

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1.0 DIRETRIZ TECNICA PARA TODOS OS PROCEDIMENTOS

1. Lavar as mãos;
- 2 Reunir o material necessário;
- 3 Explicar ao paciente sobre o procedimento;
- 4 Manter o paciente em posição confortável;
- 5 Calçar luvas de procedimento;

Nota: No início de qualquer procedimento deve se utilizar a técnica acima.

2.0 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AFERIÇÃO DOS SINAIS VITAIS

Definição:

- ▶ Sinais vitais são medidas que fornecem dados fisiológicos e indicam as condições de funcionamento dos sistemas orgânicos mais importantes para a manutenção da vida do paciente. Os sinais vitais também podem ser aferidos por monitores multiparamétrico, em casos de pacientes que necessitem de monitorização contínua;
- ▶ Os sinais vitais são: Temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial;

Valores de referência:

Temperatura	Valores
Hipotermia	Abaixo de 35,5 °C
Normal	35,5 a 37,0 °C
Febrícula	37,2 a 37,7 °C
Febre/hipertermia/pirexia	37,8 a 39,9 °C
Hiperpirexia	Acima de 40,0 °C

Valores aproximados da Frequência cardíaca	Pulsões/minuto*
Adultos	60 a 100

*Valores conforme: repouso acordado ou dormindo. Deve-se considerar o fato de o paciente fazer exercícios regularmente, o que diminui os valores.

Padrões de frequência respiratória	Frequência por minuto
Adultos	12 a 20 rpm

*Deve considerar se o paciente faz exercícios regularmente, o que diminui os valores.

Valores da pressão arterial		
Categorias	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normal	<130	<85
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensão		
Estágio 1 (leve)	140-159	90-99
Estágio 2 (moderada)	160-179	100-109
Estágio 3 (grave)	180-209	110-119
Estágio 4 (muito grave)	≥210	≥120

Dimensões aceitáveis para o manquito para braços de diferentes tamanhos

Circunferência do braço (cm)	Denominação do manguito	Largura do manguito (cm)	Comprimento da bolsa (cm)
22-26	Adulto pequeno	10	24
27-34	Adulto	13	30
35-44	Adulto grande	16	38
45-52	Coxa	20	42

Resultados esperados:

- ▶ Auxiliar na coleta de dados e avaliação das condições de vida do paciente;
- ▶ Controle do estado de saúde do paciente;

Observações gerais:

- ▶ Manguitos do aparelho de pressão devem ser adequados para cada paciente;

Material necessário:

- ▶ 1 termômetro digital;
- ▶ 1 relógio de pulso;
- ▶ 1 estetoscópio;
- ▶ 1 esfigmomanômetro adequado a largura do braço do paciente;
- ▶ 1 bola de algodão embebida em álcool;
- ▶ Prescrição médica;

Temperatura

- ▶ Fazer desinfecção com termômetro com algodão embebido em álcool 70%;
- ▶ Observar se a axila está seca; fazê-lo se necessário;
- ▶ Posicionar o termômetro com o bulbo no sentido do paciente;
- ▶ Dobrar o cotovelo e colocar o antebraço sobre o tórax, ou deixar o braço paralelo ao corpo e segurar o ombro;
- ▶ Deixar o termômetro até ele emitir sinal sonoro de finalização de aferição;
- ▶ Ler a temperatura no mostrador e anotar no impresso de sinais vitais;
- ▶ Limpar o termômetro com álcool 70%;

Pulso radial, carótida, temporal, femoral, pediosa ou umeral

- ▶ Colocar o dedo indicador e médio sobre a artéria, fazendo uma leve compressão;
- ▶ Proceder a contagem durante 60 segundos;

Respiração

- ▶ Deixar o braço sobre o tórax do paciente;
- ▶ Contar quantas incursões por minuto, tendo o cuidado de não demonstrar que está contando a respiração ao paciente;

Pressão arterial

- ▶ Certifica-se de que o paciente não está de bexiga cheia, em descanso de 5 a 10 minutos, não estar com as pernas cruzadas;
 - ▶ Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos;
 - ▶ Localizar a artéria radial ou braquial por palpação;
 - ▶ Colocar o manquito de tamanho adequado no braço do paciente, firmemente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando o manquito sobre a artéria braquial;
 - ▶ Manter o braço do paciente na altura do coração;
 - ▶ Palpar o pulso radial e inflar o manquito até o desaparecimento do pulso para estimar o nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes de inflar novamente;
 - ▶ Colocar o estetoscópio no ouvido com a curvatura voltada para frente;
 - ▶ Posicionar a campânula do estetoscópio sobre a artéria, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;
 - ▶ Solicitar que o paciente não fale durante o procedimento;
 - ▶ Inflar rapidamente, de 10mmHg até ultrapassar 20 a 30 mmHg do nível estimado da pressão sistólica;
 - ▶ Proceder a deflação na velocidade de 2 a 4mmHg por segundo.
 - ▶ Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do 1º som, que é fraco, seguido de batidas regulares;
 - ▶ Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som;
 - ▶ Esperar 1 a 2 minutos para realização de novas medidas;
1. Anotar os dados no impresso próprio de sinais vitais;
 2. Lavar as mãos;
 3. Transcrever os dados do impresso de sinais vitais para o prontuário do paciente;
 4. Anotar no prontuário qualquer alteração significativa dos sinais vitais e condutas tomadas.

Desvios/ Ações corretivas:

- ▶ Hipertermia, hipertensão, hipotensão, hipotermia, taquicardia, bradicardia;

Comunicar ao médico, enfermeira e/ou supervisora responsáveis;

Administrar medicamentos prescritos;

Seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem;

2.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REALIZAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

Definição:

- ▶ Glicemia capilar é um exame que possibilita detectar e monitorar níveis de glicose;

Resultados esperados:

- ▶ Verificar a quantidade de açúcar no sangue;
- ▶ Evitar comas hipoglicêmicos e hipergrícêmicos;
- ▶ Prevenir cetoacidose.

Observações gerais:

- ▶ Monitoramento da glicemia do paciente evitando hiperglicemia/hipoglicemia;
- ▶ Perfurar com a agulha polpa digital de preferência a face lateral do dedo escolhido, pois possui menos terminações nervosas e maior quantidade de capilares sanguíneos;
- ▶ **Glicemia Capilar em Jejum:**
 - **Normal:** Glicemia inferior a 99mg/dl;
 - **Alterado:** Glicemia superior a 100mg/ dl.
- ▶ **Pós prandial:**
 - **Hipoglicemia-** até 70mg/dl
 - **Normal-** 70 A 140 mg/dl
 - **Pré-diabetes-** 140 a 200 mg/ dl
 - **Acompanhamento** – Maior de 200 mg/dl

Material necessário:

- ▶ 1 lanceta;
- ▶ 1 bandeja;
- ▶ 1 bola de algodão;
- ▶ 1 álcool 70%;
- ▶ 1 luva de procedimento;
- ▶ 1 fita reagente conforme aparelho glicosímetro;
- ▶ 1 aparelho glicosímetro;
- ▶ Descartex;

Descrições das ações:

01. Proceder à antisepsia da popa digital do dedo;
02. Calçar a luva de procedimento.
03. Pressionar o dedo na altura da segunda falange, a fim de que haja uma retenção sanguínea do local.
04. Perfurar com lanceta em movimento único, leve e firme a polpa digital. Recolher uma gota de sangue na fita reagente.

05. Proceder à leitura da fita reagente conforme indicação do fabricante do aparelho.
 - ▶ No caso de o resultado apresentar **HI** provavelmente a glicemia estará maior que 600mg/dl;
 - ▶ No caso de resultado apresentar **LO** provavelmente a glicemia estará abaixo de 20mgdl.
06. Descartar a fita no lixo infectante (saco branco).
07. Desprezar a agulha em descartex e as luvas no lixo comum;
08. Deixar o paciente confortável;
09. Higienizar as mãos.
10. Fazer as anotações de enfermagem,

Desvios/ Ações corretivas:

Nos casos de Hiperglicemia, Hipoglicemia, Convulsão, Coma Diabético:

Comunicar ao médico, enfermeira e/ou supervisora responsáveis;
Administrar medicamentos prescritos;
Seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem;

- ▶ Hiperglicemia
Seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem.
- ▶ Hipoglicemia
Administrar glicose conforme prescrição médica e seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem.
- ▶ Convulsão
Fazer contenção de cabeça e membros, lateralização, administrar medicação prescrita, seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem.
- ▶ Coma diabético
Administrar medicação prescrita, fornecer oxigenoterapia e seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem.

2.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REALIZAÇÃO DE CURATIVO LIMPO E CONTAMINADO

Definição:

- ▶ Curativo limpo: é a realização de curativo de uma ferida feita assepticamente, como uma cirurgia;
- ▶ Curativo contaminado: é a realização de curativo em uma ferida exposta à quantidade excessiva de bactérias.

Resultados esperados:

- ▶ Promover a restauração da circulação e função celular;
- ▶ Prevenir necrose das estruturas mais profundas;
- ▶ Estimular cicatrização do tecido;
- ▶ Controlar infecção;

- ▶ Reduzir a proliferação de microrganismos e manter o meio adequado para a cicatrização;

Observações gerais:

- ▶ Tocar na lesão ou incisão exclusivamente luvas de procedimento;
- ▶ Expor a ferida e o material o mínimo de tempo possível;
- ▶ Observar sempre aspectos como: extensão da lesão, profundidade, coloração, presença de secreções e tipo de tecido;
- ▶ A realização de mais de um curativo na unidade ou num mesmo paciente deve ser feita de acordo com potencial de contaminação – do menos contaminado para o mais contaminado;
- ▶ Não utilizar faixas ou ataduras que comprimam os tecidos, prejudicando a circulação;
- ▶ Realizar curativos conforme prescrição médica e orientação do Supervisor de enfermagem, não sendo permitido a utilização de soluções irritantes, como soluções alcoólicas, Éter e coberturas para cicatrização.
- ▶ Desprender o curativo evitando irritar os tecidos de granulação;
- ▶ Ao remover o curativo, deve-se inspecionar a ferida quanto a sinais de infecção: hiperemia, edema, calor local, dor, secreção purulenta e outros;
- ▶ Os curativos em incisões ou feridas contaminadas devem ser trocados com maior frequência.

Material necessário:

- ▶ 1 par de luvas de procedimento ou estéril;
- ▶ 1 Soro fisiológico 0,9%;
- ▶ Pacotes de gaze;
- ▶ Bolas de algodão;
- ▶ Compressas;
- ▶ Lixo infectante;
- ▶ Esparadrapo/micropore;
- ▶ Cobertura industrializada conforme prescrição médica;

Descrições das ações:

01. Deixar o lixo próximo para descarte do material contaminado;
02. Abrir usar as luvas estéreis ou de procedimento conforme necessidade;
03. Abrir o pacote de gaze;
04. Proceder à retirada do material sujo utilizando luva de procedimento e soro fisiológico desprezando- o no lixo com plástico branco (material infectante)
05. Proceder ao curativo com técnica correta, ou seja, do menos contaminado para o mais contaminado.

CURATIVOS DE FERIDAS LIMPAS

- ▶ Começar a limpeza do local de incisão, com movimentos de dentro para fora;
- ▶ Nunca passar o lado sujo da gaze duas vezes sobre a lesão;
- ▶ O centro da ferida asséptica é sempre mais limpo que as bordas, pois está mais protegido de contaminação.

OBS: As lesões limpas tipo abrasões ou suturas fechadas, livres de secreção ou de necrose poderão ser mantidas sem oclusão, ou seja, sem cobertura secundária.

CURATIVOS EM FERIDAS CONTAMINADAS

- ▶ Realizar limpeza mecânica nas bordas da lesão usando gaze umedecida com soro fisiológico com movimento único utilizando cada lado da gaze.
- ▶ Irrigar a ferida com jato de soro sob pressão sentido unidirecional em toda extensão da lesão até que a solução de SF0,9% drenado esteja limpa;
- ▶ Realizar a limpeza mecânica no leito da lesão nas áreas com tecido desvitalizado;
- ▶ Secar as bordas da lesão;
- ▶ Aplicar o produto indicado para a ferida conforme prescrição médica;
- ▶ Ocluir a lesão com gaze e fixar com micropore ou esparadrapo.

