



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
CORONEL DOMINGOS SOARES**
ESTADO DO PARANÁ



MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS

Sala de emergência

Atualização 2025:

Enfermeira: Danieli Barbosa
Coren – PR 947-318

Novembro, 2025

Coronel Domingos Soares
2025

Avenida Araucária, 2.784 – (46) 3254-1011
Coronel Domingos Soares – Paraná
CEP.: 85.557-000

E-mail: sms_coroneldomingossoares@sesa.pr.gov.br

1





Sumário

Apresentação	3
Objetivos.....	5
POP 1- Acolhimento e classificação de risco	7
POP 2- Atendimento em situação de emergência	10
POP 3- Estabilização do paciente crítico	14
POP 4- Encaminhamento para serviços de referência.....	18
POP 5- Transporte de pacientes em ambulância.....	22
POP 6- Limpeza e descontaminação da ambulância.....	26
POP 7- Acidentes com materiais perfurocortantes	30
POP 8- Acidentes com material biológico	34
POP 9- Administração de medicamentos por Gastrostomia e Jejunostomia .	38
POP 10- Administração de medicamentos por SNE e SNG	41
POP 11- Administração de medicamento tópico	45
POP 12- Administração de medicamento por via Auricular.....	49
POP 13- Administração de medicamento por via Endovenosa (EV)	53
POP 14- Administração de medicamento por via Intradérmica (ID)	57
POP 15- Administração de medicamento por via Intramuscular (IM)	60
POP 16- Administração de medicamento por via Ocular	64
POP 17- Administração de medicamento por via Oral	69
POP 18- Administração de medicamento por via Retal	74
POP 19- Administração de medicamento por via Subcutânea (SC)	79
POP 20- Administração de medicamento por via Sublingual.....	83
POP 21- Verificação da saturação de oxigênio	89
POP 22- Aferição de temperatura corporal	95
POP 23- Aferição de Frequência Cardíaca (FC)	100
POP 24- Alinhamento e estabilização manual da coluna cervical	105
POP 25- Anteriorização da mandíbula.....	111
POP 26- Aplicação da escala de coma de Glasgow (ECG)	116
POP 27- Armazenamento, distribuição e inspeção de materiais	121
POP 28- Aspiração de vias aéreas	127
POP 29- Cateterismo vesical de alívio feminino	134
POP 30- Cateterismo vesical de alívio masculino	140



POP 31- Cateterismo vesical de demora feminino	146
POP 32- Cateterismo vesical de demora masculino	152
POP 33- Conferência de carrinho de emergência.....	158
POP 34- Atendimento a parada cardiorrespiratória (PCR)	165
POP 35- Eletrocardiograma (ECG)	173
POP 36- Imobilização dos membros com talas maleáveis	178
POP 37- RCP/SBV com DEA	183
POP 38- Instalação de colar cervical	189
POP 39- Instalação máscara de Oxigenioterapia com reservatório	195
POP 40- Lavagem Gástrica	201
POP 41- Lavagem Intestinal.....	206
POP 42- Lavagem Intestinal via Colostomia	211
POP 43- Preparo de medicamentos (ampolas, soluções e frascos com pó) ..	217
POP 44- sondagem Nasoenteral (SNE)	224
POP 45- sondagem Nasogástrica (SNG)	230
POP 46- Sutura	236
POP 47- Retirada de pontos	243
POP 48- Intubação Orotraqueal (IOT)	248
POP 49- Cardioversão elétrica	255
Referências	261



APRESENTAÇÃO

O atendimento de urgência e emergência é uma das atividades mais desafiadoras dentro dos serviços de saúde, pois exige respostas rápidas, decisões assertivas e trabalho integrado entre diferentes profissionais. Se destina aos pacientes que apresentam condições clínicas ou traumáticas que colocam em risco a vida, a função de órgãos vitais ou o bem-estar físico e mental. Dessa forma, o acolhimento humanizado, aliado à aplicação eficiente de protocolos e fluxos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, é essencial para garantir um cuidado seguro, equitativo e com qualidade.

No Brasil, os serviços de urgência e emergência fazem parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e envolvem diferentes níveis de atenção, desde as Unidades Básicas de Saúde com atendimento de primeiros cuidados e estabilização, até unidades especializadas como UPAS 24h, SAMU 192 e pronto socorro hospitalares. A integração entre essas esferas é crucial para garantir o fluxo adequado dos pacientes, evitando sobrecarga dos serviços e possibilitando o atendimento adequado conforme classificação de risco. A escuta qualificada e a classificação de risco são etapas fundamentais nesse processo, pois permitem priorizar os atendimentos de acordo com a gravidade do quadro.

O profissional de saúde que atua em ambientes de urgência e emergência precisa estar capacitado a reconhecer sinais de gravidade, intervir de forma rápida e aplicar corretamente os protocolos técnicos como os de parada cardiorrespiratória (PCR), politrauma, choque, intoxicações, crises convulsivas, entre outros. Além do conhecimento técnico, é indispensável que o atendimento seja feito com foco na segurança do paciente, comunicação clara e registro adequado em prontuário, assegurando que toda a equipe esteja alinhada às condutas e às intercorrências apresentadas.

Por fim, o atendimento em situações de urgência e emergência deve ser pautado em diretrizes nacionais, como a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), e na atuação em rede com outros serviços. O compromisso das equipes em manter-se atualizadas, além da elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) bem fundamentados, facilita a atuação segura, reduz o risco de erros, padroniza condutas e contribui para a melhoria contínua dos serviços de saúde. Como consequência, promove-



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
CORONEL DOMINGOS SOARES**
ESTADO DO PARANÁ



se um ambiente mais preparado para salvar vidas, reduzir sequelas e garantir o acesso com dignidade e respeito a todos os usuários.

Avenida Araucária, 2.784 – (46) 3254-1011
Coronel Domingos Soares – Paraná
CEP.: 85.557-000

E-mail: sms_coroneldomingossoares@sesa.pr.gov.br





OBJETIVOS

Padronizar as condutas e fluxos de atendimento em situações de urgência e emergência, visando garantir a assistência segura, eficaz, humanizada e em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e demais normativas vigentes.

Objetivos Específicos

1. Estabelecer critérios padronizados para identificação e classificação de risco dos pacientes em situação de urgência ou emergência.
2. Organizar o fluxo de atendimento de acordo com a gravidade do quadro clínico, garantindo agilidade na tomada de decisões.
3. Garantir que a equipe de saúde esteja capacitada para reconhecer sinais de gravidade e aplicar condutas protocoladas.
4. Promover atendimento humanizado, respeitando as necessidades específicas de cada paciente e familiares.
5. Reduzir riscos inerentes ao cuidado por meio da padronização de procedimentos e da comunicação eficiente entre equipes.
6. Assegurar o registro adequado de informações e intervenções realizadas durante o atendimento.
7. Facilitar o encaminhamento e articulação com outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) quando necessário.
8. Contribuir para a melhoria contínua dos processos assistenciais por meio da avaliação e atualização periódica do POP.



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</u>			 POP N°01
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Organização do acolhimento ao paciente e realização da classificação de risco conforme gravidade clínica, em ambiente de atendimento de urgência e emergência em Unidade de Saúde.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Organização do fluxo de atendimento conforme gravidade; redução de tempo de espera inadequado para atendimento de casos graves; atendimento mais humanizado, seguro e eficiente.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a todos os profissionais da equipe de saúde envolvidos no atendimento inicial de pacientes na Unidade, incluindo recepção, enfermagem e médicos.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): responsável principal pela classificação de risco e tomada de decisão inicial;➤ Técnico (a) de Enfermagem: pode auxiliar na aferição de sinais vitais;➤ Recepcionista: realiza cadastro pré-triagem e orientações iniciais.				
<p>MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Termômetro digital2. Esfigmomanômetro3. Estetoscópio				



4. Oxímetro de pulso
5. Pulseiras de identificação por cor
6. Planilha ou sistema digital de registro para triagem
7. Formulário de classificação de risco
8. Caneta/lápis
9. Relógio com marcador de segundos

DEFINIÇÃO: Acolhimento e classificação de risco é o processo de recepção e avaliação inicial dos pacientes para determinação da prioridade de atendimento com base no nível de risco clínico, utilizando protocolos validados com o objetivo de garantir assistência segura e oportuna.

Procedimento:

Recepção do usuário:

- Receber o paciente com uma postura acolhedora, apresentando-se e orientando sobre o fluxo de atendimento.

Identificação e Registro:

- Solicitar nome completo, data de nascimento e queixa principal; registrar no sistema ou ficha física.

Triagem inicial:

- Aferir sinais vitais (PA, FR, FC, temperatura, SpO2) e observar condições gerais (dor, nível de consciência, coloração da pele, dificuldade respiratória, etc.).

Classificação de risco:

- Aplicar protocolo validado, estabelecendo a cor do risco conforme o quadro clínico:
 - ✓ Vermelho: Emergência (atendimento imediato)
 - ✓ Laranja: Muita urgência (atendimento em até 10 min)
 - ✓ Amarelo: Urgência (em até 60 min)
 - ✓ Verde: Pouco urgente (120 min)
 - ✓ Azul: Não urgente (240 min)



Identificação visual:

- Relacionar pulseira de identificação com cor de risco e fixar no paciente.

Encaminhamento:

- Direcionar o paciente à sala de atendimento ou aguardar conforme prioridade.
- Pacientes classificados em vermelho ou laranja devem ser atendidos imediatamente.

Registro:

- Documentar todos os dados coletados e ações realizadas no prontuário.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Pacientes amarelos e verdes devem ser reavaliados periodicamente;
- Crianças, gestantes, idosos e portadores de deficiência devem receber atenção diferenciada e prioridade conforme sintomatologia;
- Registrar qualquer piora observada enquanto aguardam atendimento.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- A classificação deverá ser realizada por profissionais capacitados e habilitados conforme resolução do COFEN;
- Importante manter fluxo de comunicação claro com atendimento médico;
- A classificação de risco deve ser atualizada em tempo real no sistema ou planilha;
- Em caso de agitação ou risco de violência, acionar protocolo de segurança da unidade;
- Sempre garantir privacidade e escuta qualificada ao usuário.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ATENDIMENTO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA</u>			 POP N°02
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
ASSUNTO: Procedimento para atendimento imediato dos pacientes em situação de emergência, com risco iminente de morte, nas dependências da Unidade de Saúde.				
RESULTADOS ESPERADOS: Estabilização rápida de condições críticas; redução de sequelas ou mortalidade associada ao quadro; garantia de atendimento seguro e aumento da eficiência.				
APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a todos os profissionais da equipe de saúde da unidade, que participam do atendimento inicial de pacientes críticos.				
EXECUTANTES: <ul style="list-style-type: none">➤ Médico (a): responsável pela avaliação clínica, decisão terapêutica e coordenação do atendimento;➤ Enfermeiro (a): responsável pela supervisão do suporte de enfermagem, execução de procedimentos de estabilização e administração de medicações conforme prescrição;➤ Técnico (a) de Enfermagem: executa procedimentos técnicos sob supervisão do enfermeiro;➤ Condutor de ambulância: apoia remoção/encaminhamento se necessário.				
MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ol style="list-style-type: none">1. Monitor multiparamétrico (PA, FC, FR, SpO2);				



2. Oximetria de pulso portátil;
3. Desfibrilador externo automático (DEA) ou desfibrilador manual (se houver);
4. Material de acesso venoso: cateteres calibrosos (18G ou maior), equipo, SF 0,9%;
5. Kit de vias aéreas: cânula orofaríngea (Guedel), máscara laríngea, cânula de oxigênio, ambu;
6. Fonte de oxigênio (cilindro ou rede);
7. Carrinho de emergência completo e conferido diariamente;
8. Medicamentos de emergência: adrenalina, amiodarona, atropina, diazepam, fentanil, noradrenalina, etc. (segundo protocolo institucional);
9. Prancha rígida longa, colar cervical, talas para membros (em casos de trauma);
10. Luvas de procedimento e EPI complementares.

DEFINIÇÃO: Situação de emergência é aquela na qual o paciente apresenta risco imediato à vida ou sofrimento intenso, necessitando de intervenção imediata com base em protocolo clínico de suporte básico ou avançado de vida.

Procedimento:

Atenção: Priorizar a segurança de equipe e paciente - seguir protocolo ABCDE.

Avaliação Inicial e Segurança:

- Certifique-se de que o local é seguro para a equipe e o paciente.
- Realize a identificação inicial do paciente (quando possível).
- Verifique rapidamente o nível de consciência com o protocolo AVPU (Alerta, responde à Voz, responde à dor, Inconsciente).

Atendimento Primário – Protocolo ABCDE

❖ **A – Vias Aéreas:**

- Controle da coluna cervical e verificação da obstrução das vias.
- Realizar manobras de elevação do mento ou anteriorização da mandíbula.
- Se necessário, instalar cânula de Guedel.
- Em caso de suspeita de trauma, manter colar cervical desde o início.



❖ **B – Respiração:**

- Avaliar esforço, expansão torácica, FR, SpO₂.
- Iniciar oxigenoterapia (cateter, máscara com reservatório ou Ambu), conforme demanda.
- Tratamento imediato em casos de pneumotórax hipertensivo ou afogamento (segundo protocolo).

❖ **C – Circulação:**

- Checar pulso central e periférico, pressão arterial, perfusão capilar.
- Iniciar acesso venoso calibroso ($\geq 18G$).
- Administrar SF 0,9% ou ringer lactato conforme sinais de choque.
- Controlar sangramento com curativo compressivo, torniquete ou bandagem.

❖ **D – Desabilidade:**

- Estado neurológico: Avaliar pupilas, resposta motora, Glasgow (ECG).
- Verificar glicemia capilar imediatamente.

❖ **E – Exposição:**

- Expor o paciente para avaliação completa.
- Controlar o ambiente e previna hipotermia.

Suporte Clínico Avançado:

- Realizar administração de medicações de emergência conforme protocolo (ex.: adrenalina, amiodarona).
- Proceder com desfibrilação em caso de parada cardiorrespiratória (PCR).
- Realizar intubação orotraqueal se necessário e se houver profissional habilitado.

Registro do Atendimento:

- Documentar horário, sinais vitais, condutas realizadas e evolução.
- Preencher formulário de emergência e ficha de atendimento individualizada.
- Notificar intercorrências ou agravos (ex.: acidentes, violência) no sistema de vigilância próprio.



Encaminhamento (se necessário):

- Acionar equipe de transporte (ambulância)
- Acionar local de referência em Palmas – PR via regulação de encaminhamento por WhatsApp ou documentação.
- Acompanhar remoções graves com profissional de saúde e comunicar familiares sobre evolução e transferência.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Conferir diário do carrinho de emergência e equipamentos críticos;
- Manter treinamento regular em suporte básico e avançado de vida conforme COFEN/COREN;
- Considerar protocolos de proteção (EPI) em casos suspeitos de doenças infectocontagiosas;
- Priorizar comunicação clara e precisa entre equipe de atendimento.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- A equipe deve realizar simulações periódicas de atendimento de PCR e emergências.
- Indicar no prontuário condutas e horários detalhados (ex.: medicações, resposta).
- Reforçar o treinamento dos profissionais no uso do DEA da unidade.
- Solicitar apoio de SAMU quando a situação necessitar remoção avançada.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	<p style="text-align: center;">NORMAS E PROCEDIMENTOS</p> <p style="text-align: center;">SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p> <p style="text-align: center;"><u>ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE CRÍTICO</u></p>			<p style="text-align: center;">POP N°03</p>
	<p>Data Emissão: 17/11/2025</p>	<p>Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026</p>	<p>Próxima Revisão: 17/11/2026</p>	<p>Versão N° 01</p>
<p>ASSUNTO: Procedimento para estabilização clínica de pacientes críticos atendidos na unidade de saúde antes de transferência para serviço de referência.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Estabilização rápida de condições críticas; redução de sequelas ou mortalidade associada ao quadro; garantia de atendimento seguro até transferência definitiva; aumento da eficiência e padronização das condutas multiprofissionais.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a profissionais de saúde da unidade (enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem), equipe administrativa, condutores/socorristas e agentes da regulação de vagas.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Médico (a): responsável pela avaliação clínica, decisão terapêutica e coordenação do atendimento;➤ Enfermeiro (a): responsável pela supervisão do suporte de enfermagem, execução de procedimentos de estabilização e administração de medicações conforme prescrição;➤ Técnico (a) de Enfermagem: executa procedimentos técnicos sob supervisão do enfermeiro;➤ Conductor de ambulância: apoia remoção/encaminhamento se necessário.				



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Monitor multiparamétrico
2. Oxímetro de pulso
3. Cateteres periféricos calibrosos (16G, 18G)
4. Solução fisiológica 0,9% e Ringer lactato
5. Material de ventilação (ambu, máscara reservatório, cânula de Guedel)
6. Kits de acesso venoso e intraósseo
7. Cânulas orofaríngeas e nasofaríngeas
8. Medicamentos de estabilização imediata (adrenalina, noradrenalina, vasopressores, anticonvulsivantes)
9. Colar cervical, prancha rígida, talas
10. Termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro
11. Material de imobilização, hemostasia e curativo.

DEFINIÇÃO: DEFINIÇÃO: A estabilização é o conjunto de ações e intervenções imediatas realizadas com o objetivo de manter ou recuperar as funções vitais de pacientes em condições críticas, permitindo sua sobrevivência até a transferência para atendimento de maior complexidade.

Procedimento:

Avaliação Inicial

- Certificar de que o ambiente está seguro.
- Verificar identificação, etiqueta de risco e histórico clínico breve;
- Realizar nova avaliação ABCDE (ver POP 02).

Via Aérea e Respiração

- Sem resposta? Instalar cânula de Guedel ou considerar IOT se médico presente.
- Em obstrução visível: aspirar ou remover corpo estranho.

Ventilação:

- Iniciar oxigenoterapia de alto fluxo (máscara com reservatório).



- Se FR < 8 ou > 30 rpm, iniciar ventilação com ambu.
- Considerar uso de ventilação assistida até garantir transporte.

Circulação e Perfusão:

- Rever PVC, FC, PA, enchimento capilar.
- Instalar um ou dois acessos venosos calibrosos ($\geq 18G$).
- Iniciar reposição volêmica com SF 0,9% (bolus 500 mL em 15 min – conforme quadro clínico).
- Se hipotensão persistente, considerar vasopressores (ex.: noradrenalina).
- Hemorragia externa? Compressão imediata ou curativo compressivo.

Controle Neurológico:

- Avaliar Escala de Glasgow (ECG).
- Checar glicemia capilar e corrigir hipo/hiperglicemia conforme protocolo.
- Se convulsão: administrar anticonvulsivante (Diazepam EV ou midazolam, conforme prescrição).

Controle da Temperatura e Exposição:

- Cobrir paciente para evitar hipotermia.
- Avaliar trauma oculto (sangramento interno, extremidades frias).
- Remover roupas apenas se necessário.

Medicações de Emergência (conforme protocolo médico):

- PCR: Adrenalina 1 mg a cada 3–5 min;
- Choque séptico: Noradrenalina (titulada conforme PA);
- Edema agudo de pulmão: Furosemida, morfina, nitroglicerina conforme PA;
- Convulsão ativa: Diazepam EV conforme escala.

Documentação e Comunicação:

- Registrar todos os sinais vitais, procedimentos e horários.
- Notificar equipe médica sobre evolução.
- Comunicar família sobre a situação, com clareza e acolhimento.



- Providenciar encaminhamento e regulação, se necessário (ver POP 04).

Remoção e Encaminhamento:

- Garantir estabilidade mínima antes da remoção (via aérea pérvia, acesso venoso, PA estabilizada).
- Preencher formulário de referência e contrarreferência.

Acompanhamento por profissional de saúde se condição exigir.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Monitorizar o paciente durante toda a permanência na unidade;
- Possuir protocolo institucional definido para ajuste de medicações emergenciais;
- A equipe deve ser treinada para reconhecer piora clínica súbita;
- Verificar carrinho de emergência e materiais a cada plantão.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- O protocolo de estabilização deve ser alvo de simulação periódica na UBS;
- Anotar sequência de eventos e uso de materiais para rastreabilidade;
- Testar oxigênio e dispositivos de via aérea antes do uso emergencial;
- Em casos de trauma, considerar protocolo do ATLS (Advanced Trauma Life Support);
- Notificar eventos adversos ou agravos segundo normativa do serviço.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	<p style="text-align: center;">NORMAS E PROCEDIMENTOS</p> <p style="text-align: center;">SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p> <p style="text-align: center;"><u>ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇOS DE</u> <u>REFERÊNCIA</u></p>			<p style="text-align: center;">POP N°04</p>
	<p>Data Emissão: 17/11/2025</p>	<p>Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026</p>	<p>Próxima Revisão: 17/11/2026</p>	<p>Versão N° 01</p>
<p>ASSUNTO: Procedimento para encaminhamento de pacientes em estado de urgência e emergência, após estabilização inicial na unidade, para atendimento definitivo em serviço de referência (UPA ou hospital), localizado no município de Palmas - PR.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Continuidade segura do cuidado em serviço de maior capacidade resolutiva; redução de riscos clínicos no transporte; assistência integral ao paciente com bom fluxo de informação entre unidades.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a profissionais de saúde da unidade (enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem), equipe administrativa, condutores/socorristas e agentes da regulação de vagas.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Médico (a): Responsável pela avaliação clínica, orientação técnica do transporte e contato com o serviço de referência.➤ Enfermeiro (a): Organização do processo, conferência da documentação, contato com regulação e encaminhamento de equipe de transporte.				



- Técnico (a) de Enfermagem: Apoio na preparação do paciente e no acompanhamento no transporte (quando necessário).
- Condutor (a) de Ambulância: Condução do veículo e auxílio na remoção.
- Equipe administrativa: Apoio no contato e preenchimento de formulários e documentos.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Ficha de atendimento e evolução completa
2. Impressos de encaminhamento (quando houver modelo municipal)
3. Documentos pessoais do paciente
4. Medicações de suporte
5. Ambu, O₂, aspirador portátil (se necessário)
6. Monitor multiparamétrico (no transporte)
7. Soro fisiológico e equipos
8. Macro e microgotejamento
9. Luvas, máscaras, aventais
10. Mala de emergência da ambulância
11. Telefone funcional para contato com referência.

DEFINIÇÃO: O encaminhamento para referência é o processo de transferência assistencial de pacientes que necessitam de serviços hospitalares de maior complexidade, com base nos princípios de integralidade e continuidade do cuidado. Envolve comunicação com a central de regulação, estabilização clínica, preenchimento de documentação e transporte seguro do paciente.

Procedimento:

Avaliação da Necessidade de Transferência:

- Após o atendimento inicial e estabilização, identificar necessidade de atendimento especializado fora da unidade.
- Solicitar avaliação médica formal que comprove a necessidade de transferência. Confirmar área de destino adequada: UPA, hospital geral ou unidade especializada.



Preparação do Paciente para Remoção:

- Assegurar que o paciente está minimamente estabilizado
- Via aérea pérvia e acesso venoso instalado
- Sinais vitais monitorizado, sem risco imediato de piora durante trajeto (ou com suporte adequado)
- Orientar acompanhantes sobre o processo e destino, mantendo comunicação acolhedora.
- Garantir que toda a medicação de uso imediato seja disponibilizada durante o transporte, se necessário.
- Verificar presença de documentação pessoal do paciente.

Documentação Obrigatória:

- Anexar ao paciente:
 - Prontuário completo, com resumo de atendimento e evolução clínica;
 - Ficha de Referência preenchida e assinada;
 - Relatório de enfermagem detalhado;
 - Laudo médico indicando diagnóstico, condições clínicas e condutas;
 - Cópias de exames realizados, se houver e Termo de encaminhamento/regulação assinados (se aplicável).

Transporte:

- Roteiro de transporte:
 - Ambulância equipada;
 - Conductor habilitado, acompanhado por enfermeiro ou técnico de enfermagem, conforme quadro clínico;
 - Monitorizar sinais vitais durante todo o percurso (PA, SpO2, FC).
- Comunicação:
 - Informar serviço receptor sobre previsão de chegada;
 - Em intercorrência durante o transporte, seguir protocolo de emergência e acionar UPA de referência.

Chegada ao Serviço de Referência:

- Realizar entrega oficial do paciente com transmissão verbal de informações e entrega dos documentos.



- Confirmar recebimento por profissional da referência.
- Registrar transferência no sistema da unidade e comunicar ao gestor responsável.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Nunca transportar paciente instável sem suporte adequado de oxigênio ou acesso venoso;
- Verificar nível de responsabilidade da equipe conforme legislação do COFEN/COREN e PMU;
- Em casos de crianças ou pacientes inconscientes, garantir consentimento familiar;
- Acompanhar via rádio ou contato telefônico eventuais intercorrências durante o trajeto.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Reforçar treinamento periódico da equipe sobre fluxo regulatório.
- Utilizar listas de verificação (checklists) pré-transporte para evitar falhas.
- Em caso de falha de comunicação ou recusa de vaga, registrar em livro de ocorrências.
- Comunicação com a família deve ser acolhedora e contínua (preferencialmente antes e após a remoção).

