivo retirar sonda e iniciar procedimento.

- 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.
- 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.
- Retirar fio guia e fechar a sonda.
- Retirar luvas, óculos e máscara.
- Conversar com o paciente sobre êxito.
- Organizar ambiente.
- Lavar as mãos.
- Anotar procedimento no prontuário e solicitar RX de abdome.

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, 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.

DESCRIÇÃO;

- 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.
- Identificar a necessidade da sondagem via prescrição.
- Avaliar as condições do paciente (nível de consciência, padrão respiratório, padrão cardiovascular, sistema digestório).
- Conversar com familiares e/ou paciente sobre a necessidade/indicação e explicar o procedimento.
- Colocar biombo, posicionar paciente com decúbito elevado a 30° aproximadamente e proteger o tórax com a toalha.

- Explicar procedimento ao paciente e que irá precisar de sua ajuda.
- Colocar óculos e máscara.
- Lavar as mãos.
- Abrir embalagens.
- Calçar as luvas de procedimento.
- 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 acrescente 2 cm.
- Marcar a mensuração com fita adesiva.
- 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.
- 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.
- 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.
- Observar tosse como indicação de entrada na traqueia, se positivo retirar sonda e iniciar procedimento.
- Introduzir a sonda até a área marcada.
- 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.
- Fixar a sonda, ter cuidado para evitar a compressão da asa de nariz.
- Conectá-la ao coletor sistema aberto.
- Deixar o cliente confortável.
- Recolher todo o material e deixar a unidade em ordem.
- Retirar as luvas.
- Lavar as mãos.
- Fazer anotações.

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;

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

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;

- Reunir o material (bandeja, estetoscópio, esfigmomanômetro, algodão, antisséptico, caneta, bloco de anotações).
- Fazer a desinfecção do estetoscópio (olivas e diafragma).
- Lavar as mãos.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Localizar e palpar a artéria radial com os dedos indicador e médio.
- Inflar o manguito até o desaparecimento do pulso e observar no mostrador do esfigmomanômetro, para estimar o nível da pressão sistólica.
- Desinflar o manguito e aguardar 30 segundos.
- Colocar o estetoscópio nos ouvidos com a curvatura voltada para frente.
- 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.
- Fechar a válvula de ar da pera de modo que consiga abri-la sem dificuldade
- 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).
- 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.
- 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.

- Desinflar até o final para retirar todo o ar do manguito e retirar do braço do paciente.
- Se houver dúvidas nos valores, sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida.
- Informar o valor da pressão arterial ao paciente.
- Lavar as mãos.
- Fazer as anotações no prontuário do paciente. Sempre anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi aferida.

AUTORES:**ELABORADO POR:**
ANA PAULA LOPES DE ARAÚJO**REVISADO POR:**
KATIUCY DANIELLA T. DO PRADO**APROVADO POR:**
LAIZA ANDRESSA SILVA PEREIRA

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.portaled.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. 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. 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.

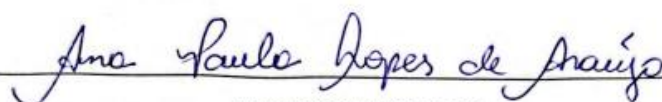
PORTO, C.C. Semiologia Médica. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

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: Bruneer & Sudarth: Tratado de enfermagem Médico Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap 25, p. 634-681.

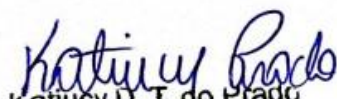
SOBECC. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para saúde, 7ªed. 2017 São Paulo.

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.



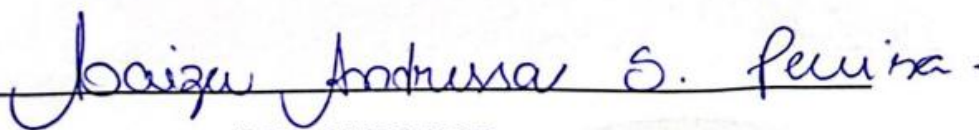
ELABORADO POR:

ANA PAULA LOPES DE ARAÚJO
COORDENADORA DE LABORATÓRIOS


Katiucy D. T. do Prado
Enfermeira
COREN - PA 519.932

REVISADO POR:

KATIUCY DANIELLA T. DO PRADO REIS
COORDENADORA DE AMBULATÓRIO



APROVADO POR:

LAIZA ANDRESSA SILVA PEREIRA
COORDENADOR DO CURSO DE ENFERMAGEM