FERIDAS CIRÚRGICAS E TRAUMÁTICAS

- ▶ Começar a limpeza do local de incisão, com movimentos de dentro para fora;
- ▶ Nunca passar o lado sujo da gaze duas vezes sobre a lesão;
- ▶ O centro da ferida asséptica é sempre mais limpo que as bordas, pois está mais protegido de contaminação;
- ▶ As primeiras 24 horas são especialmente importantes, porque o edema é maior neste período;
- ▶ O edema depende do tipo da ferida, podendo permanecer de 72 a 96 horas, e nesse tempo o curativo deverá permanecer fechado;
- ▶ Deve-se iniciar a limpeza de fora para dentro da lesão, ou seja, das bordas para o centro, para não espalhar infecção nos tecidos ao redor da ferida.

06. Secar com gaze e passar antisséptico indicado;

07. Proteger com gaze e fixar com adesivo (se indicado);

08. Lavar as mãos;

09. Providenciar limpeza e ordem do material;

10. Checar o horário e fazer as anotações de enfermagem, especialmente quanto a evolução da lesão e queixas do paciente;

Desvios/ Ações corretivas:

- ▶ Perda de tempo, atraso no procedimento
Iniciar o procedimento somente após organizar todo material, não sair com luvas calçadas ambulatório.
- ▶ Infecção cruzada
Não cruzar material sujo em cima do material limpo
- ▶ Contaminação da ferida, infecção local, secreção purulenta
Aumentar o nº de trocas dos curativos, anotar aspecto da lesão em prontuário e comunicar enfermeira para que a mesma acompanhe a evolução do processo de cicatrização.

► **Sangramento, exsudação excessiva**

Manter técnica asséptica em todas as trocas de curativo, relatar no prontuário quantidade de secreção drenada, cor, cheiro e aspecto da mesma;

Realizar curativo compressivo;

Realizar trocas mais frequentes do curativo.

2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INTRAMUSCULAR (IM)

Definição:

- Consiste na aplicação de solução no tecido muscular.

Resultados esperados:

- Manter o nível terapêutico de medicamentos de absorção intramuscular;

Observações gerais:

- Nunca administrar medicamentos preparados por outra pessoa;

► **Lembrar da regra dos 9 certos:**

1. **Paciente certo** (perguntar ao paciente ou acompanhante o nome completo, verificar a identificação beira leito e conferir o seu nome no prontuário);
2. **Medicamento certo** (conferir o nome do medicamento, identificar paciente alérgicos);
3. **Dose certa** (Identificar a via de administração prescrita, verificar se é a via recomendada para a administrar determinado medicamento);
4. **Hora certa** (Preparar a medicação sempre no horário correto e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade), a antecipação ou atraso da medicação somente poderá ser feito com prescrição médica;
5. **Via certa** (Conferir atentamente a dose prescrita, conferir a velocidade do gotejamento, a programação e o funcionamento da bomba de infusão).
6. **Documentação certa/ registro certo** (Registrar na prescrição o horário real da administração de medicamentos, intercorrências, adiamento, cancelamento, recusa do paciente) ;
7. **Orientação correta** (Informar o nome do medicamento, indicação, efeitos esperados, esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo);
8. **Forma certa** (Checar se o medicamento prescrito possui a forma farmacêutica e a via de administração prescrita);
9. **Resposta certa** (Observar cuidadosamente o paciente, para identificar se o medicamento obteve o efeito desejado, registrar no prontuário todos os efeitos diferentes do esperado)

- Somente administrar medicamento se as dúvidas foram esclarecidas;

- Os eventos adversos relacionados à administração de medicamentos devem ser notificados (Ficha de notificação de eventos adversos);

- Quando o medicamento deixar de ser administrado por estar em falta, recusa, jejum, fazer a anotação no relatório de enfermagem, justificando o motivo pelo qual não foi administrado.

- Nunca reencapar a agulha após o uso;

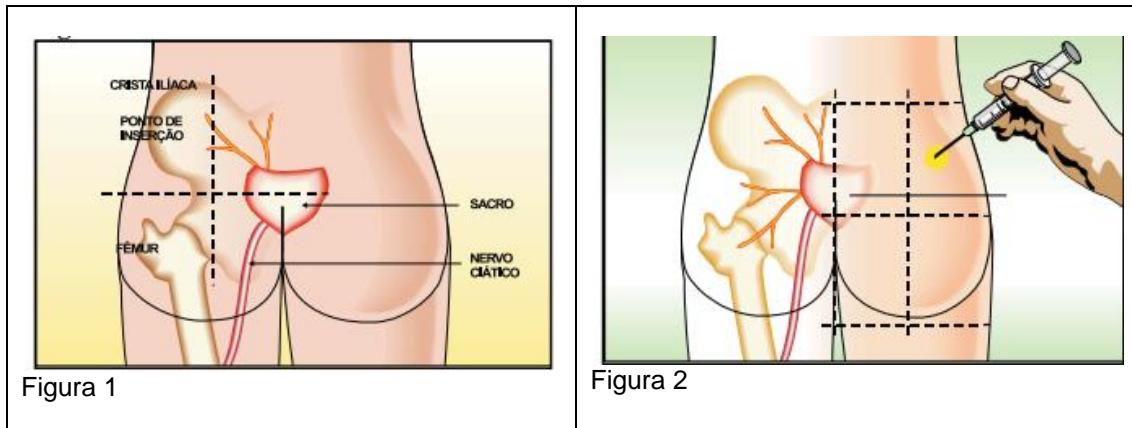
- Se a área da aplicação apresentar dor, hiperemia, apresentar nódulos, escolher outro local para aplicação;

- Estabelecer um plano de rodízio dos locais de administração para todos os paciente que requeiram administração intramuscular frequente, para evitar a repetição de locais de administração;

- Sempre ter conhecimento do medicamento que será administrado (ação, efeitos colaterais);

- O músculo pode ser da região dorso-glútea, da face Antero lateral da coxa;

- ▶ Não massagear o local escolhido após a administração do medicamento;
- ▶ Medicamentos em frascos-ampolas fazer a desinfecção da tampa de borracha após retirar o lacre de alumínio;
- ▶ Na seleção do local de aplicação deve-se considerar: distância entre os vasos e nervos importantes; musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento; espessura do tecido adiposo; idade do paciente; irritabilidade da droga e atividade do paciente.
- ▶ **Região dorso-glúteo:** Desenha-se uma linha imaginária que vai da crista ilíaca póstero superior até o trocânter maior do fêmur. A injeção deve ser aplicada em qualquer ponto entre essa linha imaginária e a curva da crista ilíaca.



Seleção do local de aplicação de medicamentos intramusculares

Idade	Deltoide	Dorso-glúteo	Vasto-lateral
Adultos	1,0ml	4,0ml	4,0ml

Material necessário:

- ▶ 1 bandeja;
- ▶ 1 par de luvas
- ▶ 1 seringa de 3 e/ou 5ml;
- ▶ Medicamento prescrito;
- ▶ Bolas de algodão;
- ▶ Etiqueta de identificação de medicamentos;
- ▶ Álcool 70%;
- ▶ Agulhas 25x7, 25x8;
- ▶ Impresso de anotações de enfermagem;
- ▶ Prescrição médica

Descrições das ações:

01. Conferir o nome da medicação, do paciente, a dose, o horário, a via de administração prescrita.
02. Preparar a medicação de acordo com a prescrição médica, aspirando o medicamento da ampola ou frasco-ampola;
03. Calçar as luvas;

04. Escolher e expor o local da aplicação, mantendo o paciente em posição confortável;
05. Fazer antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%, segurar a bola de algodão entre o 3º e o 4º quirodáctilo da mão não dominante.
06. Distender a pele da área escolhida com os dedos indicador e polegar fazer uma prega;
07. Introduzir a agulha com o bisel voltado para o lado de forma perpendicular ao músculo, formando um ângulo de 90º. Após a introdução da agulha, aspirar por 3 segundos para certificar se houve punção de algum vaso sanguíneo.
08. Soltar o músculo;
09. Injetar a medicação lentamente;
10. Retirar a agulha em um movimento único e rápido, comprimir o local com algodão sem friccionar;
11. Descartar os materiais nos locais apropriados;
12. Lavar as mãos;
13. Checar o medicamento administrado;
14. Realizar devoluções dos medicamentos que por algum motivo não foram administrados (ex. alta).
15. Realizar anotações de enfermagem, intercorrências, adiamento, cancelamento ou recusa do paciente

Efeitos adversos que podem ocorrer durante a administração de medicação IM:

- ▶ Punção de vaso sanguíneo:
Retirar a agulha e puncionar em outro local.
- ▶ Dor local
- ▶ Desmaio e sudorese
- ▶ Abscesso, hematoma, nodulação, endurecimento, eritema
- ▶ Erro na administração dos medicamentos
- ▶ Sinais e sintomas diferentes dos esperados

Nota: Em todos os efeitos adversos deverá seguir a seguinte conduta: Aferir sinais vitais, comunicar ao médico e a enfermeira e seguir as instruções deles.

2.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS (IV)

Definição:

- ▶ Consiste na aplicação de fluídos e drogas direto no sistema circulatório, possui ação instantânea e permite infusão de grandes volumes de líquidos.

Resultados esperados:

- ▶ Manter o nível terapêutico de medicamentos de absorção intravenosa;

Observações gerais:

- ▶ Nunca administrar medicamentos preparados por outra pessoa;
- ▶ Lembrar da regra dos 9 certos

Material necessário:

- ▶ 1 bandeja;
- ▶ 1 garrote;
- ▶ 1 tesoura sem ponta;
- ▶ Medicamento prescrito;
- ▶ Bolas de algodão;
- ▶ Etiqueta de identificação de medicamentos;
- ▶ Álcool 70%;
- ▶ Abocath (16, 18, 22, 24) ou escalpe (19, 21, 25, 27);
- ▶ Multivit;
- ▶ Fitas de micropore ou esparadrapo;
- ▶ Luvas;
- ▶ Impresso de anotações de enfermagem;
- ▶ Prescrição médica.

Descrições das ações:

01. Conferir o nome da medicação, do paciente, a dose, o horário, a via de administração prescrita.
02. Preparar a medicação de acordo com a prescrição médica, aspirando o medicamento da ampola ou frasco-ampola;
03. **a Preparo de medicação/ Ampola**
 - ▶ Bater levemente o gargalho para o líquido escoar;
 - ▶ Limpar o gargalho da ampola com algodão embebido em álcool;
 - ▶ Ler novamente o rótulo da ampola;
 - ▶ Proteger os dedos com algodão e quebrar a ampola;**b Preparo de medicação/ Frasco- ampola**
 - ▶ Ler novamente o rótulo;
 - ▶ Retirar o protetor da tampa do frasco;
 - ▶ Proceder a desinfecção da tampa do frasco com algodão embebido em álcool;
 - ▶ Introduzir o diluente, na quantidade recomendada pelo laboratório ou de acordo com o cálculo de diluição;
 - ▶ Agitar o frasco lentamente para homogeneizar seu conteúdo;
 - ▶ Aspirar com seringa e agulha a quantidade de solução desejada;
 - ▶ Retirar o ar da seringa e acertar a dose;
 - ▶ Identificar a seringa.
04. Preenchera etiqueta e fixá-la na seringa devidamente identificada com o nome do paciente, nome do medicamento, via de administração, quarto, dose. Colocá-la em uma bandeja;

05. Explicar o procedimento ao paciente, qual o tipo de medicamento, sua ação e possíveis efeitos colaterais;
 06. Calçar as luvas;
 07. Escolher e expor o local da aplicação, mantendo o paciente em posição confortável;
 08. Puncionar acesso venoso periférico se não houver nenhum já punctionado. Nos paciente com AVP, AVC, dissecção venosa somente administrar a medicação;
 09. Administrar a medicação intravenosa;
 - a Administração intravenosa gota a gota
 - ▶ Preparar o equipo retirando o ar com a solução prescrita;
 - ▶ Conectar o equipo ao acesso venoso;
 - ▶ Injetar a medicação prescrita;
 - ▶ Controlar o gotejamento da medicação de acordo com a solução e prescrição;
 - b. Administração intravenosa em bolus:
 - ▶ Certificar se o acesso venoso está pérvio;
 - ▶ Conectar a seringa com a medicação no acesso venoso;
 - ▶ Infundir a medicação lentamente e aspirar em pequenos intervalos;
 - ▶ Desconectar a seringa após a infusão.
 10. Manter o paciente em posição confortável;
 11. Descartar os materiais nos locais apropriados;
 12. Lavar as mãos;
 13. Checar o medicamento administrado imediatamente após a administração;
 14. Realizar devoluções dos medicamentos que por algum motivo não foram administrados (ex. alta).
 15. Realizar anotações de enfermagem, intercorrência, adiamento, cancelamento ou recusa do paciente
- Efeitos adversos que podem ocorrer durante a administração de medicação intravenosos (IV):**
16. *Infiltrações, obstrução, flebite*
Retirar o acesso venoso, punctionar novo acesso.