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	<p style="text-align: center;">NORMAS E PROCEDIMENTOS</p> <p style="text-align: center;">SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p> <p style="text-align: center;"><u>TRANSPORTE DE PACIENTES EM AMBULÂNCIA</u></p>			<p style="text-align: center;">POP N°05</p>
	<p>Data Emissão: 17/11/2025</p>	<p>Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026</p>	<p>Próxima Revisão: 17/11/2026</p>	<p>Versão N° 01</p>
<p>ASSUNTO: Procedimento para transporte seguro, organizado e eficiente de pacientes em situação de urgência e emergência, da Unidade de Saúde até o serviço de referência (UPA ou hospital), utilizando ambulância de suporte básico (BLS) ou avançado (ALS), conforme necessidade clínica.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Transporte seguro e acolhedor, reduzindo riscos durante o percurso; comunicação eficiente entre unidades; assistência clínica contínua até o destino; garantia de integridade do paciente e responsabilidade legal formalizada.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a toda a equipe envolvida no transporte de pacientes, incluindo condutores de ambulância, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, quando necessário, e equipe administrativa responsável pelo contato com a regulação.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Conductor de Ambulância: responsável pela condução segura do veículo e apoio à equipe assistencial.➤ Técnico de Enfermagem: acompanha o paciente durante o transporte, conforme gravidade.➤ Enfermeiro (a): acompanha em caso de ALS ou situações complexas.➤ Médico: acompanha em situações de suporte avançado (intubação, pacientes com ventilação mecânica ou risco de parada).				



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

Ambulância equipada conforme o tipo (Básica ou Avançada), contendo:

1. Cilindro de oxigênio com fluxômetro e máscara
2. Desfibrilador externo automático (DEA) ou manual (para ALS)
3. Maca retrátil com cinto, barras laterais e prancha longa e colar cervical (em traumas)
4. Kit de vias aéreas (ambu, cânulas)
5. Bolsa de medicamentos de suporte (adrenalina, soro, anticonvulsivantes, antiarrítmicos, analgesia, etc.)
6. Monitor multiparamétrico (para ALS)
7. Estetoscópio, oxímetro, esfigmomanômetro
8. Luvas, máscaras, EPI completo
9. Kits de curativo, torniquete e compressão

DEFINIÇÃO: O transporte inter hospitalar ou intra sistema de saúde é a remoção assistida de pacientes da unidade de origem para uma unidade de referência, com suporte de profissionais habilitados, visando garantir a manutenção das funções vitais e a transferência da responsabilidade assistencial com segurança.

Procedimento:

Preparação Pré-Transporte:

- Verificar com a equipe de triagem/atendimento e regulação o destino correto do paciente (UPA, hospital geral, unidade especializada).
- Conferir equipamentos e insumos da ambulância, conforme checklist pré-transporte:
 - Funcionamento do cilindro de oxigênio;
 - Reserva de soro e medicações;
 - Integridade do desfibrilador (se ALS);
 - Material de imobilização e atendimento básico;
 - Avaliar e monitorizar o paciente (sinais vitais, dor, estado de consciência) antes da saída.
 - Confirmar documentação completa (ver POP 04): prontuário, ficha de referência, laudo médico, receita, exames, etc.



- Orientar a família sobre local de destino e processo de remoção (preferência por transporte de acompanhantes em veículo próprio, salvo exceção: criança ou paciente inconsciente).

Transferência e acomodação do Paciente:

- Posicionar paciente na maca da ambulância, garantindo:
 - Cintos de segurança adequados nos quatro pontos;
 - Cabeceira elevada quando indicado;
 - Acesso venoso e oxigênio fixados e estabilizados;
 - Instalá-lo com segurança e garantir monitorização contínua dos sinais vitais.
 - Fixar acessórios de suporte (bomba de infusão, monitor, ambu) de forma segura e visível.
 - Em caso de trauma suspeito, garantir imobilização completa (colar cervical, prancha longa).

Monitorização Durante Transporte:

- Acompanhar o paciente, observando:
 - Sinais vitais a cada 5 min (PA, FC, SpO2);
 - Mudanças neurológicas (nível de consciência);
 - Uso de O2 (fluxo adequado e ajuste conforme respiração);
 - Fluido EV (infusão contínua ou em bolus, conforme prescrição);
 - Presença de dor, desconforto ou sinais de choque;
 - Possíveis intercorrências (convulsão, parada).
- Se houver intercorrência grave, comunicar via rádio ou telefone ao serviço receptor, manter suporte BLS/ALS e seguir até destino ou desviar para unidade mais próxima.

Chegada e Entrega do Paciente:

- Ao chegar à unidade de referência:
 - Solicitar presença do profissional responsável para passagem de plantão;
 - Entregar o paciente na maca hospitalar com apoio da equipe receptora;
 - Transmitir verbalmente o histórico resumido, atual situação clínica e condutas realizadas;
 - Garantir que o serviço aceite formalmente o paciente (assinatura em ficha ou carimbo no prontuário).
- Realizar passagem segura de informações seguindo técnica de comunicação estruturada (ex.: ISBAR):



- Identificação
- Situação clínica
- Breve histórico
- Avaliação e cuidados
- Recomendações imediatas

Retorno e Limpeza da Ambulância:

- Remover lixo hospitalar e resíduos contaminados;
- Proceder com limpeza concorrente da ambulância, utilizando detergente e desinfetante padrão.
- Se houve contato com material biológico, realizar limpeza terminal (ver POP 06).
- Repor insumos utilizados e registrar transporte em planilha adequada.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Atenção especial ao transporte de crianças, idosos, gestantes e pacientes críticos;
- Evitar desconexões acidentais de dispositivos (oxigênio, soro, vias aéreas);
- Nunca iniciar transporte sem confirmação de destino e comunicação da regulação;
- Evitar uso de suportes improvisados para equipamentos sensíveis;
- Documentar intercorrências e relatar no prontuário e livro de ocorrência da ambulância.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Este POP deve ser revisado anualmente ou após incidentes.
- É recomendável a realização de treinamento prático de equipe (simulação de transporte crítico) a cada 6 meses.
- Sempre conferir validade e operacionalidade dos equipamentos antes do plantão.
- Comunicação com familiares deve ser acolhedora, objetiva e respeitosa.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO DA AMBULÂNCIA</u>			 POP N°06
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
ASSUNTO: Procedimentos de limpeza, desinfecção e descontaminação da ambulância utilizada no transporte de pacientes, nas modalidades de limpeza concorrente, ou limpeza terminal (após exposição a material biológico ou ao final do plantão).				
RESULTADOS ESPERADOS: Redução do risco de infecção e contaminação cruzada; ambulância apta para próximo uso com segurança; conformidade com normas sanitárias e de biossegurança; proteção adequada da equipe, pacientes e ambiente.				
APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se à equipe de enfermagem, condutores de ambulância e profissionais de serviços gerais responsáveis pela higienização e biossegurança da ambulância.				
EXECUTANTES: <ul style="list-style-type: none">➤ Conductor de Ambulância: Verifica as condições gerais do veículo e auxilia na organização do material de limpeza.➤ Equipe de Enfermagem: Garante conformidade de limpeza em casos de contato com materiais biológicos.➤ Auxiliar de Serviços Gerais: Responsável pela execução técnica da limpeza conforme POP e orientação da enfermagem.				



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas de borracha longa, avental impermeável, máscara (preferencialmente PFF2), gorro e óculos de proteção ou protetor facial;
2. Balde com solução de água e detergente neutro;
3. Frasco com solução desinfetante (hipoclorito de sódio a 0,5% para superfícies; 1% para derramamento de sangue);
4. Panos descartáveis ou de uso exclusivo para a limpeza;
5. Sabão líquido desengordurante;
6. Saco de lixo branco leitoso para material infectante;
7. Saco preto para resíduos comuns;
8. Álcool 70% para desinfecção de superfícies pequenas e de uso contínuo (como rádios, maçanetas, painéis de controle).

DEFINIÇÃO: A limpeza concorrente consiste na remoção de sujeira visível e desinfecção de superfícies após cada atendimento ou transporte.

A limpeza terminal é a higienização completa e minuciosa da ambulância, incluindo desinfecção de superfícies internas e externas, destinada a remover sujeiras e micro-organismos, realizada após o transporte de paciente com material biológico exposto, doenças infectocontagiosas ou no fim do turno.

Procedimento:

Limpeza Concorrente (após cada transporte):

- Retirar todos os resíduos visíveis do local:
 - Materiais de curativo, pacotes de soro, fitas, algodão, papéis.
- Descarte conforme classificação: Resíduo comum (saco preto) ou infectante (saco branco leitoso – conforme RDC 222/2018).
- Proceder limpeza de superfícies com pano umedecido em água e detergente neutro:
 - Macas, corrimãos, laterais internas, painel, maçaneta, alça de apoio, superfícies horizontais da cabine de atendimento.
- Realizar desinfecção com solução de hipoclorito de sódio (0,5%):



- Aplicar com pano ou borrifador nas superfícies previamente limpas. Aguarde pelo menos 10 minutos de contato (conforme ANVISA).
- Limpeza do assoalho:
 - Varrer resíduos sólidos;
 - Passar pano com solução de detergente e, após enxágue, aplicar desinfetante.
- Ventilar bem a ambulância por pelo menos 10 minutos antes do próximo uso.
- Repor materiais e equipamentos utilizados durante o transporte (gazes, álcool, seringas, equipos, etc.).

Limpeza Terminal (ao final do plantão ou em caso de sujidade por material biológico):

- Usar EPI completo: luvas de borracha, avental, máscara, óculos ou protetor facial.
- Remover todo material permanente (macas, suportes, etc.) e passar solução detergente neutro.
- Em caso de contato com sangue ou fluidos corporais:
 - Cobrir área com papel absorvente;
 - Aplicar hipoclorito 1% por 30 minutos;
 - Remover o excesso e proceder a limpeza total da superfície.
- Limpar todas as superfícies internas e externas: paredes, teto, portas, painel de controle, extintor, maçanetas.
- Higienizar equipamentos fixos como suporte de soro, bomba de infusão, oxímetro e monitor, utilizando pano com álcool 70%.
- Desmontar grades laterais, cintos da maca e barras para garantir limpeza total.
- Realizar limpeza do chão, iniciando pela área menos contaminada até a mais contaminada.
- Secar tudo, deixando portas e janelas abertas para ventilação e secagem natural.
- Após a limpeza, remover EPI de forma segura.
- Registrar procedimento e assinatura do responsável.

Finalização e Registro:

- A limpeza deve ser registrada em planilha específica contendo:
 - Data e hora;
 - Tipo de limpeza (concorrente ou terminal);
 - Nome do responsável;



- Observações de intercorrência (ex.: contato com sangue).
- Os registros devem ser arquivados e revisados pela coordenação da unidade mensalmente.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Todo material que entrar em contato com fluidos corporais deve ser descartado adequadamente;
- Não utilizar álcool 70% em superfícies com sujidade orgânica sem prévia limpeza;
- Nunca misturar produtos químicos (ex.: hipoclorito + álcool);
- Evitar uso de panos reutilizáveis (preferir descartáveis ou exclusivos para ambulância);
- Verificar prazo de validade dos produtos desinfetantes.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- A limpeza terminal deve ser realizada após casos de transporte de pacientes com doença infectocontagiosa, óbito, acidentes com derramamento significativo de fluidos ou diariamente ao final do turno.
- Manter treinamento contínuo da equipe para uso seguro de EPI e agentes químicos de higienização.
- Utilizar o manual de limpeza e desinfecção de superfícies da unidade como apoio visual, se disponível.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	<p style="text-align: center;">NORMAS E PROCEDIMENTOS</p> <p style="text-align: center;">SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p> <p style="text-align: center;"><u>ACIDENTES COM MATERIAIS</u></p> <p style="text-align: center;"><u>PERFUROCORTANTES</u></p>			 <p style="text-align: center;">POP N°07</p>
	<p>Data Emissão: 17/11/2025</p>	<p>Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026</p>	<p>Próxima Revisão: 17/11/2026</p>	<p>Versão N° 01</p>
<p>ASSUNTO: Procedimento para atendimento imediato e notificação de acidentes ocupacionais com exposição a material perfurocortante no ambiente de trabalho em saúde.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Reduzir risco de infecção por patógenos transmitidos por sangue; garantir suporte pós-exposição adequado; notificar o acidente e acompanhar o profissional até alta segura; promover ambiente de trabalho seguro e consciente das medidas de precaução.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a todos os profissionais da saúde, estagiários, trabalhadores terceirizados e estudantes em atividade na unidade de saúde que estejam expostos a risco de contato com sangue e fluidos corporais.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Profissional acidentado: responsável por comunicar imediatamente o acidente.➤ Enfermeiro (a) responsável: realiza primeiros atendimentos e orientações pós-exposição.➤ Médico (a): avalia o risco da exposição, prescreve quimioprofilaxia pós-exposição (se necessário).➤ Coordenação: garante notificação, seguimento e registro administrativo.				



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Sabonete líquido antisséptico
2. Água corrente
3. Solução alcoólica 70%
4. Formulário de notificação de acidente de trabalho ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho);
5. Kit de coleta para exames sorológicos iniciais;
6. Equipamentos de proteção individual (luvas, máscara, óculos)
7. Cartão SUAS ou protocolo da unidade/municipal.

DEFINIÇÃO: Acidente com material perfurocortante é toda ocorrência envolvendo perfuração ou corte com objetos contaminados ou potencialmente infectados (agulhas, bisturis, lâminas, etc.), que resulta em contato com sangue ou fluidos corporais e oferece risco de infecções transmissíveis como HIV, Hepatite B e Hepatite C.

Procedimento:

Primeira Ação Imediata:

- Interromper o procedimento em curso.
- Lavar imediatamente o local atingido com água corrente e sabonete neutro.
- Não usar água sanitária, produtos agressivos ou espremer o local.
- Caso haja respingo em mucosa: lavar abundantemente com água corrente ou soro fisiológico.
- Se atingir olhos, lavar com água ou soro fisiológico por pelo menos 15 minutos sem esfregar.

Comunicação e Registro:

- Comunicar o responsável imediato ou enfermeira da unidade.
- Registrar o ocorrido em Livro de Ocorrências e emitir CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho).
- Acolher o profissional e dar suporte emocional.

Avaliação Clínica:

- Realizar anamnese breve do acidente:



- Tipo de material (ocorreu com agulha usada, bisturi, lâmina?)
- Local e profundidade do ferimento;
- Tipo de fluido envolvido (sangue, líquido, secreção);
- Tempo decorrido.
- Verificar status sorológico do paciente-fonte (HIV, Hepatite B, Hepatite C), se disponível.
- Fornecer encaminhamento imediato para unidade de referência para terapia pós-exposição (TPE/PEP), com suporte médico em até 2h.
- Registrar nome do paciente-fonte (se conhecido) e gerar pedido de exames.

Coleta de Exames Laboratoriais:

- Solicitar e coletar exames iniciais do profissional exposto:
 - Anti-HIV
 - HBsAg (Hepatite B) e Anti-HBs
 - Anti-HCV (Hepatite C)
- Reforçar necessidade de acompanhamento sorológico em:
 - 30 dias
 - 90 dias
 - 180 dias (ou conforme protocolo da unidade/região)

Acompanhamento e TPE (se necessário):

- Em caso de risco real, médico deve prescrever Profilaxia Pós-Exposição (TPE) conforme protocolo do Ministério da Saúde (em até 72h, ideal <2h):
 - Antirretroviral (ex.: Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir) por 28 dias.
 - Imunoglobulina anti-HBs em casos de exposição a Hepatite B se não vacinado.
- Registrar o início e acompanhamento da TPE.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Todo material perfurocortante deve ser descartado imediatamente em caixa coletora rígida, nunca reencapado;



- Acidentes devem ser evitados pelo uso correto de EPI e técnicas seguras;
- Realizar treinamento periódico com toda a equipe sobre prevenção e conduta em acidentes ocupacionais.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Exames devem ser disponibilizados gratuitamente ao trabalhador exposto;
- Abertura da CAT garante amparo legal;
- O profissional deve ser acompanhado clínica e psicologicamente durante todo o processo;
- Informar também ao Núcleo de Segurança do Paciente ou CIPA, se houver.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO</u>			 POP Nº08
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão Nº 01
<p>ASSUNTO: Procedimento para atendimento, registro, notificação e orientação de profissionais expostos a materiais biológicos (sangue, secreções, fluidos corporais) na unidade de saúde.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Atendimento imediato e acolhedor ao profissional exposto; redução do risco de infecções ocupacionais por HIV, Hepatite B e Hepatite C; registro adequado do acidente, com seguimento conforme legislação; promoção de ambiente de trabalho mais seguro e atento aos riscos biológicos; evitar subnotificação de acidentes e fortalecer cultura de prevenção.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a todo profissional, estagiário, terceirizado, prestador de serviços ou estudante que, no exercício de suas atividades na unidade, apresente exposição ocupacional a material biológico potencialmente contaminado.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Profissional exposto: aciona imediatamente o responsável e realiza os primeiros cuidados;➤ Enfermeiro (a): executa protocolo de atendimento inicial, orientação e encaminhamentos;➤ Médico (a): avalia risco, prescreve medicações e solicita exames;➤ Direção/Coordenação: garante registro legal e acompanhamento conforme legislação.				



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Sabonete líquido antisséptico
2. Água corrente
3. Solução alcoólica 70%
4. Formulário CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)
5. Kit de coleta para exames sorológicos (HIV, HBsAg, Anti-HCV)
6. Impressos para notificação e registro interno da unidade
7. EPI do profissional que fará a assistência (luva, avental, máscara, óculos)
8. Manual de conduta pós-exposição da unidade.

DEFINIÇÃO: Acidente com material biológico é toda exposição acidental envolvendo pele não íntegra, mucosas ou ferimentos com contato com sangue, secreções ou outros fluidos potencialmente infectantes, por respingo, manuseio ou acidente instrumental.

Procedimento:

Medidas Imediatas de Proteção:

- Lavar imediatamente a área da exposição com água e sabão.
- Em caso de mucosa atingida (olhos/face), lavar com água corrente ou soro fisiológico por no mínimo 15 minutos.
- Não utilizar desinfetantes diretamente na pele (água sanitária, álcool).
- Remover roupas contaminadas, se necessário.

Notificação e Encaminhamento interno:

- Informar ao gerente/técnico responsável ou enfermeiro da unidade.
- Gerar registro de acidente em Livro de Ocorrência.
- Preencher CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), preferencialmente no mesmo dia.
- Encaminhar profissional imediatamente para atendimento especializado (ambulatório de pós-exposição ou serviço de referência municipal).



Avaliação Clínica do Risco:

- Considerar:
 - Tipo de fluido envolvido (sangue, secreção, urina, saliva);
 - Tipo da exposição (contato com mucosa, pele lesada, ingestão acidental, perfuração);
 - Volume do material e condições de barreira (uso de EPI ou não).
- Verificar status sorológico do paciente-fonte (quando conhecido):
 - HIV, HBsAg, Anti-HCV

Conduta Médica Pós-Exposição:

- Caso o acidente configure risco de transmissão, iniciar Profilaxia Pós-Exposição (PEP) para HIV em até 2 horas.
- Avaliar vacinação para Hepatite B, se não vacinado, iniciar esquema com imunoglobulina.
- Realizar exames laboratoriais do profissional: HIV, HBsAg, Anti-HCV.
- Marcar retornos para acompanhamento sorológico (30, 60, 120 e 180 dias).

Registro e Acompanhamento:

Registrar todas as ações no prontuário ocupacional e fichas internas.

Garantir acompanhamento psicológico, quando necessário.

Compilar e repassar dados para o Núcleo de Segurança do Paciente e CIPA, para fins de prevenção.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- O profissional não deve ser afastado das atividades, exceto por recomendação médica;
- O sigilo do paciente-fonte deve ser mantido;
- Notificar obrigatoriamente ao sistema SINAN em casos confirmados;
- Orientar o profissional quanto ao uso de preservativos durante o período de janela imunológica.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Este POP deve ser abordado em treinamentos da equipe regularmente;



- É obrigatório ter protocolo PEP disponível na unidade ou em serviço de referência local;
- Recomenda-se auditoria mensal de ocorrências para melhoria de barreiras de prevenção.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR</u> <u>GASTROSTOMIA E JEJUNOSTOMIA</u>			 POP N°09
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
ASSUNTO: Procedimento técnico de administração segura de medicamentos por via gastrostômica (GTT) ou jejunostômica (JTT), em pacientes com sonda implantada cirurgicamente.				
RESULTADOS ESPERADOS: Garantir administração correta e segura de medicamentos via GTT/JTT; promover conforto e prevenir complicações associadas à sonda; assegurar efetividade terapêutica dos medicamentos administrados; evitar obstrução da sonda, refluxo ou broncoaspiração; garantir registro seguro e acompanhamento multiprofissional.				
APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros e técnicos de enfermagem devidamente treinados e habilitados para administração de medicamentos em pacientes com gastrostomia ou jejunostomia, em ambiente ambulatorial, domiciliar ou institucional.				
EXECUTANTES: <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): avalia o procedimento, orienta técnico e realiza em casos de intercorrência ou complexidade;➤ Técnico/a em enfermagem: realiza administração conforme prescrição e orientação da enfermagem;➤ Cuidador treinado: pode administrar em ambiente domiciliar sob orientação e seguimento profissional.				



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Medicamento prescrito (preferencialmente em forma líquida ou triturado e diluído);
2. Água destilada e seringa (20 ou 50 mL);
3. Copo descartável ou recipiente para diluição;
4. Luvas de procedimento e compressa de gaze (se necessário);
5. Estetoscópio (se for realizar verificação de posicionamento).

DEFINIÇÃO: A administração de medicamentos por via gastro/jejunoestômica consiste na introdução de fármacos diretamente no trato digestivo, por meio de sonda implantada diretamente no estômago (gastrostomia) ou jejuno (jejunostomia), indicada a pacientes com dificuldade de ingestão oral.

Procedimento:

Cuidados iniciais:

- Higienizar as mãos com água e sabão ou solução alcoólica 70%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Conferir prescrição médica e verificar medicamento correto, dose e horário;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou cuidador;
- Manter o paciente em posição semi-Fowler (30° a 45°) para evitar refluxo e broncoaspiração.

Preparação do Medicamento:

- Verificar se a forma farmacêutica é líquida. Se sólida (comprimido), verificar se pode ser triturada;
- Triturar comprimido entre duas gazes ou em recipiente limpo e diluir em 10–20 mL de água filtrada;
- Não misturar dois medicamentos na mesma seringa sem autorização médica;
- Colocar um pouco de água na seringa para facilitar deslizamento do medicamento.

Administração:

- Verificar permeabilidade da sonda (gastro ou jejunostomia) com 10 mL de água morna;
- Conectar a seringa à extremidade da sonda com leve pressão;



- Instilar o medicamento empurrando lentamente o êmbolo da seringa;
- A cada medicamento administrado, realizar lavagem com 10–20 mL de água para evitar obstrução;
- Ao término da administração, lavar a sonda com 20–30 mL de água para garantir limpeza;
- Em jejunostomia, a infusão deve ser ainda mais lenta, pois o jejuno não comporta rápido volume em bolus.

Após Administração:

- Manter o paciente na mesma posição por pelo menos 30 minutos;
- Retirar luvas e higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento em prontuário (medicamento, via, horário, volume de lavagem e possíveis intercorrências).

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Nunca administrar comprimidos de liberação prolongada, sublinguais ou cápsulas sem orientação médica;
- Monitorar sinais de obstrução (dificuldade ao injetar, refluxo, dor abdominal);
- Não forçar se houver resistência, comunicar enfermeiro e/ou médico;
- Observar sinais de infecção no local da sonda (vermelhidão, secreção, dor);
- Em caso de vômito, febre, dor abdominal, comunicar equipe de saúde imediatamente.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Recomenda-se checklist diário de permeabilidade e integridade da sonda;
- Treinamento do cuidador deve incluir preparo de medicamento e limpeza do equipamento;
- A troca da sonda deve seguir recomendação do fabricante e equipe de cirurgia

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	<p style="text-align: center;">NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR</u> <u>SONDA NASOENTERAL (SNE) E</u> <u>NASOGÁSTRICA (SNG)</u></p>			 POP Nº 10
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão Nº 01
<p>ASSUNTO: Procedimento seguro para administração de medicamentos através de sondas posicionadas no trato digestivo superior, sonda nasogástrica (SNG) ou sonda nasoenteral (SNE).</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Garantir administração segura e eficaz dos medicamentos por sondas gástricas e enterais; evitar obstrução da sonda e intercorrências como refluxo ou broncoaspiração; permitir a continuidade terapêutica em pacientes incapazes de ingerir medicamentos pela via oral; preservar o conforto e segurança do paciente durante o procedimento; promover registro adequado e multiprofissional da terapêutica aplicada.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros e técnicos em enfermagem habilitados, em contexto de unidade de saúde, hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, que realizam administração de medicamentos via SNE ou SNG.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): responsável por avaliar, supervisionar e realizar o procedimento em caso de intercorrências.➤ Técnico/a em enfermagem: executa administração sob supervisão do enfermeiro, conforme prescrição médica.				