2.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL (VO)

Definição:

- ▶ Medicamentos via oral consiste na administração de medicamentos no organismo através da cavidade oral.

Resultados esperados:

- ▶ Manter o nível terapêutico de medicamentos de absorção gastrintestinal;

Observações gerais:

- ▶ Não tocar com a mão em comprimidos, cápsulas, drágeas;
- ▶ Orientar o paciente sobre automedicação e sempre que o mesmo pegar algum medicamento deverá preencher o caderno de fornecimento de medicamentos.
- ▶ Lembrar da regra dos 9 certos:
 - 1. Medição certa;
 - 2. Paciente certo;
 - 3. Dose certa;
 - 4. Via certa;
 - 5. Horário certo;
 - 6. Registro certo;
 - 7. Ação certa;
 - 8. Forma farmacêutica certa;
 - 9. Monitoramento certo.

Material necessário:

- ▶ 1 copo descartável pequeno;
- ▶ 1 seringa se necessário;
- ▶ 1 bandeja;
- ▶ Impresso de anotações de enfermagem;
- ▶ Prescrição médica.
- ▶ Água filtrada.

Descrições das ações:

01. Conferir o nome da medicação, do paciente, a dose, o horário, a via de administração prescrita;
02. Diluir ou triturar o medicamento se necessário;
03. Colocar a medicação em um copinho;
04. Encaminhar a medicação até o paciente;
05. Explicar o procedimento ao paciente qual o tipo de medicamento, sua ação e possíveis efeitos colaterais;
06. Elevar ligeiramente a cabeceira da maca ou solicitar que sente-se;
07. Fornecer o copo com a medicação aos pacientes;
08. Oferecer água ou suco para auxiliar na deglutição;
09. Certificar a ingestão do medicamento;
10. Lavar as mãos;
11. Limpar e guardar todo material utilizado;
12. Checar o medicamento administrado;
13. Realizar anotações de enfermagem, intercorrência, adiamento, cancelamento ou recusa do paciente;

14. Realizar anotações de enfermagem, intercorrência, adiamento, cancelamento ou recusa do paciente

Efeitos adversos que podem ocorrer durante a administração de medicação via oral (VO):

- ▶ Vômitos, regurgitação
Comunicar imediatamente ao médico.
- ▶ Erro na administração do medicamentos
Comunicar imediatamente a enfermeira e ao médico
- ▶ Sinais e sintomas diferentes dos esperados
Comunicar imediatamente a enfermeira e ao médico

2.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PUNÇÃO VENOSA

Definição:

- Punção venosa consiste na introdução de uma agulha em uma veia para injetar medicamento.

Resultados esperados:

- ▶ Administrar fluidos e medicamentos.

Observações gerais:

- ▶ Garroteamento prolongado produz congestão e hemoconcentração na veia;
- ▶ Devem introduzir a agulha cerca de 1cm antes do local onde a veia será punctionada.
- ▶ Não iniciar a punção muito próxima do local onde se pretende perfurar a veia, para não transfixá-la e para evitar que a agulha fique mal posicionada.
- ▶ A punção da veia femoral e jugular externa devem ser realizadas por profissional médico e enfermeiro treinado. Mas seu uso dever ser extremamente limitado, em função dos riscos ligados a sua punção.

Material necessário:

- ▶ Prescrição médica;
- ▶ 1 Par de luvas de procedimento;
- ▶ 1 Abocath;
- ▶ 1 Multivia;
- ▶ 1 Equipo macro ou micro, conforme prescrição do gotejamento;
- ▶ 1 Bola de algodão;
- ▶ Soroterapia e/ou medicação prescrita;
- ▶ Micropore;
- ▶ Álcool 70%;

Descrições das ações:

01. Selecionar a veia a ser punctionada (basílica, mediana, metacarpiana dorsais da mão, dorso do pé, etc);
02. Garrotear, tendo o cuidado de não garrotear excessivamente e por tempo prolongado;
03. Colocar as luvas de procedimento;

04. Fazer assepsia com álcool a 70%;
05. Estirar a pele com os dedos e puncionar a veia com o bisel da agulha / abocath para cima;
06. Introduzir a agulha na pele num ângulo de 45º.
07. Para a infusão, retirar o garrote e conectar a multivia no equipo com soro prescrito preenchendo todo o sistema, não havendo presença de ar conectar ao abocath e iniciar a infusão;
08. Observar o local atentamente durante alguns minutos, a fim de detectar sinais de extravasamento, tais como isquemia, vermelhidão e intumescimento;
09. Fixar o cateter intravenoso periférico com micropore ou esparadrapo;
10. Retornar o paciente para uma posição confortável;
11. Descartar os materiais utilizados;
12. Identificar o acesso periférico, contendo nome do profissional que realizou a punção, data e horário;
13. Lavar as mãos;
14. Anotar o procedimento no prontuário do paciente;

Desvios/ Ações corretivas:

- Hematomas, necrose do tecido perivascular, tromboflebite, flebite, celulite no tecido subjacente, infiltrações e extravasamentos:
Retirar o cateter intravenoso;
Colocar bolsa de água morna no local;
Relatar no relatório de enfermagem.

2.8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA OXIGENOTERAPIA

Definição:

- Oxigenoterapia é a administração de oxigênio suplementar com o intuito de elevar ou manter a saturação acima de 90%, corrigindo os danos da hipoxemia.

Resultados esperados:

- Terapêutica utilizada para atendimentos de urgência e emergência envolvendo distúrbios respiratórios e onde há necessidade de oxigênio suplementar para do quadro clínico do paciente;

Observações gerais:

- Atentar para monitorização por oximetria de pulso. Os parâmetros considerados normais são de SPO2 95 a 100%, valores inferiores a 85% podem indicar que os tecidos não estão recebendo oxigênio suficiente.

- Para vítimas de intoxicação por amônia e outras substâncias químicas perigosas, elas devem ser removidas para local sem risco (zona fria) e fornecer oxigênio sob máscara conforme prescrição médica indicado abaixo:

Dispositivo	Indicação	Vantagens	Desvantagem
Cateter nasal ► Velocidade de fluxo sugerida:1 a 5 litros	. Dispneia leve, queda de saturação sustentável >85% <90%, baixo risco de hipoxemia.	► Segura, simples, facilmente tolerada pelo paciente; ► Permite a conversação e ingestão de alimentos ► Facilita a mobilização do paciente no leito;	► Ressecamento da mucosa nasal ► Concentração de FIO2 é variável; ► Não pode ser utilizado em casos de obstrução de vias aéreas;
Máscara de Venturi ► Velocidade de fluxo sugerida:3 a 15 litros 34 a 50 %	► Pacientes com queda de saturação moderada Sat.O2 entre 75 a 87%, alteração no padrão respiratório com frequência respiratória > 50% do seu valor normal, esforço respiratório moderado, batimento de aleta nasal, esforço intercostal com retração de fúrcula, perfusão periférica diminuída, fornece O2 em fluxos iguais ou superiores ao fluxo inspiratório máximo do paciente.	► Precisão na concentração de oxigênio; ► O FIO2 pode ser modificado simplesmente trocando a válvula de concentração; ► Não resseca as mucosas; ► Pode ser acrescentados fluídos e ou aerossóis; ► Fornece baixos níveis O2.	► Tem que ser removida durante a alimentação

Material necessário:

- 1 Máscara de Venturi com adaptadores de porcentagem de O2 ou de reinalação com ou cateter nasal tipo óculos;
- 1 Intermediário de oxigênio ou látex;
- 1 Umidificador;
- 1 Fluxômetro;
- 1 Frasco de água destilada;
- 1 Aparelho de oximetria de pulso;

- ▶ 1 Estetoscópio;
- ▶ 1 Esfigmomanômetro;
- ▶ Fonte de oxigênio;
- ▶ Prescrição médica;

Descrições das ações:

01. Conectar a máscara ou o cateter nasal ao intermediário e este à saída do umidificador;
02. Abrir o fluxômetro respeitando a quantidade de oxigênio prescrita pelo médico;
03. Adaptar a máscara na face abrangendo boca e nariz do paciente, ajustando o elástico em volta da cabeça acima das orelhas, ou introduzir as prontas do cateter nasal no nariz do paciente;
04. Permanecer junto ao paciente enquanto se adapta ao tratamento, observando suas reações;
05. Manter cabeceira elevada em 45°, se as condições clínicas possibilitarem ;
06. Observar padrão respiratório, instalar oxímetro de pulso e identificar se houve melhora da SaPO2;
07. Aferir sinais vitais;
08. Lavar as mãos;
09. Checar horário na prescrição médica, realizar anotações de enfermagem com carimbo e assinatura;
10. Seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem.

Desvios/ Ações corretivas:

- ▶ Toxicidade pelo oxigênio (administração elevada de O2 por um tempo prolongado)
Comunicar imediatamente ao médico.
- ▶ Hiperventilação, hipoventilação, hipóxia, boca e lábios cianóticos, cianose de extremidades, batimento da asa do nariz;
- ▶ Verificar Saturação e solicitar reavaliação médica
Seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem.
- ▶ Parada Respiratória

Garantir disponibilidade e material necessário para intubação endotraqueal ou orotraqueal conforme descrito neste documento.

Auxiliar equipe em todos os procedimentos durante a parada respiratória.

2.9 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS QUADROS INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

Definição:

- ▶ Insuficiência respiratória pode ser definida como a condição clínica na qual o sistema respiratório não consegue manter os valores da pressão arterial de oxigênio (PaO₂) e/ou da pressão arterial de gás carbônico (PaCO₂) dentro dos limites da normalidade. Pode ser classificada quanto a velocidade de instalação, em aguda ou crônica.
- ▶ Insuficiência respiratória aguda a rápida deterioração da função respiratória leva ao surgimento de manifestações clínicas mais intensas, e as alterações gasométricas do equilíbrio ácido-base, alcalose ou acidose respiratória são mais comuns.
- ▶ Insuficiência respiratória crônica as alterações das trocas gasosas se instalaram de maneira progressiva ao longo de meses ou anos.

Manifestações clínicas	
Insuficiência respiratória aguda	Inquietação, fadiga, cefaleia, dispneia, taquicardia e aumento da pressão do sangue, confusão, letargia, taquipnéia, cianose central, diaforese, parada respiratória. Angústia respiratória aguda, uso de musculatura acessória, diminuição dos sons respiratórios.
Insuficiência respiratória crônica	A principal manifestação é a dispneia mesmo em repouso e tosse.

Resultados esperados:

- ▶ Promover permeabilidade das vias aéreas, removendo excesso de ar, líquido, sangue ou corpo estranho que estejam causando obstrução das vias.
- ▶ Estabelecer a oxigenação arterial, assim proporcionando perfusão tecidual adequada;
- ▶ Corrigir rapidamente alterações agudas das trocas gasosas.
- ▶ Expandir o pulmão e restaurar a função cardiorrespiratória normal após cirurgia, trauma ou condições clínicas, através do estabelecimento de pressão negativa da cavidade pleural.

Observações gerais:

- ▶ Manter o paciente em posição de Fowler ou Semi-Fowler;
- ▶ Manter monitorização dos sinais vitais do paciente;
- ▶ Caso seja necessário realizar o auxílio a intubação orotraqueal;
- ▶ Reduzir a ansiedade do cliente, pois suas manifestações impedem o repouso e aumentam o gasto de oxigênio.