- Cuidador treinado: pode administrar em ambiente domiciliar sob orientação e acompanhamento.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Medicamentos prescritos (líquidos ou triturados e diluídos)
2. Seringa de 20 ou 50 mL com bico Luer
3. Copo descartável ou recipiente limpo
4. Água filtrada ou fervida para diluição e lavagem (20–50 mL)
5. Luvas de procedimento
6. Estetoscópio (se for verificar posicionamento)
7. Gazes limpas
8. Pinça ou obturador, se necessário

DEFINIÇÃO: A administração de medicamentos por sonda nasogástrica (SNG) ou sonda nasoenteral (SNE) é realizada quando o paciente não pode ou não deve ingerir medicamentos pela boca. A SNG termina no estômago; a SNE tem sua ponta além do piloro, geralmente no duodeno ou jejuno.

Procedimento:

Preparo Inicial:

- Higienizar as mãos antes de iniciar e calçar luvas;
- Confirmar identificação do paciente e conferir prescrição médica (medicamento, dose, horário e tipo de sonda utilizada);
- Deixar o paciente em posição sentada ou semi-Fowler (30°–45°);
- Verificar permeabilidade da sonda com 10 mL de água.

Verificação da Posição da Sonda:

- Verifique marcação externa da sonda (na narina);
- Se necessário, use estetoscópio e injeção de ar (ausência de ruído + refluxo devem ser avaliados);
- Se houver dúvida quanto à posição, não administrar e comunicar ao enfermeiro.



Preparação do Medicamento:

- Utilize forma farmacêutica líquida sempre que possível;
- Se comprimido: verificar se pode ser triturado;
- Triturar entre gazes limpas ou pilão exclusivo e diluir o pó em 10–20 mL de água filtrada;
- Não misturar dois medicamentos na mesma seringa;
- Aspirar o medicamento na seringa de forma suave.

Administração do Medicamento:

- Conectar a seringa à extensão da sonda com firmeza;
- Administrar lentamente o medicamento (em cerca de 30 segundos), empurrando o êmbolo suavemente;
- Entre cada administração, lavar a sonda com 10–20 mL de água;
- Ao final, realizar lavagem com 20–30 mL de água para prevenir obstrução.

Finalização:

- Manter o paciente em posição elevada por pelo menos 30 minutos;
- Retirar luvas, higienizar as mãos;
- Registrar em prontuário o procedimento, medicamento administrado, via, horário, volume de lavagem e intercorrências.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Nunca administrar medicamentos de liberação prolongada ou cápsulas sem orientação específica;
- Não utilizar água aquecida ou com resíduos para lavagem;
- Observar sinais de dor, refluxo, náusea, vômito ou tosse durante administração;
- Em caso de obstrução, não usar força – solicitar avaliação do enfermeiro;
- Uma vez administrado o medicamento via SNE, a orientação é manter a cabeça elevada e vigiar sinais de aspiração.



DETALHES COMPLEMENTARES:

- Evitar administração por sonda enteral enquanto estiver correndo dieta (ajustar horários);
- Realizar treinamento adequado da equipe e cuidadores quanto à técnica e higiene;
- Sonda deve ser substituída conforme protocolo ou em caso de deslocamento ou deterioração.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO TÓPICO</u>			 POP Nº 11
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão Nº 01
ASSUNTO: Procedimento para administração segura de medicamentos tópicos (cutâneos, mucosos, oftálmicos, otológicos, nasais, vaginais e retais), destinados a tratamento local ou sistêmico				
RESULTADOS ESPERADOS: Garantir administração correta e segura dos medicamentos tópicos, evitando contaminação e irritações; prevenir reações adversas ou manejo inadequado da via de administração; proporcionar alívio local e eficácia terapêutica; realizar registro seguro do procedimento em prontuário; promover cuidado humanizado e adequado à área tratada.				
APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros e técnicos de enfermagem que realizam a administração de medicamentos por via tópica em pacientes atendidos na unidade de saúde ou em procedimentos domiciliares.				
EXECUTANTES: <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): Avalia aplicação, orienta técnica e realiza procedimentos críticos ou em áreas sensíveis;➤ Técnico/a em enfermagem: Executa a técnica de aplicação do medicamento tópico conforme protocolo e prescrição médica;➤ Cuidador treinado: Pode aplicar conforme orientação e supervisão da equipe profissional, principalmente em ambiente domiciliar.				



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Medicamento prescrito (pomada, creme, loção, colírio, spray, supositório, etc.);
2. Luvas de procedimento ou estéreis (conforme local de aplicação);
3. Gaze estéril;
4. Seringa (para géis, se necessário);
5. Solução fisiológica 0,9% (se for limpar previamente a pele ou mucosa);
6. Espátula ou aplicador estéril (quando necessário);
7. Recipiente para descarte de materiais contaminados;
8. Papel toalha ou compressa limpa;
9. Máscara de proteção (em casos com odor ou risco de aerossóis).

DEFINIÇÃO: Administração tópica é a aplicação de medicamentos diretamente sobre a pele ou mucosas, com finalidade local ou absorção sistêmica. Pode incluir pomadas, cremes, colírios, sprays, géis, soluções, loções, supositórios, entre outros.

Procedimento:

Preparo Inicial:

- Higienizar as mãos com água e sabão ou álcool 70%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Confirmar prescrição médica (medicamento, dose, frequência, via de administração);
- Explicar o procedimento ao paciente, solicitando colaboração;
- Verificar integridade da pele/mucosa no local de aplicação.

Administração:

- ★ Medicamento tópico cutâneo (pomada, creme, loção, solução):
 - Limpar o local com água e sabão ou soro fisiológico, se necessário;
 - Aplicar fina camada do medicamento com gaze ou espátula, sempre no sentido da circulação ou indicação médica;
 - Evitar fricção excessiva ou contato com áreas não afetadas;



- Se houver curativo oclusivo, aplicar após orientação médica.

- ★ Colírios e pomadas oftálmicas:
 - Lavar as mãos;
 - Orientar o paciente a olhar para cima;
 - Instilar a gota no saco conjuntival inferior, sem tocar o frasco no olho;
 - Solicitar que o paciente feche os olhos suavemente após aplicação.

- ★ Gotas otológicas:
 - Manter o paciente em posição lateralizada;
 - Levantar o pavilhão auricular para cima e para trás (adultos) ou para baixo e para trás (crianças);
 - Aquecer o frasco à temperatura ambiente antes de instilar.

- ★ Supositório ou pomada retal e vaginal:
 - Utilizar luvas estéreis;
 - Solicitar posição apropriada e introduzir suavemente o medicamento, evitando trauma.

Finalização:

- Retirar luvas e higienizar as mãos;
- Descartar material em recipiente adequado;
- Registrar no prontuário: medicamento, dose, via, local, horário e reação observada;
- Orientar paciente/cuidador quanto aos cuidados pós-procedimento (não coçar, não molhar, evitar exposição solar, etc.).

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Não aplicar medicamentos tópicos sobre pele lesionada ou infectada sem orientação médica;
- Evitar contato do aplicador ou frasco com mucosa ou pele para não contaminar;
- Verificar alergias antes de aplicar certos medicamentos (ex.: pomadas com lidocaína);



- Em caso de reação adversa (prurido, queimadura, ardência intensa), suspender aplicação e comunicar equipe de saúde.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Recomenda-se usar técnica estéril em mucosas (olhos, vagina, narinas) e em áreas com lesões abertas;
- Utilizar tempo certo entre aplicações, especialmente em pomadas oftálmicas (aguardar 5 min entre produtos diferentes);
- Armazenar medicamentos conforme recomendação do fabricante (muitos tópicos exigem refrigeração).

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	<p style="text-align: center;">NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA</u> <u>AURICULAR</u></p>			 POP Nº 12
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão Nº 01
<p>ASSUNTO: Procedimento para aplicação segura de medicamentos em forma de gotas, soluções, suspensões ou óleos pelo ouvido externo, via auricular em situações de tratamento de infecções, inflamações ou higiene.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Realizar administração auricular com segurança e sem desconforto ao paciente; promover eficácia terapêutica do medicamento prescrito; prevenir lesões no conduto auditivo ou agravamento de condições otológicas; garantir registro adequado no prontuário; evitar contaminação do frasco de medicamento.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a técnicos e enfermeiros que administram medicamentos por via auricular em ambiente ambulatorial, hospitalar ou domiciliar, em pacientes com prescrição médica.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): Avalia condições para administração e orienta equipe;➤ Técnico (a) de Enfermagem: Realiza a administração conforme técnica segura, com supervisão do enfermeiro;➤ Cuidador treinado: Pode administrar em ambiente domiciliar mediante orientação.				



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Medicamento prescrito (ex.: antibiótico, corticosteroide, solução ceruminolítica)
2. Luvas de procedimento
3. Gaze estéril
4. Compressa limpa para apoio
5. Algodão ou tapa ouvidos (opcional)
6. Papel toalha
7. Bandeja (opcional)
8. Termômetro de superfície (opcional, para conforto térmico)

DEFINIÇÃO: A administração auricular consiste na aplicação de medicamentos diretamente no canal auditivo externo, geralmente na forma de gotas, visando tratamento local de otites externas, remoção de cerúmen, analgesia, antifúngico ou antibiótico tópico.

Procedimento:

Preparo Inicial:

- Higienizar as mãos com água e sabão ou álcool 70%;
- Conferir medicamento prescrito, evitando erros de medicação;
- Verificar se o medicamento está dentro do prazo de validade e sem alteração física;
- Aquecer frasco segurando entre as mãos por 2 a 3 minutos (evita vertigem e desconforto).

Posicionamento do Paciente:

- Posicionar o paciente em decúbito lateral, com o ouvido tratado voltado para cima;
- Confortar o paciente e explicar o procedimento;

Administração do Medicamento:

- Calçar luvas de procedimento;
- Com a mão não dominante, puxar o pavilhão auricular (orelha) para:
 - Cima e para trás em adultos



- Baixo e para trás em crianças
- Instilar cuidadosamente o número de gotas indicado, evitando contato do frasco com a pele;
- Manter paciente deitado por cerca de 3 a 5 minutos;
- Pode-se pressionar suavemente o trágus para facilitar a entrada do medicamento (se indicado).

Finalização:

- Limpar excesso com gaze ou papel limpo;
- Oferecer proteção com algodão seco, se necessário;
- Orientar paciente a permanecer deitado por mais 5 minutos.
- Higienizar as mãos novamente e registrar o procedimento no prontuário.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Nunca instilar gotas auriculares em caso de suspeita de perfuração timpânica sem avaliação médica;
- Não usar cotonetes ou objetos para limpar o ouvido antes da aplicação, a menos que orientado;
- Observar sinais de dor, vertigem ou náusea durante o procedimento e comunicar ao enfermeiro/médico; prevenir contaminação;
- Em casos de infecção bilateral, utilizar técnica asséptica e separar materiais.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Manter local do procedimento limpo e ambiente acolhedor;
- Pacientes pediátricos podem necessitar de contenção segura e cuidadosa;
- Os medicamentos otológicos devem ser guardados adequadamente (ambiente fresco, longe do calor).

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	<p style="text-align: center;">NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA</u> <u>ENDOVENOSA (EV)</u></p>			 POP Nº13
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão Nº 01
<p>ASSUNTO: Procedimento para administração segura de medicamentos por via endovenosa (EV), com técnica asséptica, em pacientes atendidos na unidade de saúde.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Garantir a administração correta, segura e eficaz do medicamento por via EV; prevenir eventos adversos como flebite, extravasamento ou hipersensibilidade; reduzir riscos de infecção relacionados ao acesso venoso; registrar adequadamente informações sobre a administração do medicamento; garantir conforto e segurança ao paciente durante o procedimento.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a técnicos e enfermeiros que administram medicamentos por via auricular em ambiente ambulatorial, hospitalar ou domiciliar, em pacientes com prescrição médica.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): Avalia condições para administração e orienta equipe;➤ Técnico (a) de Enfermagem: Realiza a administração conforme técnica segura, com supervisão do enfermeiro;➤ Cuidador treinado: Pode administrar em ambiente domiciliar mediante orientação.				



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Prescrição médica atualizada
2. Medicamento prescrito (ampola, frasco-ampola, solução diluída, etc.)
3. Seringa de 3, 5 ou 10 mL (conforme dose)
4. Agulha 25x7, 30x8 ou equipo próprio para EV (se for em soroterapia)
5. Álcool 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%
6. Gaze estéril
7. Garrote ou dispositivo seguro
8. Bandeja de administração
9. Luvas de procedimento
10. Ampolas de soro fisiológico (se diluição for necessária)
11. Etiqueta para identificação de medicamento preparado

DEFINIÇÃO: Administração por via endovenosa consiste na infusão direta ou indireta de medicamentos no lúmen do vaso sanguíneo periférico ou central, proporcionando absorção imediata e resposta terapêutica rápida. Pode ser realizada em bolus, em infusão contínua ou em diluição fluida.

Procedimento:

Preparo Inicial:

- Higienizar as mãos conforme protocolo (água e sabão ou solução alcoólica);
- Conferir dupla checagem da prescrição médica (paciente, medicamento, dose, via, horário);
- Separar material na bandeja;
- Realizar higienização das ampolas antes de abrir.

Preparo do Medicamento:

- Abrir a ampola com gaze ou ampola-break;
- Realizar aspiração da dose prescrita em seringa estéril;
- Se necessário, fazer diluição conforme orientação do fabricante ou protocolo institucional;
- Etiquetar seringa com nome do medicamento, dose, horário e nome do aplicador.



Administração do Medicamento:

- Higienizar o local do acesso venoso com clorexidina alcoólica 0,5%;
- Verificar permeabilidade do acesso venoso com retorno de sangue ou soro;
- Conectar seringa à extensão venosa ou dispositivo;
- Administrar o medicamento lentamente, conforme tempo recomendado (geralmente 1 a 5 minutos);
- Observar paciente durante a administração para sinais de dor, desconforto, extravasamento ou reação alérgica;
- Ao final, lavar o acesso com 5–10 mL de SF 0,9% para reduzir irritação da veia.

Finalização e Registro:

- Retirar material da bandeja e descartar conforme normas de biossegurança;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário:
 - Nome do medicamento
 - Dose e horário
 - Via de administração
 - Reações observada.
- Orientar paciente e acompanhante sobre possíveis reações tardias e necessidade de aviso imediato se houver mal-estar.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Nunca administrar EV sem checar a prescrição e o acesso venoso;
- Atentar para medicamentos que exigem infusão lenta ou monitorização (ex.: vancomicina);
- Se houver dor, inchaço ou vermelhidão no local, interromper imediatamente e avaliar;
- Respeitar regras de compatibilidade entre medicamentos quando coadministrados;
- Seguir protocolos para casos de extravasamento (ex.: aplicar compressa morna ou fria conforme medicação).



DETALHES COMPLEMENTARES:

- A equipe deve ser capacitada em bombas de infusão, diluições e cuidados com cateteres periféricos e centrais.
- O tempo de infusão de alguns medicamentos deve ser rigorosamente seguido para evitar eventos adversos.
- Manter checklist de medicamentos vesicantes que podem causar dano grave em extravasamento.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	<p style="text-align: center;">NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA</u> <u>INTRADÉRMICA (ID)</u></p>			 POP N° 14
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento para administração de medicamentos por via intradérmica (ID), especialmente em testes alérgicos, tuberculínicos (PPD) e vacinação específica.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Garantir administração correta e segura por via intradérmica; promover absorção lenta e localizada do medicamento (ex.: testes cutâneos, tuberculina); evitar complicações como abscessos, necrose ou reações sistêmicas; assegurar registro adequado e orientações ao paciente; reduzir erros de via, dose ou técnica de aplicação.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros e técnicos de enfermagem devidamente capacitados para administração de medicamentos por via intradérmica, e é destinado a procedimentos ambulatoriais, hospitalares ou em campanhas de saúde.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): responsável pela avaliação clínica e aplicação quando necessário;➤ Técnico (a) de Enfermagem: realiza aplicação conforme técnica asséptica e sob supervisão;➤ Profissional treinado pode executar em ambientes autorizados (ex.: vacinação pública)				
<p>MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Prescrição médica ou protocolo de vacinação				



2. Medicamento ou antígeno (ex.: tuberculina PPD, antígeno de teste alérgico)
3. Seringa de 1 mL com escala graduada (ou seringa TB)
4. Agulha 0,45 x 13 mm ou 0,30 x 8 mm (agulhas para ID)
5. Algodão ou gaze estéril
6. Álcool 70% para antissepsia
7. Luvas de procedimento
8. Caneta para marcação.

DEFINIÇÃO: Administração intradérmica é a aplicação de pequenas quantidades de medicamento na derme, logo abaixo da epiderme, sendo o método indicado para testes de sensibilidade, como o método de Mantoux (intradermorreação para tuberculose), ou aplicação de certas vacinas (ex.: BCG).

Procedimento:

Preparo Inicial:

- Higienizar as mãos;
- Conferir prescrição médica, medicamento, dose e lote;
- Verificar se o medicamento está dentro do prazo de validade e bem conservado;
- Separar material necessário em bandeja limpa;
- Calçar luvas de procedimento.

Escolha do Local e Preparação do Paciente:

- Escolher preferencialmente a região anterolateral do antebraço (1/3 médio), evitando áreas com dermatite ou lesões;
- Posicionar confortável o paciente com o braço estendido;
- Higienizar o local com algodão embebido em álcool 70%, realizando movimento circular suave e aguardar secagem.

Técnica de Administração Intradérmica:

- Aspirar o medicamento com a seringa adequada, retirando bolhas de ar;
- Segurar a seringa com o bisel da agulha voltado para cima;



- Esticar a pele da área de aplicação com a mão não dominante e inserir a agulha em ângulo de 5 a 15 graus, apenas com o bisel dentro da pele, no espaço intradérmico;
- Injetar lentamente o medicamento (0,1 mL para PPD), observando a formação de pápula (bolha) ou plethora na pele e retirar a agulha suavemente sem massagear o local.

Pós-Procedimento:

- Não cobrir o local após aplicação (salvo orientação específica);
- Orientar o paciente a não coçar ou esfregar o local;
- Informar sobre o tempo necessário para retorno (ex.: 48 a 72 horas para leitura de PPD);
- Descartar seringa e agulha em recipiente perfurocortante;
- Registrar procedimento em prontuário (medicamento, lote, via, local, data e profissional responsável).

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Nunca massagear o local após aplicação intradérmica;
- Evitar aplicar em áreas lesionadas ou com excesso de pelos;
- Se não houver formação da pápula, repetir o procedimento em outra área;
- Monitorar reações de hipersensibilidade intensas (edema, dor, vermelhidão intensa) e informar equipe médica. Após testes cutâneos, marcar local para facilitar leitura adequada.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Técnica deve ser precisa para garantir resultado confiável do teste;
- Medicamentos multidoses devem ser armazenados conforme orientação do fabricante;
- Em vacinação por ID (ex.: BCG), seguir protocolos específicos do PNI.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	<p style="text-align: center;">NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA</u> <u>INTRAMUSCULAR (IM)</u></p>			 POP Nº 15
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão Nº 01
<p>ASSUNTO: Procedimento para administração segura de medicamentos por via intramuscular (IM) em adultos, crianças e idosos, incluindo técnica padrão e ações de prevenção para eventos adversos.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Garantir administração correta de medicamentos via IM, respeitando técnica segura; evitar complicações como dor, abscessos, necrose tecidual ou lesão de nervos; promover absorção adequada e conforto ao paciente; registrar o procedimento com segurança para rastreabilidade; minimizar eventos adversos e riscos de erro de medicação.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a técnicos de enfermagem e enfermeiros (as) habilitados que realizam administração de fármacos por via intramuscular em ambiente ambulatorial, hospitalar ou domiciliar.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): Avalia e define técnica conforme local, condição clínica e tipo de medicamento;➤ Técnico (a) de Enfermagem: Executa a administração sob supervisão do enfermeiro;➤ Farmacêutico (a): Orienta sobre diluição e características medicamentosas (quando necessário).				
<p>MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Prescrição médica válida				



2. Seringa de 3 mL ou 5 mL (conforme dose)
3. Agulha 30 x 7 mm (adultos glúteo) ou 25 x 7 mm (deltoide e vasto lateral)
4. Ampola ou frasco-ampola com medicamento
5. Algodão ou gaze estéril
6. Álcool 70% ou clorexidina alcoólica
7. Luvas de procedimento
8. Recipiente perfurocortante para descarte de agulhas
9. Bandeja

DEFINIÇÃO: A administração intramuscular consiste na injeção direta de medicamentos no músculo, permitindo rápida absorção sistêmica. É utilizada para fármacos irritantes, de liberação lenta ou quando a via oral não está disponível.

Procedimento:

Preparo do Material e Ambiente:

- Realizar higiene das mãos com água e sabão ou álcool 70%, seguindo os 5 momentos de higienização;
- Organizar bandeja com todos os materiais necessários;
- Conferir com atenção:
 - Nome do paciente
 - Nome, dose, via e horário do medicamento
 - Validade, lote e condições físicas do medicamento

Verificação do Acesso e Preparo do Paciente:

- Identificar o paciente e explicar o procedimento, assegurando consentimento e colaboração;
- Verificar alergias, condições clínicas e histórico de reações a injeções;
- Avaliar condições do músculo, evitando áreas com edema, lesão ou dor.
- Deixar o paciente em posição confortável e que promova relaxamento muscular na região de aplicação.



Preparo da Medicação:

- Realizar técnica asséptica para abertura da ampola ou frasco-ampola;
- Aspirar o medicamento com a seringa;
- Expelir bolhas de ar, ajustando a dose corretamente;
- Trocar a agulha utilizada na aspiração por outra nova (para reduzir dor e risco de irritação na aplicação).

Escolha do Local e Técnica de Aplicação:

- Locais recomendados conforme idade e condição clínica:
 - Ventroglútea (próximo ao glúteo): mais segura para adultos (evita nervo ciático).
 - Vasto lateral (terço médio da coxa): preferida em crianças pequenas e idosos.
 - Deltoide (parte superior do braço): volume máximo de 1 mL, indicado para vacinas e pequenas doses.

Orientações técnicas para aplicação:

- Inserir agulha a 90° em relação à pele, com movimento firme e rápido;
- Realizar aspiração suave antes da injeção (ver protocolos locais – em alguns casos é opcional);
- Injetar lentamente (1 mL/5 segundos) para reduzir dor e absorção súbita;
- Não massagear após administrar (evita dispersão ou irritação).

Finalização e Registro:

- Retirar a agulha e pressionar suavemente com gaze estéril por alguns segundos;
- Descartar todo material perfurocortante em coletor rígido imediatamente;
- Higienizar as mãos;
- Registrar em prontuário:
 - Local da aplicação
 - Dose, lote, horário e condição clínica
 - Reação durante o procedimento (se houver)
- Orientar o paciente a observar sinais de efeito adverso (dor persistente, inchaço, febre, vermelhidão intensa, dormência).



CUIDADOS ESPECIAIS:

- Escolher corretamente o tamanho da agulha conforme IMC do paciente:
 - Adulto magro: 25 x 7 mm
 - Adulto médio: 30 x 7 mm
 - Adulto obeso: 30 x 8 mm ou maior
- Evitar uso de região glútea dorsoglútea em pacientes muito magros ou acamados (risco de lesão nervosa);
- Não aplicar mais de 5 mL em um único músculo – para volumes maiores, dividir em locais diferentes;
- Em pacientes em uso de anticoagulante, evitar IM ou ter suporte imediato em caso de sangramento;
- Aplicar compressas quentes após 24h se houver dor leve;
- Nunca administrar antibióticos vesicantes na via IM – conferir guia do fabricante.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Técnica em Z pode ser utilizada para evitar refluxo de medicamentos irritantes ou oleosos (puxar pele lateralmente antes de inserir a agulha, liberando somente após retirar a agulha);
- Em campanhas, utilize cronograma de alternância entre regiões de aplicação;
- Em pediatria, o vasto lateral é preferido para reduzir risco de lesão de nervos ou vasos;
- Pacientes com dor intensa ou sinais de reação local devem ser acompanhados e avaliados por enfermeiro;
- Profissional deve registrar intercorrências no livro de eventos adversos ou no sistema de notificação da unidade.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS			 POP Nº 16
	SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA</u> <u>OCULAR</u>			
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão Nº 01
ASSUNTO: Procedimento seguro e padronizado para administração de medicamentos por via ocular, nas formas de colírios, pomadas, soluções ou suspensões oftálmicas.				
RESULTADOS ESPERADOS: Garantir administração segura de colírios e pomadas, sem risco de contaminação; evitar lesões mecânicas na córnea e mucosas; assegurar absorção adequada e eficácia terapêutica do medicamento; prevenir infecções cruzadas ou falhas de tratamento; garantir registro padronizado do procedimento.				
APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a técnicos de enfermagem e enfermeiros capacitados que realizam administração de medicamentos oftálmicos em ambiente ambulatorial, hospitalar, domicílio ou sala de procedimentos.				
EXECUTANTES: <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): avalia necessidade do procedimento, orienta técnica e realiza quando há intercorrências;➤ Técnico (a) de Enfermagem: executa a técnica conforme prescrição e protocolo;➤ Cuidador treinado: pode realizar em domicílio mediante orientação.				



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Medicamento prescrito (colírio ou pomada)
2. Luvas de procedimento
3. Gaze ou algodão estéril
4. Água filtrada ou soro fisiológico (se necessário para higiene)
5. Papel toalha
6. Recipiente para descarte
7. Bandeja limpa
8. Máscara (para evitar gotículas durante aproximação)

DEFINIÇÃO: Administração ocular consiste na instilação de medicamentos diretamente no saco conjuntival, podendo ser em gotas (colírios) ou em forma de creme/gel (pomada). A absorção ocorre pela mucosa ocular e estruturas superficiais.