Material necessário:

- ▶ 1 Monitor cardíaco e oxímetro de pulso;
- ▶ 1 Aspirador;
- ▶ 1 Ambu completo;
- ▶ 1 Cateter nasal ou máscara de Venturi;
- ▶ 1 Cilindro de oxigênio;

- ▶ 1 Carrinho de emergência, se necessário;
- ▶ Material para aspiração (sondas, látex, luva estéril, etc);
- ▶ Material de intubação endotraqueal caso seja solicitado pelo médico;
- ▶ Sistema de aspiração com látex de silicone testado;
- ▶ Par de luvas de procedimento;
- ▶ Prescrição médica;

Descrições das ações:

01. Avaliar o padrão respiratório do paciente (frequência respiratória, sinais de esforço respiratório, cianose, batimento de aleta nasal);
02. Colocar o paciente em posição de Fowler ou semi-fowler;
03. Promover monitorização cardiorrespiratória;
04. Verificar valor da SpO2;
05. Instalar oxigênio por cateter nasal ou máscara, segundo prescrição médica;
06. Observar os parâmetros do monitor após instalação do oxigênio;
07. Seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem;
08. Verificar os sinais vitais;
09. Registrar todos os procedimento no prontuário, ação e efeito, condutas realizadas;

Desvios/ Ações corretivas:

- ▶ Presença de queda de saturação, uso de musculatura acessória, sinais de respiração rápida e superficial, cianose ou enfisema subcutâneo.
Observar e relatar imediatamente padrão respiratório a enfermeira e ao médico.
- ▶ Parada respiratória
Solicitar por ajuda e iniciar a ventilação através do ambú (cobertura total do nariz e 1 ventilação a cada 6 segundos - 8 a 10 vent./min.);
Auxiliar na intubação orotraqueal;
Seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem.

3.0 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA INTUBAÇÃO TRAQUEAL

Definição:

- ▶ Intubação traqueal é a colocação de um tubo dentro da traqueia, procedimento realizado pelo médico com auxílio da enfermagem no que diz respeito a preparação do paciente que irá receber o procedimento e garantir disponibilidade de materiais que serão utilizados.

Resultados esperados:

- ▶ Adequada ventilação artificial para o paciente.
- ▶ Posicionamento correto e seguro da via aérea artificial.
- ▶ Melhor oxigenação e ventilação.
- ▶ Facilidade na remoção das secreções.
- ▶ Estabilidade hemodinâmica.
- ▶ Manutenção da integridade da arcada dentária, mucosa da boca e nariz, cordas vocais, laringe e traqueia.

Observações gerais:

- ▶ Utilizar oximetria de pulso durante a intubação endotraqueal para detecção precoce de hipoxemia.
- ▶ Antes da intubação endotraqueal, utilizar oxigênio a 100%, por 3 a 5 minutos, através do ambu.
- ▶ O procedimento de intubação endotraqueal não deve ultrapassar 30 segundos.
- ▶ O médico poderá solicitar que o técnico de enfermagem ou enfermeiro aplique pressão na cartilagem cricóide (manobra de Sellick), para diminuir a incidência de aspiração do conteúdo e distensão gástrica. Este procedimento é realizado aplicando uma forte pressão ao redor da cartilagem cricóide, afastando as cordas vocais para baixo e facilitando sua visualização.
- ▶ Os pacientes com suspeita de lesão em coluna cervical devem ser mantidos com a cabeça em linha reta durante a intubação endotraqueal, a intubação nasal é a via preferida nesses casos.
- ▶ O tubo endotraqueal pode também permitir a administração de medicações de emergência, conforme prescrição médica, durante a PCR. (por exemplo, lidocaína, epinefrina, atropina e naloxone).
- ▶ Fixar o tubo entre de 21cm e 24cm do tubo (utilizar as marcações inseridas no tubo)

Material necessário:

- ▶ Maleta de emergência;
- ▶ 1 Monitor cardíaco;
- ▶ 1 Par de luva estéril;
- ▶ 1 Ambu com máscara, conectado a fonte de O2 a 100%;
- ▶ 1 Tubo endotraqueal, diversos tamanhos ;
- ▶ 1 Fio guia estéril;
- ▶ 1 Laringoscópio com lâminas curva (3.0 e 4.0);
- ▶ 1 Seringa descartável 20ml;
- ▶ 1 Sonda de aspiração conectada a frasco de aspiração ligado a vácuo;
- ▶ 1 Cadarço para fixação do tubo endotraqueal;
- ▶ 1 Cilindro de O2;
- ▶ 1 Estetoscópio;
- ▶ Óculos de proteção individual;
- ▶ Máscara e gorro descartáveis;
- ▶ Gel;
- ▶ Cânula de Guedel, diversos tamanhos;
- ▶ Pilhas e lâmpadas sobressalentes;

- ▶ Fonte de oxigênio testada;
- ▶ Aspirador;
- ▶ Maleta de urgência com medicamentos;
- ▶ Luvas de procedimento;

Descrições das ações:

01. Selecionar e separar o tubo orotraqueal com diâmetro uniforme, de acordo com a solicitação do médico.
02. Testar o cuff do tubo orotraqueal escolhido pelo médico;
03. Testar as lâminas e o cabo do laringoscópio;
04. Inserir o fio guia pelo tubo se necessário, com cuidado de deixar sua ponta cerca de 0,5 cm antes do final da cânula;
05. Conectar a sonda de aspiração ao aspirador;
06. Posicionar o paciente em decúbito dorsal hiperestender a cabeça e flexionar o pescoço (afastar possibilidade de trauma cervical);
07. Retirar próteses dentárias e realizar aspiração de secreções da cavidade nasal e oral se necessário;
08. Oferecer oxigênio a 100% através de um ambu com bolsa reservatória de 3 a 5 min antes da intubação;
09. Verificar acesso venoso e monitorização do paciente, informando alterações ocorridas;
10. Entregar as luvas estéreis, gorro e óculos ao médico;
11. Realizar medicações conforme solicitação médica;
12. Entregar laringoscópio com lâmina e tubo orotraqueal conforme solicitação médica;
13. Aplicar pressão na cartilagem cricóide (se solicitado);
14. Insuflar o cuff com 10 ml de ar;
15. Ventilar o paciente com ambú conectado a uma fonte de oxigênio, a 100% enquanto o médico ou enfermeira ausculta a região do epigástrico, bases e ápices dos pulmões;
16. Observar simetria e movimentação da caixa torácica;
17. Avaliar saturação de oxigênio, por oximetria de pulso;
18. O enfermeiro ou médico devem aspirar o tubo orotraqueal se necessário;
19. Fixar tubo orotraqueal com cadarço, na posição entre 21 e 24 cm;

-
20. Solicitar o cilindro de O2 e conectá-lo ao tubo para transferência do paciente;
 21. Seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem;
 22. Registrar o procedimento no prontuário e possíveis intercorrências;

Desvios/ Ações corretivas:

- ▶ Lâmina do laringoscópio não acende
Verificar se as pilhas acabaram ou se a lâmina ou o cabo estão com defeito e efetuar a troca.
- ▶ Cuff não infla
Trocar o tubo e testar o cuff novamente.
- ▶ Paciente com possibilidade de trauma cervical
Não realizar hiperextensão do pescoço.
- ▶ Contaminação de algum material durante o procedimento
Trocar todo o material contaminado.
- ▶ Posicionamento do tubo endotraqueal em região epigástrica;
Trocar o tubo, realizar todo processo novamente.
- ▶ Não tem expansão torácica
Retornar à ventilação com ambu.

3.1 ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR E USO DO DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO- DEA

Definição:

- ▶ Reanimação cardiopulmonar (RCP) são manobras realizadas na tentativa de reanimar um paciente vítima de Parada Cardiorrespiratória;
- ▶ Parada cardiorrespiratória (PCR) é definida como o súbito cessar da atividade miocárdica ventricular útil, associada à ausência de respiração.
- ▶ DEA: Desfibrilador Automático Externo: aplicam um pulso de corrente de grande amplitude no coração para restituir o ritmo normal dos batimentos cardíacos em paciente que apresentam fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular. Os DEAs diferem dos desfibriladores convencionais porque podem analisar o ritmo cardíaco e determinar se a desfibrilação será necessária; isto elimina a necessidade do operador interpretar o sinal de ECG antes da desfibrilação. O DEA foi concebido para ser utilizado principalmente em emergências onde os operadores não são treinados no suporte de vida avançado, tais como enfermagem e brigadistas.

Resultados esperados:

- ▶ Promover assistência ventilatória adequada;
- ▶ Promover circulação adequada;
- ▶ Corrigir distúrbio metabólico

Observações gerais:

Uso do DEA

- ▶ Ao enfermeiro compete coordenar; supervisionar e realizar os procedimentos básicos de emergência com o objetivo de sistematizar o atendimento a pacientes vítimas de PCR, incluindo a utilização do DEA, na presença ou ausência de equipe médica, em ambientes intra e extra hospitalares.
- ▶ A utilização do DEA poderá ser realizada pelos técnicos de enfermagem sob supervisão do enfermeiro (PARECER NORMATIVO Nº 002/2017/COFEN).
- ▶ Em homens com excesso de pelos no tórax é indicada a raspagem antes de colar os eletrodos;
- ▶ É importante verificar se a vítima não está molhada. Caso esteja, é importante secá-la antes;
- ▶ Se souber que a pessoa que está sendo atendida faz uso de marcapasso, não se deve colocar os eletrodos sobre ele, pois pode haver interferência nas informações;
- ▶ O mesmo vale para acessórios de metal, como joias e até sutiãs com aros, que devem ser retirados antes de usar o desfibrilador.
- ▶ O diagnóstico de PCR se faz na observação dos seguintes sinais clínicos descritos na tabela:

Tabela 1 Sinais clínicos da PCR:

Sinais clínicos
Perda súbita de consciência
Ausência de pulso nas grandes artérias (carótida e femoral);
Ausência de pressão arterial (PA);
Apneia ou respiração agônica;
Midríase (pupila dilatada indicando a falta de circulação sanguínea no cérebro calcula-se aproximadamente 45 segundos para dilatarem);
Cianose de extremidades;
Sudorese intensa;
Palidez

- ▶ Tão logo seja observada deve-se proceder as manobras de ressuscitação que consiste em ventilação e massagem cardíaca externa e uso do DEA para atendimentos pré-hospitalares.
- ▶ Caso uma via aérea avançada (intubação orotraqueal) seja estabelecida, as compressões torácicas devem ser aplicadas continuamente (frequência igual ou maior que 100 compressões/minuto), e as ventilações devem ser aplicadas com frequência de 8 a 10 por minuto, ou seja, 1 ventilação a cada 6 a 8 segundos.
- ▶ Evitar hiperventilação, pois aumenta o risco de insuflação gástrica, podendo causar regurgitação e aspiração.
- ▶ A cânula orofaríngea ou guedel pode ser utilizada para facilitar a realização de ventilações com o ambú, visto que impede a obstrução da via aérea pela queda da língua. A utilização correta da cânula orofaríngea faz-se a partir de sua introdução na cavidade oral com a concavidade voltada para cima, dirigindo sua extremidade para o palato duro. A seguir, executa-se um movimento de rotação de 180ºsobre ela mesma, posicionando-a sobre a língua.

Ventilação em vítima com apenas parada respiratória:

- ▶ Em vítima que não respira ou respira de forma anormal (somente gasping), porém apresente pulso, encontra-se, portanto, em parada respiratória. Nesses casos, realize uma ventilação a cada 5 a 6 segundos (aproximadamente 10 a 12 ventilações por minuto) para vítimas adultas.

Recomendações importantes

- ▶ Realizar ciclos de compressão torácica-ventilação 30:2, ou seja, 30 compressões alternadas com 2 ventilações.
- ▶ Não interromper as manobras de RCP na administração de medicamentos.

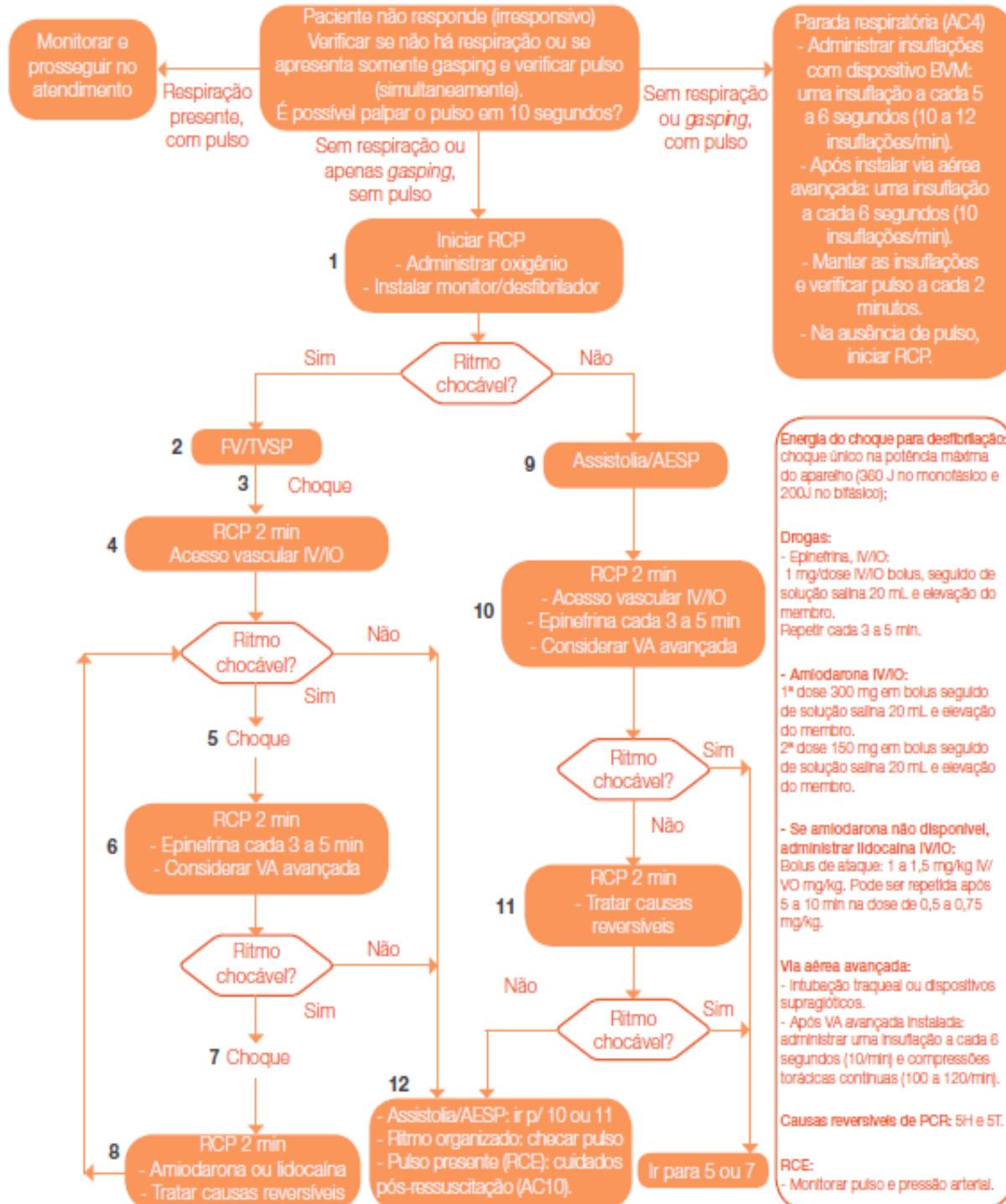
RCP de alta qualidade:

- ▶ Compressões torácicas em uma frequência de 100/min a 120/ min.
- ▶ Profundidade 5 a 6 cm;
- ▶ Permitir retorno completo do tórax à posição original
- ▶ Evitar interrupções;
- ▶ Trocar compressor a cada 2 min.

Cuidados Pós-PCR

- ▶ Manter pressão sistólica acima >90mmHg;
- ▶ Garantir acesso venoso calibroso;
- ▶ Transportar o paciente para atendimento hospitalar;

Algoritmo geral da RCP ADULTO – suporte avançado de vida



Fonte: Adaptado de AHA Guidelines 2015. Part 7. Adult ALS. Circulation 2015;132 (suppl 2):p. S444-S464 e AHA Guidelines 2015. Part 12. Pediatric ALS. Circulation 2015;132 (suppl 2):pg S526-S542.

Material necessário:

- ▶ 1 Ambu completo com máscara, bolsa reservatória e extensão;
- ▶ 1 Maleta de emergência;
- ▶ 1 Monitor cardíaco;
- ▶ Luvas de procedimento;
- ▶ Fonte de oxigênio com fluxômetro;
- ▶ Kit de intubação se solicitado pelo médico.

Descrições das ações:

01. Constatar a parada cardiorrespiratória através dos sinais clínicos descritos na tabela 1, procedendo da seguinte forma: determinar o nível de consciência e a responsividade do paciente: para isso, chamá-lo em voz alta, avalie sua respiração observando se há elevação do tórax em menos de 10 segundos.
02. Chamar por ajuda, solicitando que tragam o DEA (desfibrilador Automático);
03. Assim que o desfibrilador estiver disponível, posicionar as pás de adulto do desfibrilador no tórax desnudo e seco do paciente.

1º funcionário

04. Verificar ausência de pulso (durante cinco a 10 segundos). O pulso deve ser verificado sempre na artéria carótida, do mesmo lado em que o reanimador se encontra.
05. Verificar ausência de pulso (durante cinco a 10 segundos). O pulso deve ser verificado sempre na artéria carótida, do mesmo lado em que o reanimador se encontra.
06. SE EXISTIR PULSO e a vítima não está respirando ou respira anormal (respiração agônica), realize uma ventilação a cada 5 a 6 segundos (aproximadamente 10 a 12 ventilações por minuto) através do ambu conectado a uma fonte de oxigênio.
07. SE NÃO EXISTIR PULSO: iniciar as compressões torácicas.

Compressões torácicas

- ▶ Posicionar a vítima corretamente em decúbito horizontal dorsal em superfície plana;
- ▶ Despir o tórax do paciente e realizar a monitorização cardíaca;
- ▶ O local das compressões se faz nos dois terços inferiores do esterno. Para colocar as mãos, ache o gradeado costal e siga - o. Coloque o dedo médio no ponto de união entre o apêndice xifoide e o esterno, e o indicador imediatamente ao lado. As regiões tênar e hipotênar da outra mão são colocadas sobre o eixo maior do esterno. A primeira mão vai sobre a outra, mas nunca devem tocar o gradeado costal.
- ▶ Manter os braços estendidos e os ombros perpendiculares ao tórax do paciente;
- ▶ Comprima na frequência de, no mínimo, 100 a 120 compressões/Minuto;
- ▶ Comprima com profundidade de, no mínimo, 5 a 6 cm;
- ▶ Permita o retorno completo do tórax após cada compressão, sem retirar o contato das mãos com o mesmo;

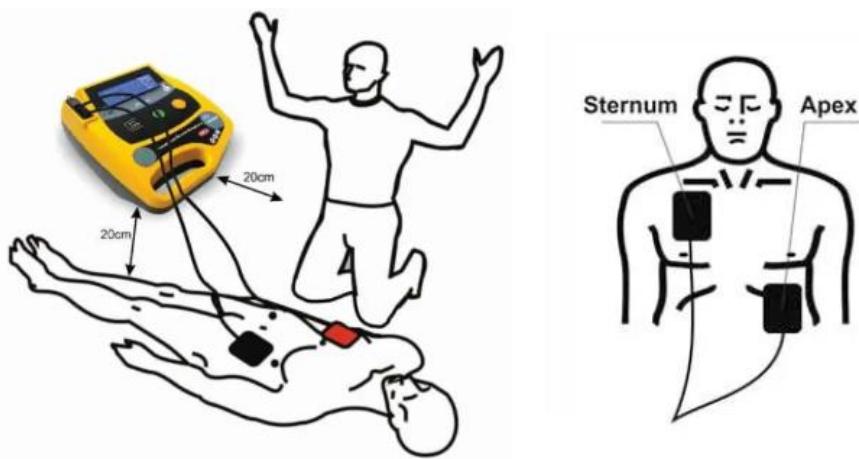
- ▶ Reveze com outro funcionário, a cada dois minutos, para evitar a fadiga e compressões de má qualidade.

2º Socorrista

09. Retirar próteses dentárias se houver e realizar aspiração de secreções da cavidade nasal e oral se necessário;
10. Abrir as vias aéreas (usar o método de hiperextensão da cabeça: com uma mão na testa, e dois dedos da outra mão elevando o mento do paciente); se houver suspeita de lesão cervical realizar manobra de elevação do ângulo da mandíbula.
11. Ventilar o paciente com AMBU COM MÁSCARA E OXIGÊNIO a 100% com cerca de 10 litros/minuto.
 - ▶ Ajustar adequadamente a máscara na face do paciente.
 - ▶ Ventilação com ambu com 1 pessoa. Segure a máscara facial do ambú faça uma letra “C” com o dedo indicador e polegar de uma mão, com a outra mão ventila o paciente.
 - ▶ Cada ventilação com o ambú deve ser efetuada durante 1 segundo, com uma pausa de 3 a 4 segundos entre uma ventilação e outra;
 - ▶ Observar a expansão do tórax.
 - ▶ CICLO: 30 massagens e 2 ventilações (caso tenha 2 socorristas).
12. Após um minuto (5 ciclos 30:2) deve-se verificar novamente o pulso, a partir daí, verificá-lo a cada três a cinco minutos.

3º funcionário

13. Assim que o DEA estiver disponível, posicionar as pás de adulto do desfibrilador no tórax desnudo e seco do paciente.



14. Se for indicado o choque, mantenha-se afastado da vítima e se certifique para que ninguém esteja encostado ou muito perto dela e do DEA antes de apertar o botão. Então, realize as compressões torácicas no ritmo do beep.
15. Ritmo **NÃO CHOCÁVEL** (assistolia, atividade elétrica sem pulso):

16. Preparar o material para intubação e entregá-lo montado e testado para o médico que irá intubar.
17. Realizado a ressuscitação cardiopulmonar com sucesso encaminhar o paciente imediatamente a uma unidade hospitalar conforme orientação médica.
18. Lavar as mãos;
19. Anotar no prontuário do paciente: horário da parada, tempo de reanimação e intercorrências;
20. Recolher o material e repor o material usado do carrinho de emergência.

3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS QUADROS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

Definição:

- ▶ O termo Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) deve ser utilizado quando há oclusão completa do vaso ocasionando necrose miocárdica;

Resultados esperados:

- ▶ Preservar a função miocárdica e evitar complicações;
- ▶ Manter estabilidade hemodinâmica.

Observações gerais:

- ▶ Promover e manter o conforto do paciente;
- ▶ Acomodar o paciente no leito em posição semi-fowler;
- ▶ Manter monitorização cardíaca rigorosa, oximetria de pulso e sinais vitais;
- ▶ Manter a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada;
- ▶ Instalar oxigenoterapia conforme prescrição médica;
- ▶ Controle da perfusão periférica e coloração das mucosas;
- ▶ Assegurar a permeabilidade das vias venosas (garantir 1 ou 2 acessos venosos calibrosos e seguir orientação médica);
- ▶ Avaliar nível de consciência;
- ▶ Medir a glicemia capilar;
- ▶ Seguir o PGS de emergência e protocolos descritos nele;

Material necessário:

- ▶ 1 Monitor cardíaco;
- ▶ 1 Oxímetro de pulso;
- ▶ 1 Desfibrilador cardioversor ou DEA
- ▶ 1 Cateter nasal ou máscara de venture;
- ▶ 1 Estetoscópio;
- ▶ 1 Esfigmomanômetro;
- ▶ 1 Termômetro;
- ▶ 1 Par de luvas de procedimento;
- ▶ Maleta de emergência;

- ▶ Material para intubação endotraqueal;
- ▶ Prontuário e evolução de enfermagem;
- ▶ Prescrição médica;

Descrições das ações:

01. Acomodar o paciente, elevar a cabeceira em 45º;
02. Instalar monitorização cardíaca, observando rigorosamente alterações no traçado cardíaco, oximetria de pulso e sinais vitais;
03. Administrar oxigênio por cateter nasal ou máscara de venture, na presença de hipoxemia, para manter SPO2 acima de 90%, conforme prescrição médica;
04. Administrar medicamentos prescrito pelo médico;
05. Seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem;
06. Lavar as mãos;
07. Realizar anotações de enfermagem e possíveis intercorrências;
08. Realizar reposição dos materiais gastos;

3.3 DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES EM EQUIPAMENTOS MÉDICOS HOSPITALARES E DA AMBULÂNCIA

Definição:

- ▶ Compreende a limpeza, desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas ou setores.
- ▶ As superfícies nos serviços de saúde compreendem: mobiliários, pisos, paredes, divisórias, portas e maçanetas, tetos, janelas, equipamentos para saúde, bancadas, pias, macas, etc.
- ▶ A enfermagem é responsável pela desinfecção de macas, leito do paciente, bancadas, equipamentos entre outros nos postos de trabalho.