Procedimento:

Preparo do Paciente e do Ambiente:

- Higienizar as mãos corretamente;
- Reunir materiais na bandeja;
- Confirmar prescrição médica (nome do colírio, dose, horário, olho certo);
- Explicar o procedimento ao paciente, pedindo colaboração;
- Posicionar o paciente sentado ou em decúbito dorsal, com a cabeça levemente inclinada para trás;
- Higienizar bordas palpebrais com gaze e soro fisiológico, se houver secreções;
- Colocar luvas de procedimento.

Administração de colírios (gotas):

- Segurar o frasco como se fosse uma caneta, com a mão dominante
- Com a mão não dominante, puxar levemente a pálpebra inferior formando uma “bolsinha” (saco conjuntival);
- Aproximar o frasco a 1–2 cm do olho, sem tocar em nada;



- Instilar 1 gota no saco conjuntival (evitar aplicar diretamente sobre a córnea → causa dor);
- Solicitar que o paciente feche os olhos suavemente, sem apertar;
- Pressionar o ducto lacrimal (canto interno do olho) por 1 minuto para melhorar absorção e evitar drenagem para o nariz.

Erros Comuns que Devem Ser Evitados:

- Não encostar ponta do frasco no olho ou pele;
- Não aplicar mais que 1 gota (o saco conjuntival não comporta mais);
- Não limpar ponta do frasco com gaze (risco de contaminação);
- Não manipular colírios diferentes com intervalo inferior a 5 minutos.

Intervalos entre colírios:

- Entre colírios → 5 minutos
- Entre colírio e pomada → 10 minutos (pomada por último).

Administração de pomadas oftálmicas:

- Higienizar novamente as mãos ou trocar luvas se necessário;
- Pedir ao paciente para olhar para cima;
- Puxar a pálpebra inferior formando um espaço;
- Aplicar um filete de 0,5 a 1 cm de pomada sobre o saco conjuntival;
- Solicitar ao paciente que feche os olhos lentamente para espalhar a pomada;
- Avisar que a visão pode ficar turva temporariamente (normal);
- Não permitir esfregar os olhos.

Finalização:

- Limpar excesso com gaze estéril;
- Remover luvas e higienizar mãos;
- Registrar em prontuário:
 - Nome e concentração do medicamento
 - Número de gotas ou quantidade de pomada



- Olho aplicado (OD, OE ou ambos)
- Horário
- Reação observada
- Orientar paciente sobre:
 - Não coçar os olhos;
 - Não compartilhar colírio com ninguém;
 - Manter frasco fechado e armazenado conforme indicação;
 - Retornar em caso de ardência intensa, vermelhidão persistente ou piora da visão.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Em casos de conjuntivite, usar técnica limpa reforçada e separar colírios por olho, se prescrito;
- Evitar uso de colírios vencidos ou com coloração alterada;
- Não usar colírios anestésicos sem prescrição;
- Colírios de corticoide exigem acompanhamento médico rigoroso;
- Se o paciente usar lentes de contato → remover antes da aplicação e recolocar somente após 20–30 min.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Armazenamento especial:
 - Colírios antibióticos e anti-inflamatórios geralmente devem ficar sob refrigeração;
 - Frascos multiuso devem ser descartados 30 dias após abertos.
- Sequência correta quando há múltiplos colírios:
 - Colírio aquoso
 - Colírio gel
 - Pomada oftálmica
- Pacientes idosos podem ter dificuldade em abrir as pálpebras, manter calma, usar iluminação frontal e apoio com gaze.
- Para pacientes acamados:



- Cabeceira elevada
- Posição confortável para evitar reflexo de piscar
- Aplicação deve ser mais lenta
- Crianças e bebês:
 - Técnica de contenção suave (com auxílio do cuidador);
 - Aplicar gota no canto interno do olho, com pálpebra fechada → ao abrir, a gota penetra sem trauma.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA</u> <u>ORAL</u>			 POP N° 17
		Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	
ASSUNTO: Procedimento seguro e padronizado para administração de medicamentos por via oral (VO), incluindo comprimidos, cápsulas, soluções, xaropes e gotas.				
RESULTADOS ESPERADOS: Garantir administração correta e segura dos medicamentos por via oral; verificar e prevenir erros de medicação (dose, horário, paciente, contraindicações); garantir absorção adequada, conforto e segurança ao paciente; minimizar risco de engasgo, aspiração ou efeitos adversos; realizar registro preciso em prontuário.				
APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem habilitados para administração de medicamentos em unidades de saúde, domicílios, escolas, campanhas e instituições de longa permanência.				
EXECUTANTES: <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): avalia condições de administração, contraindicações (disfagia, nível de consciência) e orienta equipe;➤ Técnico (a) de Enfermagem: administra medicamento conforme técnica padronizada e registra em prontuário;➤ Cuidador orientado: pode administrar no domicílio ou ILPI.				



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Prescrição médica atualizada
2. Medicamento prescrito
3. Copo de água potável
4. Copo descartável (unidade)
5. Colher dosadora ou seringa sem agulha para líquidos
6. Luvas de procedimento (se necessário)
7. Bandeja limpa
8. Recipiente para descarte

DEFINIÇÃO: Administração oral consiste na ingestão de medicamentos por meio da boca, nas formas de comprimidos, cápsulas, soluções, suspensões, gotas, pós ou comprimidos sublinguais/bucais.

Procedimento:

Preparo Inicial

- Higienizar as mãos conforme protocolo institucional;
- Realizar conferência dos 9 certos:
 1. Paciente certo
 2. Medicamento certo
 3. Dose certa
 4. Via certa
 5. Horário certo
 6. Registro certo
 7. Forma farmacêutica certa
 8. Alergia verificada
 9. Validade conferida
- Reunir todo material necessário na bandeja;
- Conferir condições físicas do medicamento (integridade do comprimido, cor, odor, consistência);
- Confirmar identidade do paciente pelo nome completo e data de nascimento.



Avaliação do Paciente Antes da Administração:

- Avaliar nível de consciência (risco de aspiração);
- Avaliar capacidade de deglutição e presença de disfagia;
- Checar se o paciente está em jejum ou se a medicação deve ser ingerida com alimento;
- Avaliar se há náuseas, vômitos ou incapacidade de ingerir medicamentos via VO;
- Confirmar se há restrição de líquidos (ex.: insuficiência cardíaca, renal).

Administração Conforme Forma Farmacêutica:

- Comprimidos:
 - Oferecer comprimido com copo de água;
 - Se necessário triturar, verificar se o medicamento pode ser triturado;
 - Administrar triturado com 5–10 mL de água.
- Comprimidos que não podem ser triturados:
 - De liberação prolongada (ex.: “XR”, “CP”, “SR”);
 - Revestimento entérico;
 - Cápsulas gelatinosas de liberação modificada;
 - Hormônios, anticoagulantes, imunossupressores (risco de inalação tóxica).
- Cápsulas:
 - Administrar intacta;
 - Em pacientes com dificuldade de deglutição, verificar protocolo para abrir cápsula e dissolver conteúdo (apenas se permitido).
- Soluções, Xaropes e Gotas:
 - Homogeneizar frasco antes do uso;
 - Medir dose com seringa sem agulha ou colher dosadora;
 - Administrar lentamente para evitar engasgo.
- Medicamento Sublingual:
 - Colocar comprimido sob a língua e não permitir mastigar ou engolir;
 - Esperar dissolução completa e não oferecer água.
- Medicamento Bucal:



- Colocar entre gengiva e mucosa e não mastigar;
- Evitar engolir até dissolver completamente.

Durante a Administração:

- Manter paciente sentado ou com cabeceira elevada > 45°;
- Observar atentamente sinais de engasgo, tosse, dificuldade para engolir;
- Não apressar administração, especialmente em idosos e crianças;
- Permitir pequenos goles de água entre comprimidos;
- Permanecer próximo ao paciente até certificar ingestão correta.

Finalização:

- Higienizar as mãos;
- Registrar administração no prontuário eletrônico ou físico:
 - Medicamento
 - Dose
 - Horário
 - Via
 - Condições antes e após administração
 - Profissional responsável
- Orientar paciente sobre efeitos esperados e possíveis reações adversas;
- Manter medicação em local seguro, longe do alcance de crianças.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Em pacientes com disfagia, considerar via alternativa (SNE, gastrostomia) conforme avaliação;
- Em pacientes com doença de Parkinson, administrar dentro do horário exato (impacto na adesão terapêutica);
- Em diabéticos, monitorar glicemia após medicamentos que alteram glicose;
- Atenção redobrada com benzodiazepínicos, antibióticos fortes e analgésicos opióides;
- Nunca administrar medicamento de outro paciente.



DETALHES COMPLEMENTARES:

Administração com alimentos:

- Alguns medicamentos devem ser ingeridos com comida (ex.: anti-inflamatórios) para reduzir gastrite.
- Outros exigem estômago vazio (ex.: levotiroxina).

Interações importantes:

- Leite pode inativar tetraciclina.
- Suco de grapefruit interage com estatinas e ansiolíticos.
- Ferro VO não deve ser administrado junto com cálcio.

Pacientes com sonda:

- Via oral nunca deve ser administrada através de SNE ou GTT sem verificar forma farmacêutica adequada.

Pacientes idosos:

- Maior risco de engasgo e interações medicamentosas;
- Necessário tempo extra para administração segura.

Pacientes psiquiátricos:

- Observar “pseudodeglutição” (não engolem a medicação).
- Monitorizar até ingestão completa.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	<p style="text-align: center;">NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA</u> <u>RETAL</u></p>			 POP Nº 18
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão Nº 01
<p>ASSUNTO: Procedimento para administração segura de medicamentos pela via retal, como supositórios, enemas, microenemas e soluções retalmente administradas para fins terapêuticos.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Garantir administração correta e segura de medicamentos pela via retal; promover absorção adequada e resposta terapêutica; evitar lesões, perfurações, dor ou constrangimento ao paciente; assegurar privacidade, acolhimento e cuidado humanizado; registrar adequadamente o procedimento para rastreabilidade</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem que realizam administração de medicamentos via retal em ambientes ambulatoriais, domiciliares, hospitalares ou de pronto atendimento.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): avalia indicação da via, orienta equipe, verifica contraindicações e realiza em casos especiais;➤ Técnico (a) de Enfermagem: executa técnica conforme protocolo;➤ Cuidador treinado: pode realizar em ambiente domiciliar após orientação profissional.				



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Medicamento prescrito (supositório, enema, gel ou espuma)
2. Luvas de procedimento
3. Lubrificante hidrossolúvel
4. Gaze estéril
5. Protetor absorvente ou campo limpo
6. Papel toalha
7. Recipiente para descarte
8. Seringa sem agulha (quando for solução)
9. Frasco de enema ou microenema (se for o caso).

DEFINIÇÃO: Via retal consiste na introdução de medicamentos através do canal anal, podendo ser:

- Supositórios (sólidos, que derretem com a temperatura corporal)
- Soluções (enemas, microenemas)
- Espumas ou géis medicinais

Indicado para situações como:

- Anti-inflamatórios
- Antieméticos
- Antitérmicos
- Laxativos
- Tratamentos locais (ex.: hemorroidas)

Procedimento:

Preparo Inicial:

- Higienizar as mãos corretamente;
- Reunir todo material necessário na bandeja;
- Conferir prescrição médica (nome, dose, forma farmacêutica, horário);
- Explicar o procedimento ao paciente de forma clara e acolhedora, garantindo privacidade;
- Fechar portas e cortinas para preservação da intimidade;



- Colocar luvas de procedimento;
- Forrar o leito com campo limpo ou protetor absorvente.

Posicionamento do Paciente:

- Posição preferencial:
 - Decúbito lateral esquerdo, com joelhos semifletidos (posição de Sims) / Justificativa: anatomia do cólon favorece inserção, maior conforto.
- Alternativas (se necessário):
 - Dorsal com joelhos flexionados
 - Posição genupeitoral (somente em procedimentos específicos, como enemas completos)

Administração de supositório:

- Higienizar região perianal com gaze, se necessário;
- Aplicar lubrificante hidrossolúvel na ponta do supositório e na luva do profissional;
- Separar suavemente as nádegas com a mão não dominante;
- Com a mão dominante, introduzir lentamente o supositório com o lado pontiagudo ou arredondado para frente, aproximadamente 3 a 4 cm em adultos e 2 cm em crianças;
- Após inserir, manter nádegas aproximadas por 15–20 segundos para evitar expulsão imediata;
- Orientar paciente a permanecer em decúbito lateral por pelo menos 10 minutos.

Administração de enema / microenema / solução retal:

- Verificar se solução está em temperatura adequada (frio causa cólica e retenção);
- Lubrificar a ponta do aplicador;
- Separar nádegas com a mão não dominante;
- Introduzir ponta do frasco ou sonda suavemente no canal anal, não avançando mais que 6–8 cm em adultos;
- Administrar conteúdo lentamente para evitar dor ou expulsão precoce;
- Retirar aplicador e manter nádegas próximas por 10–20 segundos;
- Orientar paciente a reter conteúdo pelo tempo indicado, geralmente entre 5 e 15 minutos.



Finalização:

- Remover luvas e higienizar mãos;
- Desprezar resíduos adequadamente;
- Garantir conforto e privacidade ao paciente;
- Registrar no prontuário:
 - Medicamento
 - Dose
 - Horário
 - Forma (supositório, enema, etc.)
 - Tempo de retenção (se aplicável)
 - Reação do paciente.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Não administrar via retal em casos de:
 - Sangramento retal ativo
 - Fissuras anais muito dolorosas
 - Cirurgias retais recentes
 - Diarreia intensa
 - Suspeita de obstrução intestinal
- Não forçar a introdução do medicamento — risco de perfuração;
- Utilizar sempre lubrificante hidrossolúvel, nunca vaselina;
- Em crianças, uso deve ser extremamente cuidadoso e com tamanho adequado da sonda ou supositório;
- Em idosos com demência, manter contenção verbal suave, nunca força física;
- Para enemas: evitar volumes excessivos, pois aumentam risco de ruptura do cólon ou reflexo vagal.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Absorção pela via retal evita metabolismo de primeira passagem pelo fígado, por isso alguns medicamentos têm efeito mais rápido.



- Supositórios podem ser armazenados sob refrigeração para facilitar inserção em dias quentes.
- Pacientes acamados podem apresentar expulsão precoce — manter decúbito correto auxilia muito.
- Sempre confirmar se o paciente não evacuou logo após a administração; se evacuou imediatamente, medicamento pode não ter efeito.
- Em uso de laxantes retal (glicerina, fosfato), monitorar sinais de desidratação.
- Medicamentos com ação local para hemorroidas devem ser aplicados apenas superficialmente, não profundamente.
- Em enemas de limpeza, monitorar sinais de mal-estar, sudorese, dor abdominal e reflexo vagal (queda de pressão).

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	<p style="text-align: center;">NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA</u> <u>SUBCUTÂNEA (SC)</u></p>			 POP N° 19
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento seguro para administração de medicamentos pela via subcutânea (SC), utilizada para fármacos que necessitam absorção lenta e contínua no tecido adiposo.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Garantir administração correta, asséptica e segura via subcutânea; promover absorção adequada, lenta e contínua dos medicamentos; minimizar riscos de dor, hematoma, infecção ou lipodistrofia; assegurar cuidado humanizado e registro completo do procedimento; prevenir eventos adversos causados por técnica inadequada.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem capacitados para administração de medicamentos por via SC em ambientes ambulatoriais, hospitalares, domiciliares, ILPIs e Unidades Básicas de Saúde.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): supervisiona técnica, avalia locais de aplicação, realiza em casos especiais;➤ Técnico (a) de Enfermagem: realiza administração conforme protocolo;➤ Cuidador treinado: pode administrar insulina ou medicação de rotina mediante prescrição e capacitação.				
<p>MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Seringa de 1 mL, 3 mL ou seringa de insulina				



2. Agulhas finas (13 x 4,5 mm / 13 x 4 mm / 8 mm para insulina)
3. Luvas de procedimento
4. Algodão ou gaze estéril
5. Álcool 70%
6. Medicamento prescrito
7. Recipiente perfurocortante
8. Bandeja limpa
9. Dispositivo de segurança (agulhas retráteis, se disponível)

DEFINIÇÃO: A administração subcutânea consiste na aplicação de medicamentos no tecido adiposo abaixo da derme, com absorção gradual. Indicada para:

- Insulinas
- Anticoagulantes (heparinas)
- Analgésicos específicos
- Imunobiológicos
- Hidratação subcutânea (hipodermólise)

Procedimento:

Preparo Inicial:

- Higienizar as mãos conforme protocolo;
- Checar os 9 certos da administração de medicamentos;
- Verificar integridade e validade do medicamento;
- Preparar bandeja com material necessário;
- Identificar o paciente e explicar o procedimento.

Escolha do Local de Aplicação:

- Locais recomendados:
 - Braço (face externa do deltóide)
 - Abdômen (pelo menos 2 cm afastado do umbigo – melhor absorção para insulina)
 - Coxa (terço médio – face ântero-lateral)



- Região glútea (quadrante superior externo)

Rodízio de locais deve ser realizado para evitar lipodistrofia, principalmente em usuários de insulina.

Preparo da Pele:

- Higienizar local com algodão ou gaze embebida em álcool 70%;
- Aguardar secagem natural (evita ardência e melhor ação antisséptica).

Técnica de Administração:

- Formar Prega Cutânea:
 - Pacientes magros: prega obrigatória;
 - Pacientes de IMC médio: opcional;
 - Pacientes obesos: geralmente não necessita prega (tecido adiposo abundante).
- Com a mão não dominante:
 - Pinçar a pele formando uma prega entre polegar e indicador.

Inserção da Agulha:

- Inserir agulha com ângulo de 45° se prega longa;
- Inserir com ângulo de 90° para agulhas muito curtas ou insulina moderna;
- Inserção deve ser rápida e firme, mas suave.

Administração:

- Injetar lentamente o medicamento;
- Não aspirar quando o medicamento for heparina ou insulina, conforme protocolos atuais;
- Em medicamentos de rotina, verificar protocolo institucional sobre aspiração.

Retirada da Agulha:

- Retirar agulha de forma rápida e reta;
- Soltar prega somente após a retirada da agulha.



Pós-administração:

- Não massagear o local (especialmente heparinas – risco de hematoma);
- Pressionar levemente com gaze, sem esfregar.

Finalização:

- Descartar agulha em caixa de perfurocortante imediatamente;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário:
 - Local de administração
 - Dose e medicamento
 - Horário
 - Lote
 - Condições do paciente e intercorrências
 - Orientar paciente sobre possíveis reações locais (ardência leve, área sensível).

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Heparina: nunca aspirar e nunca massagear após aplicação;
- Insulina: verificar dose com precisão absoluta;
- Em pacientes com pouca gordura subcutânea → usar ângulo de 45°;
- Evitar áreas com cicatrizes, hematomas, nódulos ou lipodistrofia;
- Em pacientes diabéticos frágeis, observar hipoglicemia após insulina;
- Realizar rodízio sistemático de locais, principalmente em insulinas;
- Monitorizar sempre reações alérgicas.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Velocidade de absorção por região:
 - Abdômen → mais rápida
 - Braço → rápida



- Coxa → moderada
- Glúteo → mais lenta
- Insulina ultrarrápida deve preferencialmente ser aplicada no abdômen.
- Em idosos, a pele é mais fina → usar agulhas curtas e ângulo de 45°.
- Para hipodermoclise:
 - Volume máximo por ponto: 500 mL
 - Soluções isotônicas;
 - Repor a cada 24–72 horas conforme equipe.
- Em pacientes desnutridos, a camada subcutânea é fina → cuidado redobrado.
- Medicamentos irritantes (ex.: imunobiológicos) podem necessitar compressa fria pós-aplicação.
- Se houver sangramento, pressionar suavemente — nunca massagear.
- Lipodistrofia prejudica absorção e efeito da medicação → fazer rodízio rigoroso.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	<p style="text-align: center;">NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA</u> <u>SUBLINGUAL</u></p>			 POP N°20
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento seguro para administração de medicamentos por via sublingual, utilizada para fármacos que necessitam absorção rápida, efetiva e sem metabolismo de primeira passagem.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Garantir administração correta e segura de medicamentos por via sublingual; assegurar absorção rápida e eficaz, especialmente em urgências; prevenir engasgo, ingestão acidental e perda da eficácia medicamentosa; garantir registro completo e monitoramento clínico do paciente; minimizar riscos como hipotensão súbita (ex.: nitratos).</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem capacitados na administração de medicamentos sublinguais em ambientes ambulatoriais, hospitalares, unidades de urgência/emergência, UBS e atendimento domiciliar.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): avalia condição clínica, indica a via, orienta equipe e monitora resposta medicamentosa;➤ Técnico (a) de Enfermagem: executa administração sublingual e registra;➤ Cuidador treinado: pode administrar em casa com prescrição e orientação.				
<p>MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Medicamento prescrito (comprimido sublingual, spray ou solução)				



2. Luvas de procedimento
3. Copo descartável com pequena quantidade de água (se necessário antes da administração)
4. Papel toalha
5. Bandeja limpa
6. Relógio ou cronômetro (para monitorar resposta)

DEFINIÇÃO: Via sublingual consiste na colocação do medicamento embaixo da língua, permitindo absorção pelo plexo venoso sublingual. Evita metabolismo hepático inicial → ação mais rápida.

- Usado em:
 - Crises de angina → nitrato sublingual
 - Antieméticos
 - Analgésicos potentes
 - Medicações ansiolíticas e anticonvulsivantes específicas

Procedimento:

Preparo Inicial:

- Higienizar as mãos conforme protocolo;
- Conferir os 9 certos antes da administração:
 - Paciente;
 - Medicamento;
 - Dose;
 - Horário;
 - Via;
 - Forma;
 - Validade;
 - Alergias;
 - Registro.
- Reunir materiais;
- Identificar e explicar o procedimento ao paciente de forma clara;
- Avaliar condições orais:



- Ressecamento intenso (pode dificultar dissolução)
- Presença de lesões na mucosa
- Uso de prótese dentária

Preparo do Paciente:

- Posicionar o paciente sentado ou com cabeceira elevada (> 45°);
- Solicitar que não engula, não mastigue e não chupe o comprimido;
- Se a boca estiver seca → oferecer pequeno gole de água antes, mas não após.

Administração do Medicamento Sublingual:

Comprimido Sublingual:

- Calçar luvas de procedimento;
- Solicitar ao paciente que levante a língua;
- Colocar o comprimido embaixo da língua, próximo à região sublingual vascularizada;
- Orientar para não mover o comprimido, deixando dissolver naturalmente;
- Instruir para manter a boca fechada até dissolução completa (geralmente 1–5 min);
- Não permitir ingestão de água durante dissolução.

Spray Sublingual:

- Agitar frasco (se indicado pelo fabricante);
- Direcionar spray para o espaço sublingual com a língua elevada;
- Aplicar jato conforme prescrição;
- Manter boca fechada após aplicação.

Monitorização Após Administração:

- Monitorar sinais vitais conforme medicamento:
 - Nitratos: PA → pode causar hipotensão brusca
 - Benzodiazepínicos: sedação e nível de consciência
 - Antieméticos: resposta clínica em minutos



Observar efeitos adversos imediatos:

- Tontura
- Cefaleia
- Palidez
- Taquicardia
- Náuseas
- Sensação de queimação sublingual

Finalização:

- Retirar luvas e higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário:
 - Medicamento
 - Dose
 - Via sublingual
 - Horário
 - Condições clínicas pré e pós administração
 - Efeitos adversos

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Se o paciente engolir o comprimido → medicamento perde efeito rápido → informar enfermeiro e avaliar nova dose.
- Em caso de dor torácica → monitorar PA e FC antes e após nitrato.
- Em idosos → maior predisposição à hipotensão ortostática.
- Não administrar nitrato se paciente usou Viagra, Cialis ou Levitra nas últimas 24–48h (risco grave de colapso circulatório).
- Em crianças, cuidado dobrado com dosagem.
- Evitar via sublingual se houver:
 - Pouca saliva
 - Mucosite intensa



- Feridas extensas
- Agitação ou inconsciência

DETALHES COMPLEMENTARES:

- A via sublingual não deve ser mastigada, pois depende da absorção pelas mucosas.
- A absorção ocorre em média em 1 a 2 minutos para nitratos → ideal para urgência.
- Comprimidos devem ser pequenos; comprimidos grandes, mesmo triturados, não servem para uso sublingual.
- Após nitratos, recomendação é manter paciente sentado ou deitado até estabilizar pressão.
- Se houver saliva excessiva → pode retardar absorção.
- Nunca aplicar beijo/lábio: sempre área sublingual vascularizada.
- Em pacientes com prótese dental móvel → retirar para evitar deslocamento ou engasgo.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>VERIFICAÇÃO DA SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO</u>			 POP N°21
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento seguro e padronizado para aferição da saturação periférica de oxigênio (SpO₂) utilizando oxímetro de pulso.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Obter valores confiáveis da saturação de oxigênio e frequência de pulso; identificar precocemente hipóxia, insuficiência respiratória ou descompensações clínicas; garantir tomada de decisão rápida e precisa na urgência e emergência; reduzir erros por interferências externas ou técnicas; registrar adequadamente os valores para acompanhamento.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos é aplicado a enfermeiros (as), técnicos (as) de enfermagem e profissionais capacitados que realizam monitorização de oxigenação em salas de emergência, consultórios, UBS, UPA, ambulâncias, visitas domiciliares e atendimentos de rotina.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): supervisiona, interpreta valores críticos e toma condutas clínicas;➤ Técnico (a) de Enfermagem: realiza aferição conforme POP e comunica valores alterados;➤ SAMU/APS/UPA: equipe treinada pode realizar durante transporte ou pré-atendimento.				