Resultados esperados:

- ▶ Reduzir o número de casos de infecção;
- ▶ Retirar de superfícies e artigos substâncias patógenas;
- ▶ Diminuir disseminação de bactérias em meio hospitalar.

Cuidados especiais:

- ▶ Lavagem das mãos e utilização de EPIs antes de qualquer procedimento;
- ▶ A higienização das mãos é fundamental para impedir a transmissão de microrganismos do ambiente para o paciente e vice-versa (contato direto e indireto);
- ▶ Tempo de limpeza e / ou desinfecção de superfícies e equipamentos médico-hospitalares.
- ▶ Todo álcool aberto deve ser identificado e deve ser bem fechado.

- Sempre ter em mãos a FISPBQ (Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos) do álcool 70%. Este produto é inflamável devendo ser manipulado com segurança.

SUPERFÍCIES E EQUIPAMENTOS	TEMPO
Armário, escaninhos e bancadas (postos de enfermagem)	Uma vez ao dia e sempre que necessário/ Horário da noite e madrugada.
Unidade do paciente: maca, suporte de soro (limpeza concorrente)	Uma vez ao dia e sempre que necessário
Equipamentos Médico-Hospitalares (monitores)	A cada 12 horas e sempre que necessário
Ambulância	Todo final de semana ou sempre que necessário

Material necessário:

- 1 par de luvas de procedimento;
- Água potável;
- Sabão;
- Panos para limpeza;
- Álcool a 70%.

Descrições das ações:

Armários, escaninhos e bancadas (posto de enfermagem)

01. Procedimento a ser executado pelos funcionários do setor;
02. Reunir o material e levá-lo próximo a superfície a ser feita a Limpeza e/ou Desinfecção;
03. Calçar luvas de procedimento;
04. Realizar a limpeza das partes internas e externa com água e sabão ou detergente. Enxaguar e secar. Friccionar com álcool a 70%;
05. Lavar as mãos.

Unidade do paciente: maca, colchão, suporte de soro, mesa auxiliar (limpeza concorrente), ambulância

06. Procedimento a ser realizado preferencialmente no período noturno e madrugada ou quando necessário, deverá ser executado pelos técnicos de enfermagem;
07. Reunir o material e levá-lo próximo a superfície a ser feita a Limpeza e/ou Desinfecção;
08. Calçar luvas de procedimento;
09. Realizar a limpeza das partes com agua e sabão ou detergente. Friccionar com álcool a 70%;

10. Realizar a limpeza com água e sabão ou detergente, retirando excesso com pano úmido, com o cuidado ao manusear os aparelhos, atentando-se a não entrar agua na face interna, para que não haja danificação do aparelho. Friccionar com álcool a 70%. Não utilizar álcool em acrílico.
11. Lavar as mãos.

3.4 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Definição:

- ▶ As anotações de enfermagem constituem todo registro de informações a respeito do paciente, as observações feitas sobre o seu estado de saúde, os procedimentos executados e as avaliações realizadas durante a assistência de enfermagem.
- ▶ Requisitos básicos para as anotações de enfermagem:
Exatidão;
Veracidade;
Legibilidade;
Anotação imediata;
Identificação legal.

Resultados esperados:

- ▶ Fornecimento de informações relevante para a qualidade da assistência, para a salvaguarda das ações dos profissionais de enfermagem e para a autonomia profissional.

Observações gerais:

- ▶ O registro não deve conter informações que levem a dupla interpretação dos fatos;
- ▶ Deve ser elaborado com terminologia correta, adequada a cada situação, sem utilizações de jargões e abreviaturas não oficiais;
- ▶ Possuir identificação do cliente (nome completo, nº do registro/ internação, setor, quarto, data, hora, leito);
- ▶ Proibido espaços em branco e rasuras;
- ▶ Em casos de engano utilizar a palavra “digo” entre vírgulas;
- ▶ Não usar corretivos líquidos. Não riscar, molhar ou manchar o impresso;
- ▶ Utilizar canetas azul (dia) ou vermelha (noite);
- ▶ Evitar expressões como hábitos fisiológicos normais, sem anormalidades, sem intercorrência, sem queixas;
- ▶ Realizar a anotação com letra legível;
- ▶ As anotações devem ser descritivas e não interpretativas;
- ▶ O registro deve ser feito de forma clara, objetiva, com data e horário específico e com identificação (nome do profissional e carimbo);
- ▶ Anotar informações subjetivas, problemas, preocupações do cliente, sinais e sintomas, eventos ou mudanças significativas do estado de saúde, cuidados prestados, ação e efeito das intervenções de enfermagem baseadas no plano de cuidados e nas respostas apresentado;

Material necessário:

- ▶ Impressos;
- ▶ Canetas (azul ou vermelha);
- ▶ Carimbo.

Descrições das ações:

01. Avaliar o paciente verificando se há algum sinal ou sintoma, queixas, problemas, eventos ou mudanças significativas do estado de saúde;
02. Definir qual impresso será realizado a anotação de enfermagem;
03. Verificar se o impresso contém os dados do paciente e a data;
04. Iniciar a anotação sempre com data e horário, restringindo-se a anotações relacionadas apenas ao paciente;
05. Escrever de maneira incisiva, precisa, concisa, legível, completa, correta, objetiva e clara, observando a ortografia, caligrafia e redação;
06. Utilizar termos técnicos por extenso;
07. Anotar as principais informações do paciente para cada momento especificados abaixo;
08. Atendimento Ambulatorial
 - ▶ Condições da chegada, presença de acompanhante ou responsável;
 - ▶ Quadro clínico e histórico do motivo do atendimento;
 - ▶ Nível de consciência (orientado, sonolento);
 - ▶ Alergias;
 - ▶ Queixas;
 - ▶ Orientações prestadas;
 - ▶ Em caso de ocorrências descrever a local exato da ocorrência, horário;
 - ▶ Cartão vacina.
 - ▶ Sinais Vitais.

3.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS QUADROS DE CHOQUE HIPOVOLêmICO

Definição:

- ▶ Choque hipovolêmico é a redução absoluta e geralmente súbita do volume sanguíneo circulante em relação à capacidade do sistema vascular;

Resultados esperados:

- ▶ Corrigir o volume, restabelecer o tônus vascular, manter a oxigenação do paciente, evitar o gasto de energia, prevenir complicações e combater a causa básica do choque.

Observações gerais:

- Controle rigoroso da pressão arterial (PA);
- Reposição dos volumes dos líquidos perdidos: SF a 0,9% e ringer simples ou lactato – perda de água e eletrólitos ou para complementação da reprodução volêmica.
- Pacientes cardiopatas e idosos a infusão de soluções deve ser lenta e cuidadosa, para evitar sobrecarga de volume com consequente edema pulmonar;
- O uso excessivo de solução salina (soro fisiológico) pode contribuir para o desenvolvimento da acidose metabólica hiperclorêmica.

Critérios e tipos de choque:

SINAIS	HIPOVOLÉMICO	NEUROGÉNICO	CARDIOGÉNICO	SÉPTICO
Temperatura da pele	fria, úmida, pegajosa	quente, seca	fria, úmida, pegajosa	fria, úmida, pegajosa
Coloração pele	pálida, cianose	rosada	pálida, cianose	pálida, rendilhada
Pressão arterial	normal ou diminuída	normal ou diminuída	normal ou diminuída	normal ou diminuída
Nível de Consciência	alterado	alerta, lúcido, orientado	alterado	alterado
Enchimento Capilar	> 2 seg	normal: < 2 seg	> 2 seg	> 2 seg
Frequência Cardíaca	aumentada	diminuída	aumentada	aumentada

Classificação do choque hipovolêmico:

	CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III	CLASSE IV
Quantidade de sangue perdido (% volume)	< 750 mL (< 15%)	750-1500mL (15-30%)	1500-2000mL (30-40%)	> 2000mL (> 40%)
Frequência cardíaca	< 100	100-120	120-140	> 140
Frequência ventilatória	14-20	20-30	30-40	>35
PA arterial	normal	normal	diminuída	diminuída
SNC/estado mental	ansiedade discreta	ansiedade leve	ansiedade, confusão	confusão, letargia

Material necessário:

- 1 Monitor cardíaco, oximetria de pulso;
- 1 Cateter nasal ou máscara de oxigênio para oxigenoterapia se necessário;
- Material para punção venosa;
- Pares de Luvas de procedimento;
- Maleta de emergência;
- Impresso de prescrição médica, anotações de enfermagem,

Descrições das ações:

Após verificação dos sinais indicativos de choque (*pressão arterial decrescente, taquicardia, pele fria e úmida, palidez, sede, oligúria, hiperpneia, sonolência, torpor, hipotermia, taquipneia, hipotensão*),

comunicar imediatamente o médico e enfermeiro da unidade, logo após proceder com as ações abaixo:

01. Observar se há hemorragia e estancá-la imediatamente;
02. Fornecer oxigênio suplementar por meio de cateter nasal ou máscara de oxigênio conforme prescrição médica;
03. Manter vias aéreas permeáveis;
04. Seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem;
05. Se for possível pode- se obter acessos venosos periféricos calibroso para instalar infusão EV conforme prescrição médica;
06. Manter o paciente aquecido;
07. Realizar anotação de enfermagem;

3.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS QUADROS DE CHOQUE ANAFILÁTICO

Definição:

- ▶ Choque anafilático é uma forma mais grave de reação de hipersensibilidade, desencadeada por diversos agentes como drogas, alimentos, medicamentos entre outros;

Resultados esperados:

- ▶ Estabilizar o paciente e reverter o quadro de anafilaxia.

Observações gerais:

- ▶ Anafilaxia é altamente provável quando preencher qualquer um dos 3 critérios a seguir.

1ºCritério

- ▶ Doença de início agudo (minutos a horas), com envolvimento de pele e/ou mucosas (urticária, prurido ou rubor, inchaço de lábios, língua ou úvula) e pelo menos mais uma das condições a seguir: acometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia); e redução da pressão arterial ou sintomas relacionados à disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia, incontinência).

Obs.: presente em 80% dos casos.

2ºCritério

- ▶ Dois ou mais dos seguintes fatores (minutos a horas) após exposição a um provável alérgeno: envolvimento de pele e/ou mucosas; comprometimento respiratório; redução da pressão arterial ou sintomas associados à disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia, incontinência); e sintomas gastrointestinais persistentes (dor abdominal, diarreia, vômitos).

3ºCritério

- ▶ Redução da pressão arterial (minutos a horas) após exposição a alérgeno conhecido para o paciente: PA sistólica menor que 90mmHg ou queda maior que 30% da pressão basal do paciente.
- ▶ O choque vasogênico (distributivo) da anafilaxia podem necessitar de ressuscitação fluídica mais agressiva.

- ▶ Nesses casos seguir rigorosamente a orientação médica, e os protocolos abordados no PGS de emergência.

Material necessário:

- ▶ 1 Monitor multiparamétrico;
- ▶ 1 Maleta de emergência;
- ▶ 1 par de luvas de procedimento;
- ▶ 1 esfigmomanômetro;
- ▶ 1 estetoscópio.
- ▶ 1 termômetro;
- ▶ O2 suplementar se necessário;
- ▶ Kit para intubação orotraqueal se solicitado pelo médico;
- ▶ Material para punção venosa;
- ▶ Prescrição médica e evolução de enfermagem.

Descrições das ações:

01. Observar se o paciente está com sinais de choque anafilático como edema de glote, urticária, dispneia, pele pálida fria e úmida, pulso rápido e fino, tontura confusão mental e perda da consciência etc.
02. Suspender, se possível, a exposição ao provável agente desencadeante;
03. Preservar a permeabilidade das vias aéreas;
04. Comunicar imediatamente ao médico e enfermeiro sobre o estado do paciente e aguardar orientações;
05. Colocar o paciente em decúbito dorsal e elevar membros inferiores;
06. Se ocorrer rouquidão, edema lingual, estridor, edema de orofaringe ou angioedema, verificar com médico a conduta a seguir;
07. Manter o paciente lateralizado;
08. Manter vias aéreas permeáveis, administrar O2 suplementar por meio de cateter nasal ou máscara de oxigênio se necessário;
09. Administrar medicamento conforme prescrição médica;
10. Seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem;
11. Registrar os procedimentos e as reações no prontuário

3.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM CRISE CONVULSIVA

Definição:

- ▶ Convulsão é um distúrbio que se caracteriza pela contratura muscular involuntária de todo o corpo ou de parte dele, provocada por aumento excessivo da atividade elétrica em determinadas áreas cerebrais

Resultados esperados:

- ▶ Estabilizar o paciente interrompendo o processo de crise convulsiva.
- ▶ Evitar danos físico e garantir a segurança do cliente;
- ▶ Evitar broncoaspiração.