DEFINIÇÃO: Aferição de saturação de O₂ é a medição não invasiva da oxigenação sanguínea utilizando oxímetro digital, que emite luz infravermelha e identifica a porcentagem de hemoglobina saturada no sangue periférico.

Procedimento:

Preparo Inicial:

- Higienizar as mãos;
- Confirmar a identificação do paciente;
- Explicar o procedimento de forma simples;
- Verificar funcionamento do oxímetro e carga da bateria;
- Higienizar o sensor com álcool 70%.

Preparação do Paciente:

- Certificar-se de que o paciente esteja em repouso por pelo menos 1 minuto;
- Retirar esmalte escuro ou unhas artificiais (pode alterar leitura);
- Se as mãos estiverem frias → aquecer com fricção suave;
- Posicionar paciente sentado ou em decúbito com cabeça elevada;
- Pedir que mantenha a mão apoiada e imóvel.

Escolha do Local de Aferição:

- Locais preferenciais:
 - Dedo indicador
 - Dedo médio
 - Dedo anelar

Alternativas:

- Orelha
- Hélix
- Lóbulo da orelha
- Nariz (sensores especiais)



- Região plantar (bebês)

Evitar:

- Dedos com perfusão ruim
- Edema importante
- Lesões ou feridas
- Extremidades frias

Técnica de Aferição:

- Abrir sensor e posicionar o dedo até o fundo do equipamento;
- Certificar-se de que a luz do sensor esteja alinhada com o leito ungueal;
- Manter a mão imóvel, relaxada e apoiada;
- Aguardar estabilização do valor (geralmente 15–30 segundos);
- Observar duas medidas simultâneas:
 - SpO₂ (saturação)
 - Frequência de pulso (batimentos/min)
- Registrar valores mais consistentes e estáveis:

Finalização:

- Remover o sensor;
- Higienizar o equipamento;
- Higienizar as mãos;
- Registrar:
 - SpO₂
 - FC
 - Local da aferição
 - Condições do paciente
 - Suplementação de O₂ (se houver)
 - Condutas adotadas



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Oxímetro de pulso portátil ou hospitalar
2. Pilhas ou bateria carregada
3. Álcool 70%
4. Gaze ou algodão
5. Luvas de procedimento (quando necessário)
6. Prontuário ou planilha de registro

CUIDADOS ESPECIAIS:

- $\geq 95\%$ – normal em adultos saudáveis.
- 92% a 94% – requer monitoramento e avaliação clínica.
- $< 92\%$ – indica possível hipóxia; avaliar sinais respiratórios e considerar encaminhamento.
- $< 90\%$ – situação de alerta, podendo indicar urgência.
- Crianças e lactentes: valores $< 94\%$ já são preocupantes.

Fatores que alteram a leitura:

- Extremidades frias
- Hipotensão
- Choque
- Movimentação excessiva
- Unhas postiças ou esmalte escuro
- Anemia grave
- Intoxicação por monóxido de carbono (falsamente elevadas)
- Sensor mal posicionado
- Luz direta muito forte sobre o sensor

Indicações específicas de uso:

- Dor torácica
- Crises asmáticas



- COVID-19 ou síndromes gripais
- Dispneia de qualquer gravidade
- Pós-operatório
- Uso de oxigenoterapia
- Avaliação de gestantes com queixas respiratórias
- Monitoramento de idosos frágeis
- Pacientes acamados

Critérios de alerta e encaminhamento imediato:

- SpO₂ < 92% em adultos
- SpO₂ < 94% em crianças
- SpO₂ < 90% em qualquer situação
- Presença de cianose, confusão mental, rebaixamento de consciência
- Uso acentuado da musculatura acessória
- Saturação que cai progressivamente ao longo das medições
- Saturação não melhora após aquecer extremidade ou reposicionar sensor

Observações sobre oxímetro pediátrico:

- Sensor deve ser proporcional ao dedo da criança
- Em neonatos, leitura preferencial em:
 - Pé
 - Mão
 - Palma
- Evitar medir durante choro intenso (altera a perfusão).

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Oxímetros medem saturação, não trocas gasosas → em IRpA a SpO₂ pode estar normal.
- Não confundir batimentos (FC) com frequência respiratória.
- Em pacientes ansiosos, repetir aferição após acalmar.



- Em mãos muito frias, usar calor local melhora a leitura.
- Em gestantes, quedas de saturação são sinais de alerta para eclâmpsia, embolia ou complicações.
- Durante crises asmáticas → aferição deve ser contínua.
- Em transporte de ambulância:
 - Evitar vibração do braço
 - Fixar sensor com micropore se necessário
 - Relatar valores ao receber o paciente na referência
- Em intoxicação por monóxido de carbono, a SpO₂ pode aparecer normal, pois oxímetro não identifica carboxihemoglobina — sempre considerar contexto clínico.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>AFERIÇÃO DE TEMPERATURA CORPORAL</u>			 POP N°22
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento padronizado para aferição da temperatura corporal utilizando diferentes métodos: axilar, timpânica, oral e retal, com foco na técnica mais utilizada na APS e urgência: temperatura axilar.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Obter medida precisa e confiável da temperatura corporal; identificar precocemente febre, hipotermia e alterações térmicas importantes; garantir conforto, segurança e privacidade ao paciente; registrar dados para monitoramento clínico e diagnóstico; evitar erros de aferição relacionados a técnica inadequada.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se enfermeiros (as), técnicos (as) de enfermagem e demais profissionais capacitados que realizam mensuração da temperatura em unidades de saúde, emergências, ambulâncias, atendimentos domiciliares, escolas e instituições.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): avalia alterações térmicas, toma condutas, orienta equipe;➤ Técnico (a) de Enfermagem: efetua aferição conforme POP e registra;➤ Profissional capacitado: atua em campanhas, escolas e visitas.				
<p>DEFINIÇÃO: Aferição da temperatura é a medição do grau de calor produzido pelo corpo humano, representando equilíbrio entre produção e perda de calor.</p>				



Valor normal varia conforme via:

- Axilar: 36,0°C a 37,2°C
- Oral: 36,2°C a 37,5°C
- Timpânica: 36,4°C a 37,6°C
- Retal: 36,5°C a 37,8°C (sempre maior)

Febre: $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ axilar

Hipotermia: $\leq 35^{\circ}\text{C}$

Procedimento:

Preparo de aferição da Temperatura Axilar

- Higienizar as mãos;
- Reunir materiais;
- Conferir funcionamento e bateria do termômetro;
- Identificar paciente;
- Explicar o procedimento.

Preparação do Paciente:

- Solicitar que retire roupas que cubram a axila;
- Secar axila se houver suor (suor pode gerar falsa temperatura baixa);
- Manter braço relaxado.

Realização:

- Posicionar ponta do termômetro digital no centro da axila;
- Solicitar que o paciente feche o braço firmemente sobre o corpo;
- Aguardar tempo indicado pelo fabricante (geralmente 30–60 segundos);
- Para termômetros antigos (mercuriais — hoje não recomendados):
 - Tempo mínimo: 5 minutos.

Finalização:

- Remover termômetro;



- Limpar com álcool 70%;
- Registrar valor em °C;
- Higienizar as mãos.

Aferição da Temperatura Timpânica (ouvido)

Orientações:

- Usar protetor descartável no sensor;
- Puxar o pavilhão auricular:
 - Adultos: para cima e para trás;
 - Crianças menores: para baixo e para trás;
- Inserir suavemente o sensor no canal auditivo;
- Disparar leitura em 1–3 segundos.

Cuidados:

- Não usar em otites, dor intensa, secreção ou tampão de cerúmen;
- Pode dar falso +0,3 a +0,5°C.

Aferição da Temperatura Oral

Orientações:

- Usar somente em pacientes conscientes e colaborativos;
- Aguardar 15 minutos se o paciente comeu, bebeu café, água gelada ou fumou;
- Colocar termômetro embaixo da língua, lateralizado, boca fechada;
- Não recomendado em crianças pequenas.

Aferição da Temperatura Retal

Cuidados:

- Lubrificar ponta do termômetro;
- Inserir 1 a 2 cm (bebês) ou 3 cm (adultos);
- Valores são sempre 0,5°C mais altos que axilar;
- Contraindicações: sangramento retal, fissuras, diarreia intensa.



Finalização Geral:

- Higienizar termômetro com álcool 70%;
- Descartar materiais;
- Higienizar as mãos;
- Registrar:
 - Valor da temperatura
 - Via utilizada
 - Horário
 - Condições do paciente
- Comunicar enfermeiro em casos de febre, hipotermia ou alterações súbitas.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Termômetro digital, infravermelho, timpânico ou clínico
2. Algodão ou gaze
3. Álcool 70%
4. Papel toalha
5. Luvas de procedimento (se necessário)
6. Bandeja limpa
7. Prontuário ou planilha de registro

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Evitar medir temperatura no mesmo braço que recebeu soro aquecido ou bolsa térmica;
- Suor reduz leitura — sempre secar axila;
- Agitação ou choro intenso pode elevar temperatura corporal;
- Em febre, reavaliar após 30 minutos ou conforme protocolo;
- Em lactentes → hipercapnia pode ocorrer com excesso de roupas, conferindo falsa febre;
- Em pacientes críticos → medir na mesma via para acompanhar tendência.



DETALHES COMPLEMENTARES:

- Termômetros infravermelhos de testa não são confiáveis em ambientes muito quentes, frios ou com vento.
- Em ambulância, vibração pode interferir na leitura → estabilizar braço do paciente.
- Hipertermia maligna → temperatura sobe rapidamente (urgência absoluta).
- Baixa temperatura pode indicar:
 - Choque
 - Sepsis em fase tardia
 - Hipotireoidismo
 - Exposição ao frio
- Importante diferenciar:
 - Febre → resposta imunológica
 - Hipertermia → falha no controle térmico
- Em pacientes com queimaduras axilares → nunca usar via axilar.
- Em diabéticos, febre persistente pode indicar infecção oculta → monitorização rigorosa.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>AFERIÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC)</u>			 POP N°23
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
ASSUNTO: Procedimento padronizado para aferição manual e eletrônica da frequência cardíaca (FC), incluindo pulso radial, braquial, femoral, carotídeo, pedioso e monitorização por dispositivos digitais.				
RESULTADOS ESPERADOS: Obter FC precisa, confiável e reprodutível; identificar arritmias, taquicardia, bradicardia e sinais de perfusão; detectar precocemente deterioração clínica; apoiar decisões imediatas em urgência; registrar valores com clareza para acompanhamento.				
APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros (as), técnicos (as) de enfermagem e profissionais autorizados que realizam monitorização da FC em ambientes como: UBS, consultórios, UPA, pronto atendimento, ambulâncias, domicílio, campanhas e revisão de sinais vitais.				
EXECUTANTES: <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): interpreta valores críticos, avalia arritmias e define condutas;➤ Técnico (a) de Enfermagem: realiza aferição conforme POP e relata alterações;➤ Profissional capacitado: pode executar em triagens e avaliações rápidas.				
DEFINIÇÃO: Frequência cardíaca = número de pulsações cardíacas por minuto, podendo ser aferida manualmente em artérias periféricas ou centrais, ou por monitores multiparamétricos e oxímetros.				



Valores de referência:

- Adultos: 60–100 bpm
- Idosos: 60–100 bpm (atenção à perfusão fraca)
- Crianças: 80–140 bpm
- Lactentes: 100–160 bpm

Procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Identificar o paciente;
- Explicar o procedimento;
- Garantir que o paciente esteja em repouso por 1 minuto antes da aferição;
- Avaliar perfusão periférica:
 - Cor da pele
 - Preenchimento capilar
 - Temperatura da pele

Tipos de pulso e indicações:

- Pulso radial: mais utilizado, fácil acesso;
- Pulso braquial: crianças e lactentes;
- Pulso femoral: avaliação circulatória em emergência;
- Pulso carotídeo: emergência e PCR — nunca dos dois lados ao mesmo tempo;
- Pulso pedioso/tibial posterior: avaliar perfusão periférica;
- Pulso apical (auscultado): arritmias, uso de digitálicos, idosos.

Técnica de Aferição Manual - Pulso Radial

Localização:

- Solicitar ao paciente que estenda o antebraço;
- Posicionar polpas dos dedos índice e médio sobre a artéria radial (lado do polegar);
- Não usar o polegar do profissional (tem pulso próprio).



Aferição:

- Sentir o pulso com firmeza, mas sem compressão excessiva;
- Avaliar:
 - Força (0 = ausente, +1 fraco, +2 normal, +3 forte)
 - Ritmo (regular/irregular)
 - Amplitude
- Contar:
 - 60 segundos completos → se ritmo irregular;
 - 30 segundos x 2 → se ritmo regular.

Observações importantes:

- Se houver arritmia → comunicar enfermeiro e repetir aferição apical;
- Ritmo irregular + baixa perfusão = sinal de alerta.

Técnica de Aferição Apical (Ausculta):

Procedimento:

- Posicionar estetoscópio no 5º espaço intercostal, linha hemiclavicular esquerda;
- Auscultar batimentos diretamente do coração;
- Contar por 1 minuto completo.

Indicações:

- Bradicardia inexplicada
- Arritmias
- FA (fibrilação atrial)
- Crianças pequenas
- Uso de medicamentos cardioativos

Técnica de Aferição com Oxímetro de Pulso

Procedimento:

- Colocar sensor no dedo;



- Aguardar estabilização;
- Verificar FC no visor (valor pulsátil sincronizado com SpO₂);
- Confirmar ritmo pela regularidade do pulso indicado no gráfico/onda (se disponível).

Cuidados:

- Unhas postiças e esmalte escuro alteram leitura;
- Tremores, mãos frias e baixa perfusão prejudicam resultado.

Finalização

- Higienizar as mãos;
- Registrar:
 - Valor da FC
 - Ritmo (regular/irregular)
 - Local aferido
 - Condições do paciente
 - Presença de dor, palidez, sudorese
 - Condutas adotadas
- Comunicar imediatamente sinais de alerta.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Relógio com ponteiro de segundos ou cronômetro;
2. Oxímetro de pulso (para FC simultânea);
3. Monitor multiparamétrico (se disponível);
4. Luvas (quando houver risco de contato com secreções ou pele lesionada);
5. Prontuário para registro.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- FC < 50 bpm com sintomas → urgência;



- FC > 130–150 bpm → avaliar risco de arritmia/hipovolemia;
- Em febre → FC aumenta ~10 bpm por grau acima de 37°C;
- Em crianças → FC é naturalmente mais alta;
- Nunca aferir pulso carotídeo bilateral (risco de síncope);
- Em choque, pulso radial pode estar ausente → tentar femoral ou carotídeo;
- Pulso filiforme = aviso crítico de choque.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Pulso paradoxal: queda da PA e pulso durante inspiração → possível tamponamento cardíaco;
- Déficit de pulso: FC apical maior que radial → arritmia importante (FA);
- Em lactentes, FC pode chegar a 180 bpm em choro intenso — importante aferir em repouso;
- Em pacientes atletas → FC de 45–55 bpm pode ser normal;
- Medicamentos que reduzem FC:
 - Betabloqueadores
 - Digoxina
 - Clonidina
 - Opioides
- Medicamentos que aumentam FC:
 - Broncodilatadores
 - Adrenalina
 - Cafeína
 - Antipsicóticos
 - Febre e dor
- Em ambulância, vibração dificulta aferição manual → preferir oxímetro confirmado por palpação.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ALINHAMENTO E ESTABILIZAÇÃO MANUAL DA</u> <u>COLUNA CERVICAL</u>			 POP N°24
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento para alinhamento e estabilização manual da coluna cervical em vítimas de trauma, quedas, acidentes automobilísticos, atropelamentos, agressões físicas e situações com suspeita de lesão cervical.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Manter eixo neutro da coluna cervical; evitar movimentação da cabeça e pescoço; prevenir agravo de lesões medulares; garantir segurança da vítima até colocação de colar cervical/pranchamento; contribuir para estabilização do paciente politraumatizado.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros (as), técnicos (as) de enfermagem, socorristas treinados e equipes de urgência/emergência durante:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Primeiros atendimentos➤ Triagem de emergência➤ Sala de estabilização➤ Atendimento pré-hospitalar (ambulância)➤ Transferência intrahospitalar➤ Remoção para prancha longa ou colar cervical				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Profissional responsável pela via aérea: normalmente mantém estabilização cervical;				



- Técnico/Enfermeiro/Socorrista: executa alinhamento e imobilização;
- Equipe de apoio: coloca colar cervical, realiza pranchamento, monitora sinais vitais.

DEFINIÇÃO: A estabilização manual da coluna cervical consiste em imobilização feita com as mãos, com o objetivo de impedir:

- Flexão
- Extensão
- Rotação
- Desvio lateral
- Deslocamento axial

Procedimento:

Avaliação Inicial e Segurança da Cena:

- Garantir segurança da equipe e da vítima;
- Aproximar-se pela frente do paciente sem movimentar a cabeça;
- Identificar mecanismo de trauma → quedas, colisões, ejeção, arma branca, etc.;
- Assumir imediatamente estabilização manual se houver qualquer suspeita de lesão cervical.

Técnica de Estabilização Manual da Coluna Cervical:

- Posicionamento do Profissional:
 - Ficar atrás da cabeça do paciente (preferencial).
 - Alternativa: ao lado, porém mantendo controle firme.

Posição das Mãos:

- Colocar as mãos nas laterais da cabeça, envolvendo as orelhas;
- Os polegares apoiam levemente na região malar;
- Os outros dedos apoiam a base do crânio e mandíbula;
- Manter alinhamento natural: orelha, ombro e quadril no mesmo eixo.



Como sustentar:

- Segurar a cabeça firmemente, mas sem força excessiva;
- Evitar flexão, extensão, rotação ou inclinação;
- Olhar frontal do paciente deve permanecer alinhado ao teto.

Alinhamento (“Eixo Neutro”):

- Indicado quando:
 - A cabeça está discretamente rodada
 - A posição não causa dor extrema
 - Paciente não relata formigamento ou choque

Como alinhar:

- Mover a cabeça lentamente para o eixo neutro;
- Parar imediatamente se houver:
 - Dor intensa
 - Resistência muscular
 - Crepitação
 - Formigamento em membros
 - Piora neurológica
- Se houver sinal neurológico → não insistir no alinhamento. Manter posição encontrada.

Manutenção da Estabilização Manual:

- Durante todo o atendimento:
 - Manter mãos firmes
 - Acompanhar movimentação do tronco
 - Manter comunicação com equipe
 - Nunca soltar cabeça até que colar cervical esteja completamente fixado

Coordenação com a Equipe para Colocação do Colar Cervical:

Passo a passo (mínimo 2 pessoas):



1. Profissional 1 → mantém estabilização manual;
2. Profissional 2 → mede colar cervical (tamanho correto);
3. Profissional 2 → monta colar com parte posterior fixa;
4. Profissional 1 → eleva discretamente o queixo (sem extensão);
5. Profissional 2 → desliza parte posterior atrás da nuca;
6. Ajustar parte anterior sobre a mandíbula;
7. Fixar velcro sem hiperextensão;
8. Profissional 1 só solta após confirmação do encaixe perfeito.

Estabilização durante o pranchamento (se necessário):

Sequência com 3–4 pessoas:

1. Profissional 1 → mantém cervical
2. Profissional 2 → posiciona prancha
3. Profissional 3 → controla tronco e pelve
4. Profissional 4 → controla membros

Finalização

- Garantir paciente imobilizado e seguro;
- Registrar no prontuário:
 - Data/hora
 - Motivo da estabilização
 - Nível de consciência
 - Posição encontrada da cabeça
 - Presença de dor, parestesias, crepitação
 - Aplicação do colar cervical
 - Condutas tomadas
 - Comunicar equipe médica ou reguladora (em ambulância).

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas de procedimento



2. Equipe treinada (pelo menos 2 pessoas, idealmente 3–4 em pranchamento)
3. Colar cervical adequado ao tamanho do paciente
4. Cintas fixadoras (se pranchamento for necessário)
5. Prancha longa (se houver indicação)
6. Toalhas ou coxins (se faltar colar)

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Não forçar alinhamento se houver:
 - Dor intensa
 - Espasmo muscular
 - Resistência
 - Déficit neurológico
 - Trauma penetrante
- Em gestantes → cuidado com posição supina prolongada (risco de compressão aortocava).
- Crianças → cabeça proporcionalmente maior → colocar coxins sob ombros.
- Idosos → osteoporose aumenta risco de fratura → movimentos devem ser mínimos.
- Nunca utilizar tração cervical manual.
- Em PCR traumático → estabilização deve ser mantida durante RCP, garantindo equipe suficiente.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- O primeiro profissional a tocar o paciente deve imediatamente assumir a cervical.
- Movimentos bruscos podem agravar lesão medular e causar paraplegia/tetraplegia.
- Em acidentes automobilísticos → estabilização deve começar ainda dentro do veículo, se seguro.
- Em pacientes agitados (hipóxia, álcool, trauma craniano):
 - Manter estabilização com apoio de outro profissional
 - Usar colar cervical rápido
 - Evitar contenção física descoordenada
- Em ambiente pré-hospitalar, vento, chuva e terreno irregular exigem maior firmeza na estabilização.
- Se colar cervical estiver mal ajustado:



- Muito folgado → não imobiliza
- Muito apertado → compromete ventilação e retorno venoso
- Em ausência de colar → improvisar com toalhas dobradas à direita e esquerda da cabeça.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ANTERIORIZAÇÃO DA MANDÍBULA</u>			 POP N°25
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento de abertura de via aérea por anteriorização da mandíbula, utilizado em vítimas inconscientes, com rebaixamento de nível de consciência, ou suspeita de trauma cervical.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Desobstruir via aérea superior sem realizar extensão cervical; melhorar entrada e saída do ar; permitir ventilação eficaz com máscara-valva (AMBU); prevenir hipóxia e complicações graves; manter via aérea permeável até intubação ou posicionamento definitivo.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros (as), técnicos (as) de enfermagem, equipes de urgência, emergência, APH e sala vermelha.</p> <p>Indicado em:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Inconsciência➤ Apneia➤ Gaspejamento➤ Obstrução de via aérea por queda da língua➤ Necessidade de ventilação com AMBU➤ Não pode realizar extensão da cabeça (por trauma)				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): avalia via aérea, supervisiona e realiza em situações críticas;				



- Técnico (a) de Enfermagem: executa manobra em atendimento inicial conforme treinamento;
- Socorristas treinados: realizam em APH e transporte.

DEFINIÇÃO: A manobra de anteriorização da mandíbula, consiste em deslocar a mandíbula para frente (anteriormente), elevando a base da língua e abrindo a via aérea, sem movimentar a coluna cervical.

É a técnica de eleição para via aérea em:

- Trauma de cabeça
- Trauma de face
- Trauma de coluna cervical
- Politrauma
- Parada cardiorrespiratória traumática
- Intoxicação com inconsciência

Procedimento:

- Higienizar mãos e colocar luvas;
- Avaliar nível de consciência (AVPU ou Glasgow);
- Avaliar respiração:
 - Movimentos torácicos
 - Sons respiratórios
 - Ruídos de obstrução
- Verificar segurança da cena;
- Se suspeitar de trauma → não realizar extensão da cabeça.

Posicionamento do Profissional:

- Ficar atrás da cabeça do paciente, de joelhos ou sentado (no chão/ambulância), ou em pé atrás da cabeceira no leito.
- A cabeça do paciente deve estar neutra, sem rotação.

Técnica da Manobra:

- Posicionamento das Mãos



- Colocar ambas as mãos nas laterais da cabeça;
- Posicionar dedos indicadores e médios atrás do ângulo da mandíbula;
- Os polegares repousam suavemente sobre as bochechas ou parte anterior da face.

Elevação da Mandíbula:

- Aplicar pressão firme com dedos indicadores e médios para empurrar a mandíbula para frente;
- Movimento é vertical e anterior, não lateral;
- A boca pode abrir levemente - é normal.

Resultados esperados:

Com a manobra correta:

- A base da língua se desloca para frente;
- A via aérea abre;
- Sons respiratórios melhoram;
- Roncos e gorgolejos diminuem.

Manobra + Ventilação com Ambu:

- Um profissional mantém a manobra;
- O outro profissional:
 - Sela a máscara na face
 - Conecta ao AMBU
 - Inicia ventilação com O₂
 - Observar expansão torácica
- O profissional da mandíbula não solta em nenhum momento, até que via aérea definitiva seja estabelecida.

Manobra em Crianças e Lactentes:

Atenções especiais:

- Mandíbula menor e flexível;
- Pressão deve ser mais delicada;



- Evitar compressão excessiva que cause dor;
- Em bebês → mandíbula é mais elevada, usar apenas ponta dos dedos.

Finalização:

- Manter manobra até colocar:
 - Cânula orofaríngea se não houver reflexo de vômito
 - Colar cervical
 - Máscara de ventilação
 - Intubação

Registrar no prontuário/ ficha:

- Horário
- Indicação
- Nível de consciência
- Padrão respiratório antes e depois
- Necessidade de ambu
- Presença de secreções
- Resposta clínica

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas de procedimento
2. Fonte de oxigênio se disponível
3. Máscara facial
4. Ambu (se for ventilação)
5. Colar cervical (se necessário)
6. Aspirador de secreções
7. Fonte de iluminação



CUIDADOS ESPECIAIS:

- Não forçar alinhamento se houver:
 - Dor intensa
 - Espasmo muscular
 - Resistência
 - Déficit neurológico
 - Trauma penetrante
- Em gestantes → cuidado com posição supina prolongada (risco de compressão aortocava).
- Crianças → cabeça proporcionalmente maior → colocar coxins sob ombros.
- Idosos → osteoporose aumenta risco de fratura → movimentos devem ser mínimos.
- Nunca utilizar tração cervical manual.
- Em PCR traumático → estabilização deve ser mantida durante RCP, garantindo equipe suficiente.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- A manobra é a primeira escolha para via aérea no trauma.
- Quando associada à elevação do queixo sem extensão → abre ainda mais a via aérea.
- Em ambulância, vibração dificulta controle → manter mãos firmes e corpo estabilizado.
- Em PCR traumático, realizar a manobra durante todo o ciclo de RCP enquanto outro profissional ventila.
- Em vítimas com suspeita de intoxicação por álcool/drogas → cuidado com vômito.
- Manobra é essencial antes de aplicar cânula de Guedel.
- Se paciente morde ou tem trismo → não forçar.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>APLICAÇÃO DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW</u> <u>(ECG)</u>			 POP N°26
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento padronizado para avaliação do nível de consciência através da Escala de Coma de Glasgow (ECG), utilizada em vítimas de trauma, emergências clínicas, rebaixamento do sensório, intoxicações e acompanhamento neurológico.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Avaliar com precisão o nível de consciência; identificar deterioração neurológica precoce; orientar condutas imediatas na emergência; auxiliar na tomada de decisão da regulação/transferência; registrar evolução neurológica do paciente no tempo.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem capacitados, em:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Atendimento inicial do trauma;➤ Sala de emergência;➤ Monitorização neurológica;➤ Classificação de risco;➤ Transporte intra e inter hospitalar;➤ Ambulâncias e APH;➤ Pacientes neurológicos/AVC;➤ Pacientes intoxicados ou sedados.				



EXECUTANTES:

- Enfermeiro (a): responsável pela aplicação, interpretação e comunicação de deteriorações;
- Técnico (a) de Enfermagem: aplica sob supervisão direta e comunica alterações imediatamente.

DEFINIÇÃO: A Escala de Coma de Glasgow avalia três respostas neurológicas:

1. Abertura ocular (O) – 1 a 4 pontos
2. Resposta verbal (V) – 1 a 5 pontos
3. Resposta motora (M) – 1 a 6 pontos

TOTAL = 3 a 15 pontos

Valores:

- 13–15 → Trauma leve
- 9–12 → Trauma moderado
- 3–8 → Trauma grave (critério de intubação)

Procedimento:

- Antes da aplicação:
 - Garantir segurança da cena
 - Avaliar via aérea, respiração e circulação
 - Avaliar perfusão e oxigenação
 - Posicionar paciente em decúbito dorsal com cabeça neutra

A ECG só deve ser aplicada após garantir que o paciente está estável.

Abertura Ocular – Escore 1 a 4

Avaliar se o paciente abre os olhos e sob qual estímulo:

PONTOS	RESPOSTA OCULAR
4	Espontânea
3	Ao comando verbal
2	Ao estímulo doloroso
1	Nenhuma resposta



Como avaliar:

- Falar nome do paciente → “Sr. João, abra os olhos. ”
- Caso não abra → aplicar comando mais firme
- Se não responder → estímulo doloroso (pressão no leito ungueal ou trapézio)

Nunca apertar esterno.

Resposta Verbal – Escore 1 a 5

Avaliar capacidade de comunicação, linguagem e orientação:

PONTOS	RESPOSTA VERBAL
5	Orientado (nome, local, data)
4	Confuso (fala frases, mas desorientado)
3	Palavras inadequadas (respostas isoladas)
2	Sons incompreensíveis (gemidos, sons)
1	Nenhuma resposta verbal

Observações importantes:

- Em intubados → anotar “VIT”
- Em traqueostomizados → “VITQ”
- Em afásicos → usar observações complementares

Resposta Motora – Escore 1 a 6

Avalia estímulo doloroso:

Pontos	Resposta Motora
6	Obedece a comandos (“mexer braços/pernas”)
5	Localiza estímulo doloroso (empurra a mão, tenta afastar)
4	Retirada do membro ao estímulo doloroso (flexão simples)
3	Flexão anormal (decorticação)
2	Extensão anormal (descerebração)
1	Nenhuma resposta



Como avaliar estímulo doloroso corretamente:

- Pressão supraorbital
- Compressão do trapézio
- Pressão no leito ungueal

Cálculo e Registro da ECG

Somar os pontos das três respostas:

$$O + V + M = \text{Glasgow total}$$

Registrar sempre desta forma:

$$\text{ECG: O3 V4 M5} = 12$$

Ou, se intubado:

$$\text{ECG: O2 V1T M5} = 8T$$

Finalização

- Registrar em prontuário:
 - Horário
 - Valores separados (o,v,m)
 - Valor total
 - Condições clínicas
 - Estímulos utilizados
 - Presença de álcool, drogas, hipoglicemia, sedação
- Comunicar imediatamente deteriorações:
 - Queda de 2 pontos → Alerta
 - Queda de 3 pontos → Emergência
 - $\text{ECG} \leq 8$ → via aérea definitiva (intubação)

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Prontuário ou ficha de emergência
2. Lanterna para avaliação pupilar



3. Ambiente iluminado e seguro
4. Equipe para suporte básico/avançado, se necessário

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Repetir avaliação a cada:
 - 5 minutos no trauma grave
 - 15 minutos no moderado
 - 30 minutos no leve
- Suspensão de drogas, álcool, sedativos e hipoglicemia podem simular baixo Glasgow;
- Em crises convulsivas → só avaliar após fim da crise;
- Em pediatria → usar Glasgow adaptada infantil (ECG-P);
- Evitar estímulos dolorosos repetidos;
- Se o paciente está muito agitado → registrar motivo e não forçar estímulo.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- A ECG sozinha não define intubação, mas $ECG \leq 8$ + rebaixamento + risco de aspiração → sim.
- A resposta motora é o componente mais importante da escala.
- Em pacientes entubados, a avaliação correta é:
 - O (normal)
 - V = 1T
 - M (motora) completa
- Em UPA, mudança súbita de Glasgow é sinal de urgência regulatória.
- Em intoxicação → ECG melhora conforme droga metaboliza.
- Em TCE → queda de 2 pontos é sinal de herniação iminente.
- Alteração ocular + pupilas anisocóricas → EMERGÊNCIA.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ARMAZENAMENTO, DISTRIBUIÇÃO E INSPEÇÃO DE</u> <u>MATERIAIS</u>			 POP N°27
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento para recebimento, armazenamento, inspeção, controle e distribuição de materiais (hospitalares, administrativos e de limpeza) na unidade de saúde, garantindo condições adequadas de conservação, segurança, rastreabilidade e uso racional.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Manter materiais armazenados em condições adequadas de higiene, temperatura, ventilação e validade; evitar perdas por vencimento, contaminação, danos físicos ou extravios; assegurar que cada setor receba os materiais corretos, na quantidade certa e com rastreio de uso; garantir que materiais críticos (emergência, sala vermelha, ambulância) estejam sempre disponíveis; padronizar o fluxo de entrada, conferência, inspeção e saída de materiais.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Setor de almoxarifado da unidade;➤ Sala de materiais/expedição;➤ Equipe de enfermagem responsável pelos estoques setoriais (sala de vacina, sala de curativo, sala de emergência, consultórios, ambulância);➤ Profissionais designados para controle de estoque.				



EXECUTANTES:

- Responsável pelo almoxarifado/estoque: coordena armazenamento, conferência, inspeção, inventário e distribuição;
- Enfermeiro (a) da unidade: supervisiona materiais assistenciais, define prioridades, alerta sobre itens críticos;
- Técnicos de enfermagem: solicitam, conferem materiais recebidos nos setores e organizam estoques locais;
- Coordenação da unidade: acompanha consumo, reposição e planejamento financeiro.

DEFINIÇÃO:

- *Materiais*: insumos utilizados na assistência (luvas, sondas, gazes, seringas, equipos, cateteres, compressas, EPIs, materiais de escritório, limpeza, etc.).
- *Armazenamento*: guarda organizada dos materiais, respeitando integridade, validade e segurança.
- *Distribuição*: envio dos materiais do almoxarifado central para os setores (enfermagem, consultório, sala de emergência, ambulância).
- *Inspeção*: verificação rotineira das condições físicas, validade, integridade de embalagem, limpeza e arrumação dos materiais.

Procedimento:

Recebimento de Materiais:

- Receber materiais provenientes da Secretaria de Saúde, compras diretas ou do almoxarifado municipal e conferir nota fiscal/romaneio com os itens entregues:
 - Nome do material
 - Quantidade
 - Lote
 - Validade (quando aplicável)
 - Integridade das embalagens



- Recusar materiais danificados, com embalagem violada, molhada, suja ou com validade muito próxima (conforme critérios da unidade).
- Registrar o recebimento em planilha ou sistema, com data, lote e quantidade.

Armazenamento dos Materiais:

Organização Física

- Manter materiais em prateleiras limpas, elevadas do chão, afastadas de paredes e teto;
- Não armazenar diretamente no chão;
- Separar materiais por tipo, uso e setor (ex.: curativo, injetáveis, EPIs, limpeza, escritório);
- Agrupar por categoria:
 - Materiais de uso geral
 - Materiais da emergência
 - Materiais de sala de vacina
 - Materiais de procedimentos

Condições Ambientais:

- Ambiente ventilado, limpo, sem umidade, sem luz solar direta;
- Manter portas fechadas quando necessário;
- Proibir guarda de alimentos, objetos pessoais e produtos químicos perigosos junto a materiais assistenciais.

Inspeção de Materiais (Rotina):

- Realizar inspeção mensal (no mínimo) do almoxarifado e dos estoques setoriais:
 - Verificar validade
 - Conferir integridade de embalagens
 - Observar presença de pragas, mofo ou umidade
- Marcar em planilha os itens com validade próxima (ex.: < 3 meses) → priorizar o uso nesses setores.
- Segregar imediatamente:
 - Materiais vencidos
 - Embalagens rasgadas



- Materiais com aparência alterada → destinar para descarte conforme pop de resíduos.

Controle de Estoque e Itens Críticos:

- Manter planilha com:
 - Estoque mínimo
 - Estoque máximo
 - Ponto de reposição
- Quando atingir o piso mínimo de segurança → comunicar coordenação para reposição.
- Realizar inventário semestral ou anual, conforme rotina da Secretaria.
- Organização dos Estoques Setoriais (Emergência, Sala de Curativos, Vacina, Ambulância).
- Cada setor deve manter armário ou carrinho específico com materiais organizados, etiquetados e limpos.
- Em sala de emergência:
 - Verificar o carrinho de emergência diariamente
 - Registrar conferência.
- Na ambulância:
 - Manter lista fixa de materiais obrigatórios
 - Conferir antes de cada saída/plantão
- Em sala de vacina:
 - Manter compatibilidade com pop de rede de frio e insumos.

Finalização:

- Após organização ou distribuição, higienizar as mãos;
- Guardar pastas com registros em local acessível à coordenação;
- Informar a coordenação sobre itens próximos ao vencimento e itens em falta;
- Arquivar notas, planilhas e relatórios conforme rotina administrativa.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Estantes, armários, prateleiras e gaveteiros identificados;



2. Planilhas impressas ou sistema informatizado de controle de estoque;
3. Canetas, etiquetas, marcadores e fichas de prateleira;
4. Termômetro ambiente (se necessário);
5. Caixas plásticas organizadoras;
6. EPIs para manipulação de materiais;
7. Formulários de requisição de materiais;
8. Pastas de arquivo para notas fiscais e registros.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Não misturar materiais esterilizados com materiais limpos não esterilizados;
- Não armazenar materiais médicos junto com produtos de limpeza agressivos;
- Sempre verificar se caixas foram fechadas corretamente após uso;
- Em unidades pequenas, o controle pode ser manual, mas obrigatoriamente organizado;
- Nunca retirar material em grande quantidade para “guardar no consultório” sem controle → causa desabastecimento geral;
- Em situações de urgência (ex.: surtos, campanhas, acidentes com múltiplas vítimas), registrar saídas extras com observação.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Colocar etiquetas grandes e legíveis com nome do material e unidade de medida (cx, pct, un, par).
- Separar área específica para:
 - Materiais vencidos (para descarte)
 - Materiais para devolução à regional/secretaria (quando necessário)
- Definir rotinas fixas:
 - Dia da semana para conferência
 - Dia para distribuição aos setores
 - Dia para fechamento de consumo
- Em unidade que funciona como UPA, vale destacar itens de emergência com etiqueta colorida para fácil identificação.



- Materiais mais usados (luvas, gazes, seringas) devem ficar em prateleiras mais acessíveis; menos usados, nos níveis superiores.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS</u>			 POP N°28
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento padronizado para aspiração de vias aéreas superiores e inferiores, com técnica segura para remoção de secreções que comprometem a ventilação, oxigenação e permeabilidade da via aérea.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Garantir permeabilidade de vias aéreas; reduzir risco de hipóxia, bronco aspiração e parada respiratória; prevenir acúmulo de secreções, atelectasias e infecções; melhorar padrão respiratório; evitar lesões de mucosa e complicações associadas à aspiração.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem em:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Atendimento de urgência e emergência;➤ Pré-hospitalar (ambulância);➤ Sala de estabilização;➤ Unidade de internação;➤ Pacientes acamados, pacientes entubados ou traqueostomizados;➤ Crianças, adultos e idosos com dificuldade de expectoração.				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): realiza aspiração em TOT/traqueostomia e supervisiona técnica;➤ Técnico (a) de Enfermagem: realiza aspiração orofaríngea e nasofaríngea;				



- Socorrista treinado: realiza conforme protocolo pré-hospitalar.

DEFINIÇÃO: A aspiração de vias aéreas consiste na remoção de secreções da boca, nariz, orofaringe, traqueia ou cânula traqueal, utilizando sistema de aspiração a vácuo, sonda apropriada e técnica estéril ou limpa, conforme área a ser aspirada.

Tipos:

- Aspiração orofaríngea (boca e garganta)
- Aspiração nasotraqueal (via nasal até traqueia)
- Aspiração em TOT (tubo orotraqueal)
- Aspiração em traqueostomia
- Aspiração de secreções abundantes em sala de emergência

Procedimento:

Preparo Inicial do Profissional:

- Higienizar as mãos;
- Colocar EPIs completos:
 - Luvas
 - Máscara
 - Óculos
 - Avental (se secreção abundante)
- Verificar funcionamento do aspirador e regular pressão:

Pressão recomendada:

- Adultos: 80–120 mmHg
- Crianças: 60–100 mmHg
- Lactentes: 40–60 mmHg

Separar sonda adequada:

- Adultos comuns: nº 10–12
- Idosos e debilitados: nº 8–10



- Pediatria: nº 6–8
- Traqueostomia: nº 10–12

Avaliação do Paciente:

- Indicações de aspiração:
 - Roncos audíveis
 - Secreção visível na boca/nariz
 - Queda de saturação
 - Respiração ruidosa
 - Encarceramento de secreções
 - Vítima inconsciente com saliva excessiva
 - Paciente entubado com secreções acumuladas
 - Incapacidade de expectorar

Contraindicação relativa:

- Epistaxe ativa (aspiração nasal deve ser evitada)

Aspiração Orofaríngea:

- Procedimento:
 1. Colocar o paciente em decúbito dorsal com cabeça lateralizada (prevenção de broncoaspiração);
 2. Abrir boca com cuidado;
 3. Inserir a sonda sem aspirar, apenas posicionando;
 4. Iniciar aspiração ao retirar a sonda, realizando movimentos circulares;
 5. Tempo máximo por tentativa: 10 a 15 segundos;
 6. Oxigenar entre as tentativas, se necessário.

Pontos importantes:

- Não empurrar secreção para trás;
- Não traumatizar úvula ou parede posterior da faringe;
- Ideal para vítimas inconscientes e em parada.



Aspiração Nasotraqueal:

Procedimento:

1. Lubrificar a sonda com soro 0,9%;
2. Introduzir suavemente pela narina em direção posterior;
3. Paciente pode tossir → é esperado;
4. Avançar até encontrar secreção ou resistência;
5. Iniciar aspiração somente ao retirar a sonda;
6. Tempo máximo: 10 segundos.

Cuidados:

- Não realizar em epistaxe ativa;
- Traumas faciais com suspeita de fratura de base de crânio → proibido.

Aspiração em TOT (Tubo Orotraqueal) ou Traqueostomia:

Passo a Passo:

1. Higienizar mãos e colocar luvas estéreis;
2. Conectar sonda estéril ao sistema;
3. Oxigenar paciente 30 segundos antes, se possível;
4. Introduzir a sonda sem aspirar;
5. Avançar até resistência suave (bifurcação);
6. Retrair 1 cm;
7. Iniciar aspiração ao retirar:
 - Movimentos rotatórios
 - Tempo máximo 10 segundos
8. Oxigenar novamente entre tentativas;
9. Limpar ao redor do TOT/traqueo se necessário.

Complicações evitáveis

- Hipóxia
- Broncoespasmo



- Sangramento
- Lesão de mucosa
- Arritmias (vagal)

Aspiração em Ambulância (APH):

- Fixar bem frasco coletor para evitar derramamento;
- Manter sonda curta na mão para evitar queda;
- Pressão pode oscilar — monitorar;
- Aspiração deve ser feita com ambulância o mais estável possível;
- Priorizar via oral antes de ventilação com AMBU;
- Em vômito → colocar paciente em posição lateral de segurança e aspirar imediatamente.

Finalização:

- Descartar sonda em lixo infectante;
- Higienizar as mãos;
- Registrar:
 - Tipo de aspiração
 - Quantidade e aspecto da secreção
 - Saturação antes e depois
 - Resposta clínica
 - Intercorrências e necessidade de nova aspiração
- Comunicar ao enfermeiro qualquer:
 - Sangue em quantidade
 - Secreção espessa demais
 - Hipóxia importante
 - Desconforto significativo

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Sonda de aspiração estéril (nº 6 a 14 – conforme paciente)



2. Fonte de vácuo regulável
3. Luvas de procedimento (orofaríngea)
4. Luvas estéreis (traqueal ou TOT)
5. Máscara e óculos de proteção
6. Gaze estéril
7. Soro fisiológico 0,9%
8. Frasco coletor
9. Ambu e O₂ disponíveis
10. Aspirador portátil
11. Avental impermeável (se secreção abundante)

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Não realizar aspiração prolongada (> 10–15 seg) → risco de hipóxia.
- Em pacientes conscientes → explicar para reduzir ansiedade.
- Em DPOC → aspiração frequente pode induzir broncoespasmo.
- Em idosos → mucosa fragilizada → usar sondas menores.
- Crianças e lactentes → risco maior de bradicardia vagal.
- Hipertensão intracraniana → aspiração pode elevar PIC → minimizar estímulos.
- Aspirar somente quando necessário (conforme avaliação clínica).
- Oxigenar antes e após em pacientes críticos.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Em TOT, nunca avançar sonda com aspirador ligado → pode lesionar mucosa.
- Cor da secreção:
 - Transparente → fisiológica
 - Amarelada → muco
 - Esverdeada → infecção
 - Rosada espumosa → edema agudo de pulmão
 - Marrom/escuro → possível aspirado gástrico



- Em vítima de afogamento → secreção espumosa abundante → aspiração deve ser contínua.
- Paciente com convulsão pós-crise → aspirar secreções antes de iniciar ventilação.
- Se sonda “colar” → instilar 1–2 mL de soro e tentar novamente.
- Em traqueostomia recém-feita (< 7 dias) → aspiração deve ser ainda mais cuidadosa.
- A manobra anteriorização da mandíbula + Aspiração é o padrão ouro para via aérea obstruída em trauma.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO FEMININO</u>			 POP N°29
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento padronizado para realização de cateterismo vesical de alívio em pacientes do sexo feminino, com técnica asséptica, segura e visando esvaziamento imediato da bexiga.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Esvaziamento vesical imediato e seguro; coleta adequada de amostra de urina estéril, quando necessário; alívio de dor, desconforto e risco de distensão; redução do risco de infecção por técnica asséptica adequada; garantia de procedimento rápido e eficaz, com mínimo desconforto.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem capacitados, em:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Atendimento de urgência e emergência;➤ Retenção urinária aguda;➤ Pacientes acamadas ou com incapacidade de esvaziar a bexiga;➤ Pré-coleta de urina estéril;➤ Alívio de desconforto abdominal por distensão vesical;➤ Avaliação de débito urinário em situações específicas.				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): realiza aspiração em TOT/traqueostomia e supervisiona técnica;➤ Técnico (a) de Enfermagem: realiza aspiração orofaríngea e nasofaríngea;				



- Socorrista treinado: realiza conforme protocolo pré-hospitalar.

DEFINIÇÃO: O cateterismo vesical de alívio consiste na introdução de um cateter estéril pela uretra até a bexiga com a finalidade de drenar urina uma única vez, sem permanência do dispositivo.

Procedimento:

Preparo Inicial do Profissional e Ambiente:

- Higienizar as mãos;
- Reunir todo material;
- Verificar integridade, validade e esterilidade;
- Explicar à paciente o procedimento, pedindo colaboração e garantindo privacidade;
- Posicionar biombos e cobrir paciente adequadamente;
- Colocar luvas de procedimento.

Posicionamento da Paciente:

- Posição ginecológica ou decúbito dorsal com joelhos flexionados e afastados;
- Expor apenas a região perineal;
- Colocar campos limpos para evitar contaminação;
- Iluminação adequada da região genital.

Antissepsia da Região Perineal:

- Abrir material estéril sem contaminar;
- Higienizar região perineal com gaze e soluções adequadas:
 - Limpar grandes lábios → de cima para baixo
 - Abrir pequenos lábios com a mão não dominante
 - Antissepsia da uretra → movimentos únicos, sempre de cima para baixo

Montagem do Material Estéril:

- Abrir campo estéril, posicionar materiais;
- Colocar luvas estéreis;



- Lubrificar ponta do cateter com gel estéril;
- Manter cateter sobre campo estéril até introdução.

Identificação do Meato Uretral:

- Abrir pequenos lábios com a mão não dominante (que permanecerá segurando, sem soltar);
- Identificar meato urinário (abaixo do clitóris e acima da vagina);
- Evitar tocar mucosa com dedos ou cateter para não contaminar.

Introdução do Cateter:

- Com a mão dominante, segurar cateter pela extremidade lubrificada;
- Introduzir delicadamente no meato urinário:
 - Direção posterior e levemente superior
 - Movimentos suaves
 - Sem força excessiva
- Avançar aproximadamente 4–6 cm até saída da urina;
- Se não sair urina imediatamente:
 - Avançar mais 1–2 cm
 - Nunca forçar se houver resistência
- Permitir escoamento natural:
 - Direcionar para frasco coletor
 - Evitar dobras no cateter
 - Não elevar muito o frasco (risco de refluxo)

Drenagem e Retirada do Cateter:

- Aguardar esvaziamento completo da bexiga;
- Avaliar aspecto da urina (volume, cor, odor, presença de sangue ou sedimentos);
- Após término, retirar cateter lentamente, com movimento contínuo;
- Descartar imediatamente em recipiente infectante;
- Higienizar área perineal;
- Cobrir paciente e garantir conforto.



Finalização do Procedimento:

- Desprezar materiais conforme POP de resíduos;
- Retirar luvas, higienizar as mãos;
- Registrar em prontuário:
 - Hora
 - Motivo do procedimento
 - Volume urinário drenado
 - Aspecto da urina
 - Resposta da paciente
 - Intercorrências (dor, resistência, sangramento)
 - Orientações dadas
- Comunicar médico/enfermeiro responsável em caso de:
 - Ausência de urina
 - Dor intensa
 - Sangramento
 - Secreção purulenta
 - Retenção recorrente

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas de procedimento
2. Luvas estéreis
3. Campo estéril
4. Cateter uretral estéril nº 12–16 (Foley ou Nelaton, conforme protocolo)
5. Seringa estéril (para teste, se for Foley)
6. Lubrificante estéril (gel hidrossolúvel)
7. Gaze estéril
8. Soro fisiológico 0,9%
9. Antisséptico: PVPI degermante ou clorexidina degermante
10. Antisséptico alcoólico ou PVPI aquoso



11. Recipiente estéril para coleta (se necessário)
12. Bolsa coletora estéril, se for coleta grande
13. Toalha ou compressa para privacidade
14. Saco para resíduos
15. Máscara e protetor ocular (salpicos)

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Técnica estritamente asséptica → risco elevado de ITU;
- Em pacientes idosos, uretra pode ser mais sensível → cuidado redobrado;
- Não introduzir cateter se houver:
 - Trauma uretral
 - Sangramento inexplicado
 - Suspeita de gestação avançada, contraindicada nos cateteres de demora.
- Em gestantes, bexiga cheia pode deslocar útero e aumentar desconforto → realizar com mais delicadeza;
- Em pacientes com obesidade → pode ser necessário afastar tecido com auxílio de outra profissional;
- Em pacientes com dor intensa → interromper e reavaliar;
- Se cateter entrar na vagina por engano → descartar e usar novo — nunca reutilizar.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Urina muito escura → pode indicar:
 - Desidratação severa
 - Mioglobinúria
 - Início de rabdomiólise
- Urina sanguinolenta pode ocorrer após retenção prolongada; monitore.
- Se houver odor forte → considerar coleta laboratorial para EAS.
- Cateter muito grosso → maior risco de dor;
- Cateter muito fino → dobra com facilidade;
- Em emergência, cateterismo pode ajudar a identificar choque (oligúria).