Observações gerais:

- ▶ Sempre comunicar ao médico e enfermeira;
- ▶ Observar rebaixamento de nível de consciência;
- ▶ Nunca force a introdução de qualquer objeto entre as arcadas dentárias do paciente durante uma crise convulsiva;
- ▶ Não administrar nenhuma medicação por via oral;
- ▶ Após a crise convulsiva, coloque o paciente em posição de recuperação (decúbito lateral) para evitar broncoaspiração e promover drenagem;
- ▶ Permanecer ao lado do paciente durante toda a crise convulsiva;
- ▶ **Sinais e sintomas** Súbita perda da consciência, acompanhada de contrações musculares involuntárias, cianose, sialorreia, lábios e dentes cerrados. Eventual liberação esfíncteriana caracterizada por incontinência fecal e urinária.
- ▶ **Na fase pós-convulsiva:** sonolência, confusão mental, agitação, flacidez muscular e cefaleia, sinais de liberação esfíncteriana, informação de pessoa que presenciou o evento.
- ▶ A crise convulsiva ou epiléptica pode ser uma manifestação de um processo patológico sistêmico reversível ou de uma disfunção inerente ao Sistema Nervoso Central.
- ▶ **O estado de mal epiléptico** é a ocorrência de crises epilépticas prolongadas (acima de 5 minutos) ou repetitivas, persistindo por 30 minutos ou mais, que não permitem a recuperação da consciência entre os eventos.
- ▶ É recomendado que as condutas para estado de mal epiléptico sejam adotadas após 5 minutos contínuos de crise ou na ocorrência de duas ou mais crises intermitentes, sem recuperação da consciência entre elas, tendo em vista o risco de danos ao SNC.
- ▶ A “**Crise generalizada tônico-clônica**” (CGTC) raramente ultrapassa 5 minutos de duração e é a mais comum das manifestações.
- ▶ Anotar sempre a frequência, a duração e as características da crise, quando presenciadas ou obter junto aos circundantes e/ou testemunhas quando a crise não for presenciada pela equipe.
- ▶ Cuidado com medidas intempestivas para evitar a mordedura da língua e lesões dentárias, com consequente hemorragia potencialmente perigosa.

Material necessário:

- ▶ 1 esfigmomanômetro;

- ▶ 1 estetoscópio;
- ▶ 1 par de luvas de procedimento;
- ▶ 1 cateter tipo óculos ou Máscara de Venturi;
- ▶ 1 umidificador;
- ▶ 1 extensão de látex;
- ▶ 1 sonda para aspiração;
- ▶ 1 aspirador;
- ▶ 1 sonda para aspiração;
- ▶ 1 termômetro;
- ▶ O2 suplementar;
- ▶ Prepara o paciente para remoção ao atendimento médico externo.

Descrições das ações:

01. Retirar objetos perigosos próximo do paciente; Proteger a cabeça e o corpo do paciente contra lesões;
02. Lateralizar a cabeça prevenindo broncoaspiração; Afrouxar roupas apertadas;
03. Oxigenar o paciente evitando lesão neurológica;
04. Cronometrar o tempo de crise convulsiva e seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem;
05. Aferir os sinais vitais se possível;
06. Puncionar acesso venoso e instalar infusão venosa conforme prescrita pelo médico;
07. Preparar medicação anticonvulsivante para ser administrada conforme prescrição médica;
08. Aspirar secreção oral/ traqueal quando necessário;
09. Avaliar os fatores desencadeantes tais como ansiedade, privação do sono, febre, hiperventilação;
10. Oferecer conforto e tranquilidade após a crise convulsiva;
11. Examinar o paciente em busca de sinais de lesão após a crise;
12. Lavar as mãos;
13. Anotar a hora de início e a duração, todos os procedimentos realizados e sinais e sintomas;

Desvios/ Ações corretivas:

► Hipóxia, isquemia, aspiração pulmonar, sialorreia, hipoglicemia, febre

Manter a permeabilidade das vias aéreas e oferecer oxigênio conforme prescrição médica ;
Lateralizar a cabeça para reduzir o risco de aspiração;
Reducir a temperatura, administrar antitérmicos nos casos de febre conforme prescrição médica .
Obter acesso venoso periférico de boa perfusão, conforme prescrição médica;
Verificar se há necessidade de aspiração de vias aéreas superiores.
Realizar glicemia capilar para controle dos níveis glicêmicos, conforme prescrição médica;
Observar padrão respiratório.

► Sangramento

Conter o sangramento se for o caso.

3.8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA APLICAÇÃO DE COMPRESSA FRIA

Resultados esperados:

- Diminuir hipertermia, diminuir dor e conter edema e hematoma. Diminuir a inflamação por meio da redução do fluxo sanguíneo.

Material Necessário:

- Bolsa plástica ou térmica;
► Gelo ou água gelada;
► Compressa ou lençóis.

Descrição das ações:

01. Comunicar ao médico e a enfermeira sobre a hipertermia do paciente;
02. Verificar a prescrição do paciente;
03. Verificar se não há vazamento;
04. Testar a temperatura da luva/bolsa térmica no seu próprio braço;
05. Envolver a luva/bolsa térmica em compressa ou lençol;
06. Aplicar na região indicada;
07. Manter a compressa fria ou bolsa de gelo.
08. Acompanhar o procedimento;
09. Registrar na evolução de enfermagem / checar na prescrição.

3.9 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA COLETA DE URINA PARA EXAME DE FLUORETO PRÉ E PÓS JORNADA

Definição: Fluoreto Urinário é um exame realizado para empregados expostos, a amostra é coletada no pré e pós jornada para identificar a substância “Fluoreto” na urina.

Resultados esperados:

- ▶ Coletar urina do empregado no primeiro dia de trabalho e no quarto dia de trabalho para realização de exames laboratoriais e medição de flúor na urina.

Material Necessário:

- ▶ Luvas de procedimento;
- ▶ Caixa de isopor;
- ▶ Frascos para coleta de urina (todos devem estar identificados com a data da coleta, nome, matrícula do empregado)

Descrição das ações:

01. Colher urina após retenção urinária de 4 horas;
02. Fazer higiene da genitália com água e sabão, secar, desprezar o 1º jato de urina, coletar o jato médio em frasco próprio.
03. Retirar o uniforme antes da coleta;
04. Obrigatório colher em frasco de polietileno (frasco plástico).
05. Recomenda-se coletar no início e ao final da jornada de trabalho, após a 4ª jornada de trabalho da semana.
06. Identificar os frascos e enviar ao laboratório.

4.0 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS QUADROS DE EPISTAXE

Definição: Epistaxe é sangramento ou hemorragia nasal; Rinorragia.

Resultados esperados:

Conter o sangramento nasal prevenindo hemorragias extensas;

Observações gerais:

Sinais e Sintomas:

Sangramento nasal ativo, associado ou não as seguintes situações:

- ▶ história de trauma de face;
- ▶ introdução de corpo estranho em cavidade nasal; e
- ▶ uso de medicações anticoagulantes ou história de discrasia sanguínea.

Material Necessário:

- ▶ Compressa de gelo;

Descrição das ações:

01. Realizar avaliação primária com ênfase para:
 - ▶ Garantir permeabilidade das vias aéreas;
 - ▶ Manter cabeceira elevada;
 - ▶ Controlar sangramento através de compressão digital por 5 a 10 min; e
 - ▶ Aplicar compressa gelada no dorso nasal, se disponível.
02. Solicitar avaliação médica
03. Realizar avaliação secundária com ênfase para: identificar as principais causas.
04. Considerar a instalação de acesso venoso periférico conforme orientação médica.
05. Não retardar o transporte na dificuldade de obtenção de gelo.

No caso de sangramento incoercível, com instabilidade hemodinâmica, considerar o item 2.5.

4.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO TRABALHO DE PARTO NÃO EXPULSIVO

- ▶ **Definição:** Trabalho de Parto há a presença de contrações regulares em intervalos de 3 a 5 minutos com duração maior que 30 segundos e dilatação cervical entre 3 a 10 cm.

Resultados esperados:

Observações gerais:

- ▶ Gestação \geq 37 semanas; e Presença de contrações regulares em intervalos de 3 a 5 minutos, com duração maior que 30 segundos; e Ausência de partes fetais na vulva; e Dilatação cervical $>$ 3 cm e $<$ 10 cm.

Material Necessário:

- ▶ Kit de parto
- ▶ Relógio
- ▶ Ambulância tipo B

Descrição das ações:

01. Garantir privacidade para a paciente;
02. Comunicar imediatamente o médico e a supervisão de enfermagem;
03. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
04. Realizar avaliação primária;
05. Realizar avaliação secundária com ênfase para:

- ▶ Acionar o atendimento médico e caso a unidade não tenha, acionar o SAMU, colocar a gestante em posição confortável.
 - ▶ Perda vaginal atual: muco, líquido ou sangue;
 - ▶ Presença de contração uterina, frequência e duração;
 - ▶ Presença de comorbidades.
 - ▶ Verificação da altura uterina se idade gestacional desconhecida. Considerar altura do fundo uterino em cicatriz umbilical compatível com 20 semanas;
 - ▶ Inspeção da vulva (sangramentos, perdas líquidas e presença partes fetais);
 - ▶ Na presença de contrações regulares em intervalos de 3 a 5 minutos e com duração maior de 30 segundos associadas a idade gestacional >37 semanas e ausência de partes fetais na vulva: Realizar toque vaginal para identificação da dilatação do colo uterino (se > 3cm e < 10cm caracteriza-se o trabalho de parto não expulsivo)
06. Diante da caracterização do trabalho de parto não expulsivo, porém presença de contrações, seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem;
07. Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo ou posição mais confortável, sob aquecimento;
08. Manter atenção para a evolução do parto e a necessidade de assistência;
09. Seguir a determinação da conduta médica ou do supervisor de enfermagem;
10. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

4.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERÍODO EXPULSIVO

Definição: Período expulsivo é quando o RN está prestes a nascer.

- ▶ Idade gestacional \geq 22 semanas;
- ▶ Presença de contrações fortes e frequentes (duas ou mais em 10 minutos);
- ▶ Presença de puxos espontâneos;
- ▶ Sensação de pressão no períneo;
- ▶ Visualização da distensão perineal ou da apresentação fetal na vulva;
- ▶ Dilatação cervical completa.

Observações gerais:

- ▶ Os campos podem ser cirúrgicos ou de TNT, de acordo com a disponibilidade do serviço.
- ▶ Garantir contato pele a pele imediato e contínuo em situações de boas condições clínicas do RN.
- ▶ Não recomendar amamentação do RN até a chegada ao hospital.
- ▶ Considerar a presença de: apresentações distocias, síndrome hipertensiva, hemorragias e choque.

Material Necessário:

- ▶ Kit de parto

- ▶ Relógio
- ▶ Ambulância tipo B

Descrição das ações:

AVALIAÇÃO E PREPARAÇÃO PARA O PARTO

01. Garantir privacidade para a paciente;
02. Comunicar imediatamente o médico e a supervisão de enfermagem;
03. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
04. Realizar avaliação primária;
05. Realizar avaliação secundária com ênfase para:
 - ▶ Sinais vitais;
 - ▶ Anamnese obstétrica;
 - ▶ Realização de pré-natal;
 - ▶ Idade gestacional e/ou data provável do parto;
 - ▶ Histórico de paridade;
 - ▶ Perda vaginal atual;
 - ▶ Presença de contração uterina, frequência e duração;
 - ▶ Presença de comorbidades.
 - ▶ Verificação da altura uterina se idade gestacional desconhecida. Considerar altura do fundo uterino em cicatriz umbilical, compatível com 20 semanas;
 - ▶ Inspeção da vulva (presença de hemorragias, perdas líquidas e presença partes fetais);
06. Diante da caracterização do parto iminente, considerar a realização do parto conforme determinação médica e supervisão de enfermagem, estacionar a viatura e realizar os procedimentos de assistência;
07. Reunir material mínimo necessário para a realização do parto:
 - ▶ 2 Clamps
 - ▶ 1 Lâmina de bisturi ou tesoura estéril
 - ▶ 2 Pacotes de gaze estéril
 - ▶ 5 Compressas
 - ▶ 2 Sacos de plástico
 - ▶ 1 Par de pulseiras de identificação [mãe e recém-nascido (RN)]
 - ▶ 2 Mantas aluminizadas
 - ▶ 3 Campos (mínimo)
 - ▶ EPI: 2 pares de luva estéril; 2 pares de luva de procedimento; 1 avental descartável; máscara facial; luvas descartáveis e óculos de proteção

ASSISTÊNCIA AO PARTO IMINENTE

- ▶ Posição horizontal: decúbito dorsal horizontal com pernas e joelhos fletidos e afastados;
 - ▶ Posições não horizontais: cócoras ou Laborie-Duncan (decúbito dorsal elevado com maca verticalizada ao máximo, flexão e abdução dos membros inferiores);
 - ▶ Posição para pacientes com insuficiência cardíaca: decúbito lateral esquerdo com perna direita ligeiramente mais fletida que a esquerda e apoiada sobre a cama ou maca (posição de Sims);
01. Higienizar períneo com soro fisiológico (SF) 09%, gazes e compressas estéreis disponíveis;
 02. Trocar luvas de procedimento por luvas estéreis;
 03. Posicionar os campos sob os glúteos e abdome da paciente;
 04. Durante o avanço da apresentação:
 - ▶ Proteger o períneo com uma das mãos com ajuda de uma compressa;
 - ▶ Controlar o desprendimento súbito do polo céfálico com a outra mão;
 05. Avaliar a região do pescoço do RN para detectar a presença de circular de cordão umbilical. Em caso de presença de circular:
 - ▶ Se frouxa, liberar e desfazer com o dedo indicador;
 - ▶ Se tensa, clamppear em dois pontos e cortar entre eles;
 06. Acompanhar o desprendimento dos ombros. Na presença de distocia de ombro, seguir determinação de conduta médica ou do supervisor de enfermagem;
 07. Apoiar o RN lateralizado sobre o abdome da mãe, cobrindo-o com o campo, inclusive cabeça (exceto face) sem tracionar o cordão umbilical;
 08. Aguardar cerca de 1 a 3 minutos para clamppear o cordão, exceto em caso de sofrimento fetal, isoimunização ou comorbidades (como HIV positivo), quando a ligadura precoce do cordão umbilical deve ser realizada em até 30 segundos;
 09. Realizar o clampamento do cordão umbilical:
 - ▶ 1º clamp: 15 a 20 cm a partir do abdome do RN;
 - ▶ 2º clamp: 3 a 4 cm à frente do 1º clamp;
 - ▶ Cortar com lâmina de bisturi estéril entre os dois clamp umbilicais;
 10. Realizar identificação da mãe e do RN com pulseira com nome da mãe, sexo do bebê, hora de nascimento e data;
 11. Considerar o tempo de transporte na decisão do manejo da dequitação:
 - ▶ Nos casos de transporte para a Unidade de Saúde em tempo <30 min, acompanhar a dequitação espontânea ;

- ▶ Nos casos de transporte para a Unidade de Saúde em tempo >30min e a dequitação exceder mais de 30 minutos, realizar a tração controlada, de forma suave e contínua do cordão umbilical. Após a dequitação:
 - ▶ Realizar a manobra de Jacob-Dublin (rotação manual de placenta com membranas até sua extração completa) e revisão das membranas amnióticas e face materna placentária;
 - ▶ Acondicionar e identificar a placenta em saco plástico e transportá-la até a unidade de saúde;
- 12. Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito dorsal ou posição mais confortável sob aquecimento. Considerar as condições do RN para o transporte;
- 13. Realizar o encaminhamento conforme orientação médica e supervisão de enfermagem;
- 14. Registrar achados, procedimentos e condições do parto e RN na ficha/boletim de ocorrência. Preencher uma ficha/boletim de atendimento para a mãe e outra para o RN;

4.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM QUEIMADURAS QUÍMICAS E TÉRMICAS

Definição:

- ▶ Queimadura é toda lesão provocada pelo contato direto com alguma fonte de calor ou frio, produtos químicos, corrente elétrica, radiação, ou mesmo alguns animais e plantas (como larvas, água-viva, urtiga), entre outros.

Tipos:

- ▶ Queimaduras térmicas: são provocadas por fontes de calor como o fogo, líquidos ferventes, vapores, objetos quentes e excesso de exposição ao sol;
- ▶ Queimaduras químicas: são provocadas por substância química em contato com a pele ou mesmo através das roupas;
- ▶ Queimaduras por eletricidade: são provocadas por descargas elétricas.

Para queimadura química é indicado do uso do Diphoterine

▶ **Diphoterine Lis**

Ele é destinado para lavagem após projeção de produto químico nos olhos, sua melhor eficácia se dá quando iniciado a descontaminação dentro de 10 segundos.

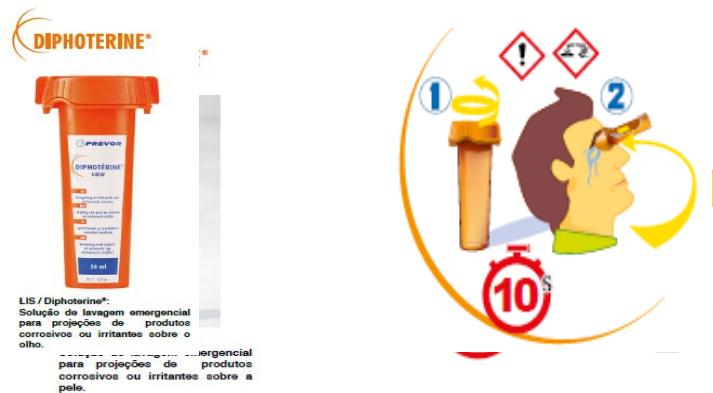
Recomenda-se no momento do acidente o uso total do conteúdo do frasco.

Se houve atraso no início da aplicação do diphoterine sua eficácia será reduzida.

Caso o primeiro atendimento já tenha sido realizado com agua , iniciar a descontaminação com diphoterine imediatamente.

► Diphoterine Mini Dap

Ele é destinado para lavagem após projeção de produto químico em qualquer parte do corpo, exceto olhos, sua melhor eficácia se dá quando iniciado a descontaminação dentro de 60 segundos. Recomenda-se no momento do acidente o uso total do conteúdo do frasco. Se houve atraso no início da aplicação do diphoterine sua eficácia será reduzida. Caso o primeiro atendimento já tenha sido realizado com agua , iniciar a descontaminação com diphoterine imediatamente.



► Diphoterine Dap

Ele é destinado para lavagem após projeção de produto químico em grande parte do corpo ou múltiplas vítimas, exceto olhos, sua melhor eficácia se dá quando iniciado a descontaminação dentro de 60 segundos. Recomenda-se no momento do acidente o uso total do conteúdo do frasco. Se houve atraso no início da aplicação do diphoterine sua eficácia será reduzida. Caso o primeiro atendimento já tenha sido realizado com agua , iniciar a descontaminação com diphoterine imediatamente.



Para queimaduras Térmicas e Químicas é indicado o uso do Burnn Free

► Burnn Free

Pode ser utilizado em queimaduras térmicas de primeiro e segundo grau, queimaduras solares e queimaduras químicas após a utilização do Diphoterine, obtém se muitos benefícios na aplicação deste produto nas queimaduras, pois ajuda a acalmar e tratar. Como “burn free” não é a base de óleo não reage com produtos químicos, tornando- o seguro para uso em queimaduras químicas sempre após o uso do diphoterine para maior eficácia no tratamento da lesão.



Observações gerais:

- **Diphoterine** não é um produto perigoso. Ele é utilizado para primeiros socorros em casos de contaminação química por produtos corrosivos ou irritantes.
- A exposição a este produto não causará danos adicionais.
- Tem seu registro na ANVISA/ Ministério da Saúde (Nº 80260810005), classificado como produto para a saúde/ correlatos médicos classe I e tem sido designado para reduzir ou evitar danos causados pela projeção de produtos químicos corrosivos irritantes na pele e nos olhos.
- Seu uso é indicado para o contato com produtos como amônia, ácido sulfúrico, soda entre outros.



LIS / Diphoterine®:
Solução de lavagem emergencial
para projeções de produtos
corrosivos ou irritantes sobre o
olho.



MINI DAP / Diphoterine®:
Solução de lavagem emergencial
para projeções de produtos
corrosivos ou irritantes sobre a
mão.



DAP / Diphoterine®:
Solução de lavagem emergencial
para projeções de produtos
corrosivos ou irritantes sobre a
mão.

Material necessário:

- ▶ 1 Diphoterine de acordo com a indicação acima;
- ▶ 1 Burnn free
- ▶ Pares de Luvas de procedimento;
- ▶ Maleta de emergência;

Descrições das ações:

Atendimento de primeiros socorros em queimaduras químicas com diphoterine e burnn free

1. Lavar as mãos antes e depois de qualquer procedimento com o paciente;
2. Orientar o paciente quanto aos procedimentos a serem realizados;
3. Calçar luvas de procedimento;
4. Observar a área extensão da lesão para escolha do diphoterine a ser utilizado;
5. Retirar vestimentas se possível (observar se as mesmas não estão aderidas a pele do paciente, caso esteja, não retirar)
6. Iniciar a aplicação do diphoterine de forma continua até promover o alivio da dor;
7. Proteger as lesões com compressa limpa embebida de diphoterine e/ou burnn Free;
8. Encaminhar o empregado para o ambulatório médico;
9. Comunicar ao Médico e Enfermeiro do Trabalho;
10. Após avaliação médica encaminhar empregado para o hospital de referência de acordo com orientação do médico do trabalho;
11. Manter o paciente em posição confortável e aquecido;
12. Realizar preenchimento da ficha de atendimento de ocorrência;

4.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM CASOS DE AMPUTAÇÕES TRAUMÁTICAS

Definição:

Amputação traumática: é a remoção accidental de um ou mais membros corporais

Observações gerais:

- ▶ Sempre comunicar o ocorrido ao médico e a enfermeira;

- ▶ Solicitar apoio aos brigadistas para localizar o membro amputado, porém não retardar o transporte na tentativa de localizar a parte amputada.
- ▶ Considerar os 3 “S” (Segurança da Cena, Segurança do Paciente, Biossegurança)
- ▶ Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas em outros segmentos.
- ▶ Na identificação deve constar, no mínimo:
 - nome do paciente (se disponível);
 - segmento ou parte amputada; e
 - data e hora do evento.
- ▶ Os cuidados com a parte amputada visam aumentar o tempo de viabilidade do segmento amputado em caso de eventual reimplante.
- ▶ devem permanecer no local para procurá-la e devem ser orientados quantos aos cuidados e à forma de
- ▶ transportá-la, sendo informados sobre o hospital de destino do paciente.

Material necessário:

- ▶ 1 caixa de isopor com um saco plástico grande;
- ▶ Gelo
- ▶ Compressas de gases;

Descrições das ações:

1. Proceder com a avaliação primária da vítima.
2. Controlar a Hemorragia (considerar uso do torniquete);
3. Evitar manipular a hemorragia que não sangra, pois pode haver rompimento do coágulo sanguíneo e desencadear nova hemorragia.
4. Cobrir com curativo limpo e seco;
5. Realizar a avaliação secundária da vítima;
6. Considerar reposição volêmica se houver risco de choque;
7. Realizar cuidados com a parte amputada, se possível:
 - realizar breve limpeza com ringer lactato;
 - envolver em gaze estéril umedecida com ringer lactato;
 - colocar em saco plástico e identificar;
 - colocar o saco plástico em outro recipiente com gelo (não colocar a parte amputada em contato direto com gelo); e
 - transportar o segmento amputado ao hospital adequado junto com o paciente.
8. Realizar a mobilização cuidadosa e a considerar necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.

4.5 HOSPITAIS DE REFERÊNCIA:

Os hospitais referenciados estão descritos no plano de atendimento a emergência e no PCMSO de cada unidade. (aguardando o número do PGS para colocar).