- A técnica feminina exige boa iluminação — nunca fazer no escuro (ambulância deve usar lanterna).
- Evitar múltiplas tentativas → cada tentativa aumenta risco de ITU.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO MASCULINO</u>			 POP Nº30
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão Nº 01
ASSUNTO: Procedimento padronizado para realização de cateterismo vesical de alívio em pacientes do sexo masculino, com técnica asséptica e segura, visando esvaziamento imediato da bexiga.				
RESULTADOS ESPERADOS: Esvaziamento vesical imediato; coleta adequada de urina estéril (quando necessário); alívio rápido da dor e da distensão abdominal; redução de risco de lesões vesicais e infecções; procedimento realizado com segurança e mínimo desconforto ao paciente.				
APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem capacitados, em: <ul style="list-style-type: none">➤ Urgência e emergência;➤ Retenção urinária aguda;➤ Pacientes acamados com incapacidade de esvaziar a bexiga;➤ Coleta de urina estéril;➤ Alívio de dor e distensão vesical;➤ Monitorização clínica em situações agudas.				
EXECUTANTES: <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): pode executar e supervisionar, especialmente em casos de resistência, próstata aumentada ou obstrução;				



- Técnico (a) de Enfermagem: executa quando capacitado e conforme protocolo institucional;
- Equipe de apoio: auxilia na contenção, iluminação e conforto do paciente.

DEFINIÇÃO: O cateterismo vesical de alívio masculino consiste na introdução de um cateter estéril pela uretra masculina até a bexiga para drenagem única da urina, sem permanência de sonda.

A uretra masculina possui cerca de 18–22 cm, é mais longa e tem curvas fisiológicas, exigindo técnica cuidadosa.

Procedimento:

Preparo Inicial:

- Higienizar as mãos;
- Reunir todo material;
- Verificar validade/esterilidade;
- Explicar o procedimento ao paciente:
 - Reduz ansiedade
 - Melhora colaboração
 - Evita contração muscular involuntária
- Garantir privacidade com biombo ou lençóis;
- Posicionar paciente em decúbito dorsal, pernas levemente afastadas.

Antissepsia do Pênis:

- Colocar luvas de procedimento;
- Expor apenas a região genital;
- Retratar o prepúcio (se não for circuncidado);
- Limpar com gaze estéril e antisséptico:
 - Da glândula para a base
 - Movimentos circulares de dentro para fora
 - Utilizar várias gazes, sem retornar a região previamente limpa
- Secar se necessário;
- Manter o pênis seguro com a mão não dominante, que não será esterilizada.



Preparação Estéril

- Abrir campo estéril;
- Colocar luvas estéreis;
- Lubrificar generosamente a ponta do cateter (3–5 cm);
- Preencher uretra com gel lubrificante se disponível (alivia dor e reduz risco de lesão).

Introdução do Cateter:

- Posição Correta
 - Segurar o pênis com a mão não dominante, mantendo-o a 90° em relação ao corpo, o que facilita retificação da uretra.

Introdução:

- Com a mão dominante, introduzir suavemente o cateter no meato uretral;
- Avançar lentamente, sem forçar;
- O paciente pode sentir desconforto → orientar respiração lenta e profunda;
- Avançar até o início da próstata → geralmente pequena resistência é normal;
- Manter o pênis estendido para minimizar curvaturas.

Ponto Crítico: Região Prostática

- Avançar com delicadeza;
- Se houver resistência firme:
 - Não forçar
 - Pedir para paciente respirar
 - Aguardar relaxamento
 - Tentar novamente suavemente
- Persistindo resistência → parar e comunicar enfermeiro/médico (risco de estenose/hipertrofia prostática grave).

Entrada na Bexiga:

- Geralmente ocorre após 18–22 cm;



- Presença de urina indica posicionamento correto;
- Se urina não sair:
 - Avançar mais 1–2 cm
 - Não recuar repetidas vezes (risco de contaminação).

Drenagem Vesical:

- Direcionar extremidade distal do cateter a frasco coletor;
- Permitir drenagem natural, sem apertar a bexiga;
- Observar volume, cor, odor e presença de sangue;
- Drenar lentamente em pacientes com retenção prolongada (> 800 mL), pois esvaziamento rápido pode causar:
 - Hematúria
 - Síncope
 - Hipotensão.

Dica técnica: se volume > 600 mL → drenar lentamente, comprimir extremidade do coletor por intervalos.

Retirada do Cateter:

- Após finalização, retirar cateter devagar, com movimento contínuo;
- Recolocar prepúcio na posição habitual;
- Limpar região com gaze estéril;
- Oferecer conforto e higiene ao paciente.

Finalização

- Descartar material;
- Retirar luvas e higienizar mãos;
- Registrar em prontuário:
 - Horário
 - Motivo
 - Tipo e tamanho do cateter



- Volume drenado
- Aspecto da urina
- Dificuldade técnica
- Presença de dor, sangramento ou resistência
- Orientações pós-procedimento.

Comunicar imediatamente em caso de:

- Sangramento uretral
- Dor intensa
- Ausência de urina
- Febre ou calafrios
- Suspeita de obstrução prostática grave.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas de procedimento
2. Luvas estéreis
3. Campo estéril
4. Cateter uretral estéril (Foley ou Nelaton) nº 12–18
 - Jovens: 12–14
 - Adultos: 14–16
 - Próstatismo: 16–18 (cateter de Moynihan pode ser útil)
5. Lubrificante estéril
6. Gaze estéril
7. Antisséptico (PVPI ou clorexidina degermante e alcoólica)
8. Soro fisiológico 0,9%
9. Recipiente estéril para coleta e saco coletor (se grande volume)
10. Toalha para privacidade
11. Máscara e óculos.



CUIDADOS ESPECIAIS:

- Técnica sempre asséptica devido ao aumento de risco de ITU em homens;
- Em pacientes idosos, uretra é mais sensível e pode exigir calibre menor;
- Nunca utilizar força durante a introdução → risco de perfuração uretral;
- Em suspeita de hipertrofia prostática → preferir calibres 16–18 com ponta Couvelaire
- Evitar múltiplas tentativas → cada tentativa aumenta risco de lesão;
- Pacientes em uso de anticoagulante, têm risco maior de sangramento uretral;
- Se o cateter entrar na bexiga e não sair urina → avaliar:
 - Bexiga vazia
 - Obstrução na ponta
 - Dobras no cateter.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Dor intensa + resistência = parar imediatamente;
- Em ambulância, fixar bem o campo estéril e evitar contaminação pelo movimento;
- Cateterismo pode revelar condições como:
 - Retenção por HBP
 - Estenose uretral
 - Trauma geniturinário
 - Obstrução por coágulos
- Urina com odor forte e turva → solicitar coleta para EAS após alívio;
- Urina sanguinolenta após retenção prolongada costuma ser normal, mas deve ser observada;
- Volume urinário drenado ajuda na avaliação de choque e hipoperfusão;
- A técnica masculina é, em geral, mais desafiadora que a feminina — paciência e delicadeza são essenciais.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO</u>			 POP N°31
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento padronizado para realização de cateterismo vesical de demora em pacientes do sexo feminino, com técnica asséptica e inserção de cateter com balonete, com permanência para drenagem contínua da urina.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Drenagem contínua, segura e higiênica da urina; alívio da distensão vesical; monitorização eficaz do volume urinário; prevenção de infecção por técnica asséptica adequada; manutenção adequada da sonda por períodos prolongados.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros (as) capacitados e habilitados, conforme legislação e protocolo institucional, para:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Retenção urinária crônica ou recorrente;➤ Monitorização rigorosa do débito urinário;➤ Necessidade de drenagem contínua (pós-operatório, UTI, emergências);➤ Pacientes imobilizadas ou acamadas;➤ Prevenção de lesão de pele por incontinência grave;➤ Manejo de pacientes com distensão vesical importante;➤ Pacientes em cuidados paliativos conforme prescrição. <p>Observação: Técnica de demora não é realizada por técnicos de enfermagem sem supervisão direta do enfermeiro.</p>				



EXECUTANTES:

- Enfermeiro (a): executa e supervisiona todo o procedimento obrigatório para sonda de demora.
- Técnicos (as): podem ajudar na organização e fixação sob supervisão.

DEFINIÇÃO: O cateterismo vesical de demora consiste na introdução de um cateter com balonete inflável, que é mantido dentro da bexiga por período determinado, conectado a um sistema fechado de drenagem urinária.

Procedimento:

Reparo Inicial:

- Higienizar bem as mãos;
- Montar todo o material em bancada limpa;
- Explicar à paciente o que será feito → reduz ansiedade e ajuda na colaboração;
- Garantir privacidade com biombo;
- Posicionar paciente em decúbito dorsal, com joelhos flexionados e pernas afastadas;
- Colocar luvas de procedimento.

Antissepsia do Períneo:

- Realizar higiene da vulva com soro fisiológico;
- Fazer antissepsia com gaze estéril:
 - Separar grandes lábios
 - Limpar pequenos lábios de cima para baixo
 - Limpar região do meato urinário
 - Utilizar várias gazes, sem retornar com a mesma
- Secar se necessário;
- Manter pequenos lábios afastados com a mão não dominante.



Preparação Estérel:

- Abrir campo estérel na região;
- Vestir luvas estéreis;
- Testar o balonete do cateter antes da inserção:
 - Inflar com 5–10 ml de água destilada
 - Observar integridade
 - Esvaziar completamente
- Lubrificar 3–5 cm da ponta do cateter;
- Posicionar materiais no campo.

Inserção do Cateter:

- ★ Visualização anatômica
 - Manter pequenos lábios afastados com a mão não dominante (mão “contaminada” que não toca na parte estérel do cateter).
 - Identificar claramente:
 - Clitóris
 - Meato urinário
 - Abertura vaginal.

- ★ Introdução
 - Com a mão dominante (esterilizada), segurar o cateter;
 - Introduzir suavemente a ponta do cateter no meato urinário;
 - Avançar lentamente cerca de 4–6 cm até saída da urina;
 - Após visualizar o fluxo, avançar 1–2 cm adicionais para garantir que o balão esteja dentro da bexiga.

- ★ Insuflação do Balonete
 - Conectar a seringa com água destilada estérel ao canal do balão;
 - Inflar lentamente o volume recomendado (geralmente 10 mL para cateter adulto);
 - Observar possível reação de dor:
 - Se paciente referir dor intensa → pausar



- Verificar se cateter está mesmo na bexiga (pode estar na uretra)
- Após inflar, tracionar levemente o cateter até sentir resistência suave → confirma posicionamento correto.

- ★ Conexão ao Sistema Coletor
- Conectar extremidade distal ao sistema fechado;
- Garantir que não haja dobras;
- Fixar o cateter na coxa da paciente com fita hipoalergênica, sem tracionar;
- Fixar bolsa coletora abaixo do nível da bexiga (para prevenir refluxo urinário).

Finalização:

- Limpar excesso de gel/antisséptico;
- Recolocar lençol e garantir conforto da paciente;
- Retirar luvas e higienizar mãos;
- Colocar etiqueta no cateter com:
 - Data
 - Hora
 - Profissional
 - Calibre e tipo da sonda.

Registrar no prontuário:

- Motivo da sondagem
- Técnica utilizada
- Calibre do cateter
- Volume inicial drenado
- Aspecto da urina
- Reação da paciente
- Intercorrências
- Orientações dadas



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas de procedimento
2. Luvas estéreis
3. Campo estéril
4. Cateter tipo Foley estéril nº 14–16
5. Seringa de 10 mL estéril
6. Água destilada estéril (NÃO usar soro → cristaliza o balão!)
7. Lubrificante estéril
8. Antisséptico (PVPI ou clorexidina)
9. Gaze estéril
10. Bolsa coletora estéril com sistema fechado
11. Soro fisiológico 0,9% para higienização
12. Etiqueta de identificação (data, hora, profissional)
13. Avental, máscara e óculos quando necessário.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Utilizar somente água destilada no balonete;
- Técnica 100% estéril — maior risco de ITU em sonda de demora;
- Evitar tracionar o cateter após fixado;
- A bolsa coletora deve ficar sempre abaixo do nível da bexiga;
- Evitar abrir o sistema fechado → reduz risco de contaminação;
- Em pacientes diabéticas → risco maior de infecção urinária;
- Em idosas com atrofia vaginal → cuidado para evitar lesões;
- Trocar sonda conforme protocolo institucional (geralmente a cada 15–30 dias, ou conforme prescrição);
- Observar sinais de ITU:
 - Febre
 - Ardor



- Urina turva
- Mal cheiro
- Dor suprapúbica

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Se a urina estiver muito concentrada → hidratação deve ser orientada;
- Drenagem inicial maior que 700 mL deve ser feita gradualmente para evitar:
 - Hipotensão
 - Síncope
 - Hematúria
- Se o cateter inflar balão na uretra → dor súbita e incapacidade de avançar → remover imediatamente;
- Em pacientes pós-parto → uretra pode estar edematosa → pode exigir calibre menor;
- Em pacientes com feridas perineais, usar delicadeza extrema;
- Em ambulância, fixação é fundamental para evitar deslocamento durante transporte.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO</u>			 POP N°32
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento padronizado para realização de cateterismo vesical de demora em pacientes do sexo masculino, utilizando cateter com balonete destinado à permanência, para drenagem contínua da urina.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Alívio imediato da retenção urinária; drenagem contínua segura e higiênica; prevenção de distensão vesical, dor e risco de lesão renal; monitorização precisa de débito urinário; redução de complicações infecciosas com técnica adequada.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se exclusivamente a enfermeiros (as) habilitados, devido ao risco aumentado de complicações na uretra masculina.</p> <p>Indicado para:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Retenção urinária aguda ou crônica;➤ Hiperplasia Prostática Benigna (HPB);➤ Pós-operatório;➤ Monitorização rigorosa de débito urinário;➤ Pacientes críticos ou acamados;➤ Lesões de pele graves por incontinência;➤ Necessidade de drenagem contínua da bexiga;➤ Situações de emergência onde a bexiga distendida compromete hemodinâmica.				



EXECUTANTES:

- Enfermeiro (a): executa e supervisiona todo o procedimento obrigatório para sonda de demora.
- Técnicos (as): podem ajudar na organização e fixação sob supervisão.

DEFINIÇÃO: O cateterismo vesical de demora masculino consiste na inserção de um cateter com balonete, que permanece na bexiga por período prolongado, conectado ao sistema fechado.

A uretra masculina é mais longa (18–22 cm) e possui curvas anatômicas, exigindo técnica extremamente cuidadosa para evitar lesão uretral.

Procedimento:

Reparo Inicial:

- Higienizar as mãos;
- Organizar todos materiais;
- Explicar o procedimento ao paciente:
 - Reduz dor
 - Relaxa esfíncter
 - Diminui resistência uretral
- Garantir privacidade;
- Colocar paciente em decúbito dorsal, pernas levemente afastadas;
- Colocar luvas de procedimento.

Antissepsia do Pênis:

- Expor apenas genitália;
- Retratar prepúcio (se não for circuncidado);
- Realizar limpeza com gaze e antisséptico:
 - Da glândula para a base
 - Movimentos circulares
 - Sem retornar a área previamente limpa
- Secar a área;



- Manter mão não dominante segurando pênis a 90°.

Preparação Estétil:

- Posicionar campo estéril;
- Vestir luvas estéreis;
- Testar balonete do cateter com 10 mL de água destilada;
- Esvaziar completamente após teste;
- Lubrificar generosamente 5–7 cm da ponta (homens precisam de muito mais lubrificante).

Introdução do Cateter:

- Posição do Pênis
 - Mão não dominante mantém pênis perpendicular ao corpo (retificação da uretra).

Inserção do Cateter:

- Introduzir suavemente a ponta no meato;
- Avançar lentamente, sem força — paciência é fundamental;
- O paciente pode sentir leve ardência;
- Passagem pela região prostática geralmente oferece leve resistência.

Resistência Significativa:

- Se houver resistência firme:
 - Parar imediatamente
 - Pedir que o paciente respire profundamente
 - Aguardar relaxamento
 - Tentar novamente lentamente

Persistindo resistência → suspeitar de obstrução (HPB, estenose).

Interromper e comunicar médico.

Nunca forçar.



Chegada à Bexiga:

- Geralmente após 18–22 cm;
- A confirmação é o fluxo de urina;
- Avançar mais 1–2 cm antes de insuflar o balão.

Insuflação do Balonete:

- Conectar seringa com água DESTILADA (nunca soro!);
- Inflar suavemente 10 mL;
- Se o paciente relatar dor intensa:
 - Balão pode estar insuflando na uretra → perigo
 - Desinsuflar, avançar cateter mais 1–2 cm e tentar novamente
- Após insuflar, tracionar levemente o cateter até sentir resistência suave → confirma posicionamento.

Conexão ao Sistema de Drenagem:

- Conectar o cateter à bolsa coletora estéril;
- Garantir sistema fechado;
- Sem dobras ou refluxo;
- Fixar cateter com fita na face interna da coxa;
- Manter bolsa abaixo do nível da bexiga.

Finalização:

- Recolocar prepúcio na posição normal;
- Limpar excesso de gel;
- Reacomodar paciente;
- Higienizar mãos;
- Identificar sonda (etiqueta):
 - Data/hora
 - Calibre
 - Profissional
 - Motivo



Registrar prontuário:

- Técnica
- Material utilizado
- Volume inicial drenado
- Aspecto da urina
- Tolerância do paciente
- Intercorrências
- Orientações

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas de procedimento
2. Luvas estéreis
3. Campo estéril
4. Cateter Foley estéril nº 14–18:
 - Jovens: 12–14
 - Adulto geral: 14–16
5. Seringa de 10 mL estéril
6. Água destilada estéril
7. Lubrificante estéril abundante
8. Gaze estéril
9. PVPI ou clorexidina
10. Soro fisiológico 0,9%
11. Bolsa coletora fechada estéril
12. Fita hipoalergênica para fixação
13. Óculos/máscara.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Técnica asséptica obrigatória;
- Nunca usar força → risco de perfuração uretral;



- Em pacientes anticoagulados → risco maior de sangramento;
- Em retenção prolongada (> 700–800 mL) → drenagem deve ser lenta;
- Fixação incorreta → tração e dor intensa;
- Em ambulância, evitar deslocamentos bruscos da sonda;
- Evitar manipulações desnecessárias — sistema fechado sempre;
- Em idosos → uretra mais sensível e estreita → usar calibres menores.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Dor na insuflação do balão = sinal vermelho (quase sempre balão insuflando na uretra).
- Urina sanguinolenta após retenção prolongada pode ser normal, mas deve ser monitorada.
- Se não houver saída de urina:
 - Bexiga pode estar vazia
 - Dobra no cateter
 - Ponta obstruída por muco
- Se o cateter entrar inadvertidamente na uretra pela vagina (homens trans com genitália feminina) → trocar cateter.
- O débito urinário monitorado auxilia avaliação de choque.
- A drenagem deve ser contínua, sem interrupções.
- Todo paciente sondado deve ter higiene íntima diária, conforme protocolo.
- Permanência prolongada da sonda deve seguir norma institucional (geralmente troca a cada 15–30 dias).

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>CONFERÊNCIA DE CARRINHO DE EMERGÊNCIA</u>			 POP N°33
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento padronizado para verificação diária, organização, reposição e manutenção do carrinho de emergência, garantindo disponibilidade imediata de materiais, medicamentos e equipamentos necessários para atendimento de urgência e parada cardiorrespiratória.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Garantir disponibilidade imediata dos itens essenciais; evitar atrasos em atendimentos críticos; reduzir risco de erros, perdas ou materiais vencidos; assegurar organização, limpeza e prontidão operacional; manter equipamentos funcionando adequadamente.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem responsáveis pelos plantões, salas de estabilização, sala vermelha, consultórios e setores críticos. A conferência deve ser realizada:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Diariamente no início de cada plantão;➤ Após cada uso do carrinho;➤ Após trocas de equipe;➤ Em auditorias do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Técnico (a) de Enfermagem: realiza conferência primária, reposição e verificação do lacre;				



- Enfermeiro (a): revisa, confere itens críticos, assina conferência e garante conformidade.

DEFINIÇÃO: Carrinho de emergência é um equipamento móvel que contém insumos, medicamentos, dispositivos e instrumentos essenciais para o atendimento de emergência, RCP, via aérea, acessos venosos e suporte avançado.

O carrinho deve ser:

- Lacrado
- Organizado
- Revisado diariamente
- Padronizado segundo o serviço

Procedimento:

Preparo Inicial:

- Higienizar as mãos;
- Ir ao carrinho de emergência;
- Verificar integridade do lacre:
 - Deve estar fechado
 - Sem rompimento
 - Com data e assinatura da última conferência
- Caso o lacre esteja rompido → abrir imediatamente e realizar reposição completa.

Organização Geral do Carrinho (Padrão por Gavetas):

Gaveta 1 – Medicamentos de Emergência

- Adrenalina
- Amiodarona
- Atropina
- Adenosina
- Diazepam / Midazolam
- Hidrocortisona
- Dipirona / Paracetamol



- Noradrenalina
- Amplo espectro
- Ampolas de glicose 50%
- Ampolas de bicarbonato 8,4%
- Lidocaína 2% (arritmias)
- SF 0,9%, SG 5%

Gaveta 2 – Via Aérea

- Cânulas orofaríngeas (Guedel) – tamanhos 0 a 5
- Máscara de oxigênio + reservatório
- Cateter nasal de O₂
- Lâminas e cabos de laringoscópio (adulto e pediátrico)
- Seringa 10 mL (cuff)
- Fita para fixação de TOT
- Aspiração (sondas nº 6 a 14)
- Ambu adulto e pediátrico
- Lubrificante estéril

Gaveta 3 – Materiais para Acesso Venoso e Infusões

- Scalp 21, 23, 25
- Jelco nº 18, 20, 22, 24
- Equipo macrogotas e microgotas
- Torneirinhas de 3 vias
- Garrote
- Agulhas e seringas diversas
- Esparadrapo e micropore
- SF 0,9% de 100 mL e 500 mL

Gaveta 4 – Materiais de Curativo e Urgência

- Gazes estéreis



- Compressas
- Sondas vesicais
- Kits de curativo
- Seringas estéreis
- Máscaras cirúrgicas
- Luvas estéreis e de procedimento
- Tesoura, pinça, lâmina de bisturi
- Talas moldáveis

Gaveta 5 – Equipamentos

- DEA ou desfibrilador
- Oxímetro de pulso (carregado)
- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro
- Termômetro
- Lanterna
- Cabos, sensores, baterias reservas

Conferência Diária do Carrinho:

- Conferência de Medicamentos
- Verificar:
 - Validade
 - Integridade das ampolas
 - Armazenamento correto
 - Quantidades mínimas padronizadas
 - Ampolas quebradas ou sujas → descartar
 - Medicamentos frios → armazenar conforme recomendação
- Registrar reposições.

Conferência de Materiais:



- Checar integridade de embalagens;
- Conferir esterilidade (validade);
- Substituir materiais vencidos;
- Garantir variedade de tamanhos (gelcos, Guedel, sondas, máscaras);
- Conferir AMBU (integridade, válvula, reservatório, máscara).

Conferência de Equipamentos:

- Testar DEA/desfibrilador (autoteste e carga de bateria);
- Verificar oxímetro e monitor cardíaco;
- Conferir cilindro de O₂;
 - Nível
 - Válvula funcionando
 - Carrinho de transporte disponível
- Testar lanterna para avaliação pupilar;
- Checar estetoscópio e esfigmo.

Conferência do Lacre:

- Após checagem e reposição → fechar carrinho;
- Colocar novo lacre numerado ou com etiqueta;
- Assinar ficha de verificação com:
 - Data
 - Horário
 - Nome do profissional
 - Assinatura

Após qualquer atendimento de emergência:

- Abrir e utilizar itens conforme necessidade;
- Após o atendimento → equipe responsável deve:
 - Repor tudo que foi usado
 - Substituir itens danificados



- Repor medicamentos
- Limpar carrinho
- Lacrar novamente
- Registrar em ficha

Finalização:

- Garantir carrinho lacrado e pronto para o próximo uso;
- Registrar conferência em planilha/ficha;
- Comunicar coordenação se houver item faltante no estoque;
- Arquivar ficha conforme protocolo da unidade e NSP.x

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Ficha de conferência impressa ou digital;
2. Caneta;
3. Etiquetas para lacre;
4. Chave do carrinho (enfermagem responsável);
5. Equipamentos de checagem (teste do DEA, oxímetro, monitor, etc.).

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Nunca deixar carrinho destrancado/livre após conferência;
- Itens críticos devem ser repostos imediatamente após uso;
- Medicamentos controlados devem seguir legislação específica;
- Atualizar lista de checagem sempre que houver alteração institucional;
- O carrinho deve ser de acesso rápido, porém restrito à equipe;
- Durante a conferência, NUNCA misturar lotes ou itens de validade diferente;
- Evitar manter materiais soltos ou sem identificação;
- Realizar limpeza externa diariamente.



DETALHES COMPLEMENTARES:

- É obrigatório manter mapa de gavetas impresso e plastificado no topo do carrinho;
- Colocar etiquetas de cores diferentes para indicar:
 - Medicamentos
 - Via aérea
 - Acesso venoso
 - Equipamentos
- Reposição deve ser sempre maior que 1 unidade quando for item crítico:
 - Adrenalina
 - Ambu
 - Seringa 10 ml
 - Jelcos
 - Guedel de tamanhos básicos
- Após eventos graves revisar o carrinho completamente, não apenas a gaveta usada;
- Em ambulância, além do carrinho de emergência, manter kit móvel equivalente;
- O NSP deve auditar o carrinho mensalmente.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ATENDIMENTO A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA</u> <u>(PCR)</u>			 POP N°34
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento padronizado para reconhecimento, atendimento imediato, manejo, suporte básico de vida, uso de DEA/desfibrilador, estabilização e pós-ressuscitação em pacientes em Parada Cardiorrespiratória (PCR) dentro da unidade de saúde ou em atendimento pré-hospitalar.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Reconhecimento imediato da PCR; início rápido de compressões eficazes; uso correto do DEA/desfibrilador; estabilização após retorno da circulação espontânea; redução de mortalidade por atuação rápida e padronizada; segurança da equipe e minimização de erros.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se à equipe de enfermagem e equipe multiprofissional da unidade:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Sala de urgência/emergência➤ Consultórios➤ Sala vermelha➤ Ambulância da unidade➤ Áreas externas (caso PCR ocorra em dependências da unidade) <p>Inclui adultos, crianças e idosos.</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): líder da cena, organiza equipe, administra medicações, decide fluxos;				



- Técnico (a): realiza compressões, prepara materiais, ventilações, acessos;
- Médico (a): responsável por diagnósticos, desfibrilação avançada, RCE, condutas finais;
- Motorista/Socorrista da ambulância (se presente): apoio físico, montagem de equipamentos;

DEFINIÇÃO: Parada Cardiorrespiratória (PCR) é a interrupção súbita e simultânea da respiração e da circulação espontânea, caracterizada por:

- Ausência de pulso central
- Ausência de respiração
- Inconsciência
- Ausência de sinais de vida

A reversão depende de:

1. Reconhecimento precoce
2. Início imediato das compressões
3. Desfibrilação rápida quando indicada
4. Suporte avançado
5. Cuidados pós-ressuscitação

Procedimento:

Preparo Inicial:

- Reconhecimento Imediato
- ★ Abordar com segurança;
- ★ Verificar responsividade;
- ★ Avaliar respiração (máximo 10 segundos);
- ★ Checar pulso central (carotídeo) no mesmo intervalo.
- Se não respira e não tem pulso → PCR confirmada.
- Acionar equipe e pedir:
 - ★ “TRAZER CARRINHO DE EMERGÊNCIA”
 - ★ “TRAZER DEA/DEFIBRILADOR”
 - ★ “ACIONAR REGULAÇÃO se necessário”
- Iniciar imediatamente compressões.



Início das Compressões Torácicas:

- Técnica
- ★ Profundidade: 5–6 cm
- ★ Ritmo: 100–120/min
- ★ Permitir retorno total do tórax
- ★ Minimizar interrupções (< 5 segundos)
- ★ Trocar socorrista a cada 2 minutos
- Posicionamento
- ★ Calcanhar da mão no centro do tórax (mesmo em idosos)
- ★ Braços estendidos
- ★ Ombros alinhados sobre mãos

Ventilação com AMBU:

- Com via aérea básica / sem TOT
- ★ 30 compressões : 2 ventilações
- ★ Ventilar lentamente por 1 segundo cada
- ★ Observar elevação torácica
- ★ Evitar hiperventilação

Com TOT

- Ventilar 1 vez a cada 6 segundos (10/min)
- Compressões contínuas, sem pausa

Uso do DEA / Desfibrilador:

- Ligar imediatamente o DEA
- Colocar pás adesivas no tórax:
 - Posição esterno-apical (adulto)
 - Em crianças → uso de pads pediátricos se houver

O DEA analisa ritmo:

- Se choque indicado:



- AFASTAR todos
- Dizer em voz alta: "TODOS AFASTADOS!"
- Aplicar choque
- Retomar compressões imediatamente

Se choque não indicado:

- Continuar compressões
- Seguir protocolo de medicações

Ritmos chocáveis:

- Fibrilação Ventricular (FV)
- Taquicardia Ventricular sem pulso (TVsp)

Acesso Venoso e Medicações:

- Acesso:
 - Preferência por jelco 18 ou 20
 - Se difícil → intraósseo (se disponível)

Medicações (AHA / MS):

- Adrenalina
- 1 mg IV a cada 3–5 min (todos os ritmos de PCR)

- Amiodarona:
 - FV/TV pós 3º choque:
 - 300 mg IV
 - 150 mg dose adicional se necessário

- Atropina:
 - Usada em protocolos específicos (bradicardias peri-parada, AESP)
 - Não recomendada rotineiramente em assistolia



- Lidocaína:
- Alternativa à amiodarona
- Dose: 1–1,5 mg/kg

Reavaliação a cada 2 Minutos

A cada ciclo de compressões:

- Pausar compressões por no máximo 5 segundos
- Avaliar ritmo
- Verificar pulso se ritmo organizado
- Ajustar conduta conforme tipo de ritmo

Identificação e Tratamento de Causas Reversíveis:

As 5H e 5T:

5H

- Hipovolemia
- Hipóxia
- Hidrogênio (acidose)
- Hipo/hipercalemia
- Hipotermia

5T

- Tensão pneumotórax
- Tamponamento cardíaco
- Toxinas
- Trombose pulmonar
- Trombose coronariana

Retorno da Circulação Espontânea (RCE):

Critérios:

- Retorno do pulso



- Respiração espontânea
- Melhora da perfusão

Pós-RCE:

- Monitorar sinais vitais
- Manter saturação > 94%
- Controle rigoroso de PA
- Fazer gasometria
- Tratar causa base
- Avaliar necessidade de transporte para referência (Palmas-PR)
- Comunicar equipe médica/regulação

Encerramento das Manobras:

- Quando encerrar:
 - Ausência total de resposta após ciclos adequados
 - Conduta médica
 - Inversão de rigidez cadavérica
 - Contraindicações legais/éticas
- Registrar decisão claramente no prontuário.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Carrinho de emergência completo
2. DEA ou desfibrilador manual
3. Oxigênio e máscaras
4. AMBU adulto/pediátrico com reservatório
5. Cânulas orofaríngeas (Guedel)
6. Jelcos 18–20–22
7. Equipo macrogotas
8. Monitor cardíaco



9. Soro fisiológico
10. Adrenalina 1:10.000
11. Amiodarona (para FV/TV)
12. Atropina
13. Lidocaína 2% (alternativa)
14. Laringoscópio + lâminas
15. Tubo orotraqueal
16. CO₂ exalado
17. Sondas de aspiração
18. Gel lubrificante.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Evitar hiperventilação
- Minimizar pausas
- Checar posição das pás
- Jamais aplicar choque com alguém tocando o paciente
- Manter carrinho de emergência SEMPRE lacrado
- Trocar socorrista para evitar fadiga
- Em PCR dentro da ambulância → parar veículo ou estabilizar paciente
- Em gestante, deslocar útero para esquerda
- Cirurgias ou traumas → cuidado extra com fraturas

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Capnografia é o melhor indicador de eficácia das compressões (se disponível).
- ET_{CO₂} < 10 → compressões ineficazes.
- Após RCE, risco de retorno à PCR nas primeiras horas é alto.
- Em parada respiratória sem parada cardíaca → ventilação é prioridade.
- Em afogamento → ventilações iniciais antes das compressões.
- Crianças geralmente entram em PCR por hipóxia.



- Em choque elétrico → desfibrilação paralela com compressões.
- Em unidade pequena, a equipe deve estar treinada para:
 - Alternância rápida
 - Comunicação clara
 - Divisão de funções
 - Acionamento da referência.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>ELETROCARDIOGRAMA (ECG)</u>			 POP N°35
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento padronizado para realização, preparo, posicionamento de eletrodos, registro, interpretação básica e cuidados pós-exame do Eletrocardiograma de 12 derivações.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Aquisição de traçado com qualidade técnica adequada; registro fiel da atividade elétrica cardíaca; detecção rápida de anormalidades (IAM, arritmias, bloqueios); facilitação da conduta clínica e encaminhamento para referência; redução de erros por posicionamento incorreto.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a toda equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico), especialmente em:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ atendimentos de urgência/emergência;➤ Sala vermelha / estabilização;➤ Pacientes com dor torácica;➤ Arritmias;➤ Dispneia;➤ Alterações de pressão arterial;➤ Pré e pós-medicação cardiovascular;➤ Monitorização em troca de plantão ou antes de transferências para UPA/hospital.				



EXECUTANTES:

- Técnico (a) de Enfermagem: realiza posicionamento dos eletrodos, aquisição do exame e registros;
- Enfermeiro (a): supervisiona, interpreta alterações críticas, comunica equipe médica e conduz protocolos de dor torácica.

DEFINIÇÃO: O Eletrocardiograma (ECG) é um exame não invasivo que registra a atividade elétrica do coração por meio de eletrodos posicionados no tórax e membros, gerando um traçado diagnóstico.

Procedimento:

Preparo do Paciente:

- Higienizar as mãos; explicar claramente o procedimento;
- Garantir privacidade (biombo, lençol);
- Colocar paciente em decúbito dorsal;
- Remover acessórios do tórax e punhos (correntes, pulseiras, anéis metálicos);
- Se tórax tiver muitos pelos → raspar somente o necessário para fixação;
- Limpar pele com gaze + álcool 70%.

Preparo do Equipamento

- Ligar o aparelho de ECG;
- Verificar papel, carga e calibragem (1 mV deve equivaler a 10 mm no traçado);
- Ajustar velocidade padrão:
 - 25 mm/s (padrão)
 - 50 mm/s (casos específicos)
 - Selecionar modo de aquisição.

Posicionamento dos Eletrodos do ECG (12 derivações)

- Eletrodos periféricos (membros)
- RA (braço direito): punho ou antebraço direito
- LA (braço esquerdo): punho ou antebraço esquerdo



- RL (perna direita): acima do tornozelo direito (terra)
- LL (perna esquerda): acima do tornozelo esquerdo
- Em pacientes graves, pode-se colocar nas porções proximais dos membros (braço/coxa).

Eletrodos precordiais (tórax):

- V1 → 4º espaço intercostal, borda esternal direita
- V2 → 4º espaço intercostal, borda esternal esquerda
- V3 → entre V2 e V4
- V4 → 5º espaço intercostal, linha hemiclavicular esquerda
- V5 → linha axilar anterior, linha horizontal de V4
- V6 → linha axilar média, linha horizontal de V4

Erros comuns que devem ser evitados:

- V1 e V2 muito altos → traçado falso
- V4 colocado abaixo da linha hemiclavicular → desvio de ST
- V5 e V6 muito posteriores → subdiagnóstico de isquemia lateral

Aquisição do Exame:

- Verificar que todos eletrodos estão bem aderidos;
- Solicitar ao paciente que:
 - Respire normalmente
 - Permaneça imóvel
 - Não fale
- Mandar o equipamento registrar o traçado;
- Observar artefatos:
 - Tremor muscular
 - Mau contato
 - Cabo solto
 - Interferência elétrica
- Repetir se traçado inadequado.



Impressão e Registro:

- Imprimir exame completo com as 12 derivações;
- Identificar no papel:
 - Nome
 - Idade
 - Data e hora
 - Nome da unidade
 - Profissional responsável
- Anexar ao prontuário;
- Comunicar enfermeiro (a) e médico (a) imediatamente se houver:
 - Supra de ST
 - Infra de ST
 - Taquicardias
 - Bradicardias graves
 - Bloqueios avançados
 - Arritmias malignas.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Equipamento de ECG calibrado;
2. Eletrodos descartáveis e gel condutor (se o eletrodo exigir);
3. Lâminas de barbear (para tórax piloso);
4. Álcool 70% e gaze para limpeza da pele;
5. Papel térmico (ECG) em quantidade adequada e lençol para privacidade;
6. Fita adesiva para fixação (se necessário).

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Pacientes sudoréticos → secar bem para aderência;
- Pacientes com marca-passo → posição dos eletrodos é a mesma;
- Em gestantes → posicionamento igual, porém elevar cabeceira 20–30°;



- Em obesos → localizar pontos ósseos por palpação;
- Em PCR → ECG pós-RCE deve ser imediato;
- Em dor torácica → ECG deve ser feito em até 10 minutos após chegada;
- Nunca colocar eletrodo sobre ferida aberta;
- Evitar cabos cruzados, pois causam interferências;
- Em arritmia grave → manter monitorização contínua.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Se o paciente tremer muito → aquecer ambiente, cobrir com lençol para reduzir artefato;
- Em paciente com DPOC, às vezes é necessário adaptar posição de V4–V6 levemente para baixo;
- Pacientes com mamas volumosas → levantar cuidadosamente a mama para posicionar V4 corretamente;
- ECG seriado é importante em:
 - Síndrome coronariana aguda
 - Dor torácica intermitente
 - Pacientes com alteração inicial sutil
- A qualidade do posicionamento dos eletrodos é responsável por 70% dos erros de ECG em unidades básicas e UPAs;
- Anotar no prontuário se houve adaptação no posicionamento (ferimento, curativo, amputação, etc.);
- ECG antes e após medicações como:
 - Amiodarona
 - Metoprolol
 - Morfina
 - Vasopressores
- No transporte, manter monitorização contínua, não ECG impresso.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>IMOBILIZAÇÃO DOS MEMBROS COM TALAS</u> <u>MALEÁVEIS</u>			 POP N°36
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento padronizado para imobilização de membros superiores e inferiores utilizando talas maleáveis, com foco em segurança, alinhamento, redução de dor e prevenção de complicações durante o atendimento de urgência, transferência e transporte.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Redução de dor e desconforto do paciente; prevenção de movimento do foco de fratura; evitar piora de lesões ósseas, vasculares ou nervosas; estabilização segura para transporte ambulatorial ou intermunicipal; proteção da extremidade até atendimento ortopédico definitivo.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem da unidade de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Atendimento de urgência e emergência➤ Sala de estabilização➤ Atendimento pré-hospitalar (ambulância)➤ Situações de fratura suspeita ou confirmada➤ Luxações➤ Entorses moderadas a graves➤ Lesões traumáticas com dor importante➤ Preparo para transferência para referência (UPA/Hospital em Palmas-PR).				



EXECUTANTES:

- Técnico (a) de Enfermagem: realiza imobilização conforme técnica e orientação;
- Enfermeiro (a): avalia perfusão, indica tipo de tala, reavalia posicionamento, registra e autoriza transporte.

DEFINIÇÃO: Tala maleável é um dispositivo de imobilização feito de alumínio flexível revestido com material acolchoado, que pode ser dobrado e moldado conforme a anatomia do paciente, mantendo o membro estável.

É indicada especialmente para:

- Fraturas fechadas
- Luxações
- Entorses
- Suspeita de fratura diafisária
- Lesões durante transporte em ambulância

Procedimento:

Avaliação Inicial:

- Higienizar as mãos;
- Colocar luvas;
- Avaliar rapidamente o mecanismo de trauma;
- Observar deformidades, dor intensa, edema, hematomas;
- Avaliar perfusão antes da imobilização;
 - Cor da pele
 - Temperatura
 - Enchimento capilar
 - Pulsos distais (radial, pedioso ou tibial posterior)
 - Sensibilidade
- Se houver ferimentos abertos → fazer curativo simples antes da tala;
- Se houver risco de fratura exposta → não manipular mais do que o necessário.



Escolha da Tala:

- Selecionar tamanho adequado (curta, média ou longa);
- A tala deve ultrapassar as articulações acima e abaixo da lesão;
- Modelar previamente com as mãos:
 - Formar “U”, “C” ou “goteira”
 - Verificar contorno anatômico
- Nunca aplicar a tala sem pré-moldar, evita dor e compressão errada.

Alinhamento do Membro:

- Não tentar reduzir fratura (exceto quando há ausência de pulso e risco de necrose);
- Manter membro na posição encontrada, desde que tolerada.
- Segurar proximal e distal suavemente;
- Orientar paciente a não mover o membro;
- Ajustar leve alinhamento natural caso não aumente dor.

Aplicação da Tala:

Colocação:

- Posicionar a tala sob o membro lesado, já moldada;
- Garantir que não encoste diretamente em feridas;
- Verificar se não há dobras que machuquem a pele.

Fixação:

- Envolver a tala com faixa de crepe ou atadura elástica;
- Começar fixação distal → proximal;
- Faixa deve ficar firme, porém sem comprimir:
 - Não impedir circulação
 - Não causar dor
- Deixar dedos visíveis para controle de perfusão;
- Fixar extremidades com esparadrapo.



Reavaliação Pós-Imobilização

- Reavaliar perfusão distal:
 - Cor
 - Temperatura
 - Enchimento capilar
 - Pulsos
 - Sensibilidade
- Perguntar sobre dor:
 - Se aumentou → afrouxar faixa
 - Se diminuiu → imobilização eficaz
- Verificar se tala está estável (não deve deslizar).

Cuidados Durante Transporte:

- Membro deve permanecer elevado se possível;
- Evitar vibrações e impactos (principalmente na ambulância);
- Afrouxar a tala se houver sinais de compressão (parestesia, palidez, dor pulsátil);
- Sinalizar equipe da referência que o paciente está imobilizado com tala maleável;
- Reavaliar perfusão a cada 10–15 minutos no trajeto

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Tala maleável (vários tamanhos)
2. Ataduras de crepe ou faixa elástica
3. Tesoura
4. Luvas de procedimento
5. Compressas ou algodão (se necessário acolchoamento adicional)
6. Gaze estéril e esparadrapo/micropore
7. Soro fisiológico (para limpeza prévia se houver ferimentos)
8. Bolsa térmica (gelo) ou imobilizador adicional, se necessário



CUIDADOS ESPECIAIS:

- Nunca apertar demais a faixa de fixação;
- Em fraturas de antebraço → sempre imobilizar até o cotovelo;
- Em fratura de tíbia/fíbula → imobilizar até o joelho;
- Não colocar tala diretamente em lesões abertas sem curativo prévio;
- Não molhar a tala e evitar colocar gelo diretamente sobre a tala;
- Se dedos ficarem arroxeados → afrouxar imediatamente;
- Atenção para síndrome compartimental (dor intensa e progressiva).

DETALHES COMPLEMENTARES:

- A tala maleável permite molde específico para:
 - Punho
 - Antebraço
 - Tornozelo (“u posterior”)
 - Perna (“goteira posterior”)
 - Pé em ângulo de 90°
 - Imobilização de fraturas de rádio e ulna
 - Luxações de ombro (tala longa com tipoia)
- Em múltiplas fraturas →
 - Priorizar imobilização do segmento mais doloroso
 - Usar duas talas cruzadas, se necessário
- Em crianças, usar talas menores e acolchoamento extra;
- Em idosos, pele frágil → evitar pressão excessiva;
- Em vítimas de violência ou trauma suspeito → registrar fotografias somente por equipe policial, nunca pela enfermagem.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS <u>RCP/SBV COM DEA</u>			 POP N°37
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento padronizado para reconhecimento da parada cardiorrespiratória, início de compressões torácicas eficazes, ventilação com AMBU, uso adequado do DEA, organização da equipe e cuidados após o retorno da circulação espontânea (RCE).</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Reconhecimento imediato da PCR; início rápido de compressões eficazes; uso correto e precoce do DEA; melhora da taxa de retorno da circulação espontânea; redução de danos neurológicos por atendimento precoce; estabilização segura para encaminhamento à referência</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se à equipe da unidade de saúde que atende urgência/emergência e à equipe da ambulância:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ PCR intraunidade (consultórios, sala de espera, salas de procedimento, sala vermelha)➤ PCR durante atendimento pré-hospitalar➤ Pacientes adultos, idosos e pediátricos (com adaptações)➤ Situações de colapso súbito, arritmia maligna, trauma, choque, SCA				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Técnico (a) de Enfermagem: realiza compressões, ventilações, instala DEA e organiza materiais➤ Enfermeiro (a): coordena o atendimento, orienta equipe, avalia RCE, conduz pós-parada, registra➤ Médico (a): se presente, assume comando clínico e indica medicações e condutas pós-RCE				



- Motorista/Socorrista: auxilia fisicamente e no transporte

DEFINIÇÃO: O SBV (Suporte Básico de Vida) é o conjunto de ações que visam:

- Reconhecer a PCR
- Iniciar compressões torácicas
- Ventilar adequadamente
- Aplicar choque com DEA (quando indicado)
- Manter cuidados até chegada de suporte avançado ou RCE

O DEA é um dispositivo capaz de analisar automaticamente o ritmo cardíaco e aplicar choque quando necessário.

Procedimento:

Reconhecimento da Parada Cardiorrespiratória:

- Verificar segurança da cena
- Estimular paciente verbal e fisicamente
- Avaliar respiração por até 10 segundos
- Checar pulso central (carotídeo) no mesmo tempo

Sem respiração + Sem pulso = PCR

- Gritar para equipe;
- Solicitar acionamento da regulação/ambulância se necessário (para transferência).

Início das Compressões Torácicas:

- Posicionar paciente em superfície dura
- Posicionar as mãos no centro do tórax
- Técnica correta:
 - Profundidade: 5–6 cm
 - Ritmo: 100–120/min
 - Braços estendidos
 - Ombros alinhados



- Permitir retorno total do tórax
- Minimizar interrupções (<5 segundos)
- Trocar socorrista a cada 2 minutos para evitar perda de eficácia.

Ventilação com AMBU:

- Sem via aérea avançada:
 - 30 compressões;
 - 2 ventilações
- Com TOT:
 - Ventilar a cada 6 segundos (10/min)
 - Compressões sem pausa
- Detalhes técnicos da ventilação:
 - Observar expansão torácica
 - Evitar hiperventilação
 - Usar guedel

Instalação do DEA:

- Ligar imediatamente
- Colocar pás adesivas:
 - 1ª na região infraclavicular direita
 - 2ª na região lateral esquerda (axilar)

Pediatria: usar pás pediátricas (anterior/posterior) se houver

- Afastar todos;
- DEA analisa ritmo automaticamente:
 - Se choque indicado → aplicar choque e voltar às compressões
 - Se choque não indicado → continuar compressões

Ciclos de SBV com DEA:

- A cada 2 minutos:
 - Pausar compressões por até 5 segundos



- DEA reavalia ritmo
- Se indicado → aplicar choque
- Retomar compressões imediatamente
- Ritmos chocáveis:
 - Fibrilação Ventricular
 - Taquicardia Ventricular sem pulso
- Ritmos não chocáveis:
 - Assistolia
 - Atividade elétrica sem pulso (AESP)

Acesso Venoso e Medicações:

- Não é obrigatório no SBV, mas geralmente possível na sua unidade.
 - Jelco 18 ou 20
 - SF 0,9%

Adrenalina: 1 mg IV a cada 3–5 min (todos os ritmos)

Amiodarona: se pós 3 choques (não obrigatório no SBV)

Retorno da Circulação Espontânea (RCE):

- Critérios:
 - Retorno do pulso
 - Respiração espontânea
 - Pressão arterial mensurável
 - Melhora da cor/perfusão

Condutas imediatas:

- Oxigênio para manter $\text{SatO}_2 > 94\%$
- Acesso venoso pérvio
- Monitorização cardíaca contínua
- Controle de PA
- Avaliar causa da PCR (5H e 5T)



- Preparar transporte para referência (Palmas-PR) se necessário.

Encerramento das manobras:

- Só deve ser feito quando autorizado pelo enfermeiro/médico, nas seguintes circunstâncias:
 - Ausência total de resposta após ciclos adequados
 - Sinais de morte evidente
 - Rigidez cadavérica
 - Decisão médica fundamentada
- Registrar tudo em prontuário.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Máscara de bolso ou AMBU adulto/pediátrico
2. Fonte de oxigênio (se disponível)
3. Cânula de Guedel
4. DEA com pás adesivas
5. Soro fisiológico e acesso venoso (se disponível)
6. Luvas, máscara e avental
7. Estetoscópio (pós-RCE)
8. Maca rígida ou superfície dura
9. Laringoscópio / TOT (se equipe avançada presente)

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Não parar compressões para checar pulso desnecessariamente
- Não aplicar choque com alguém tocando paciente
- Não hiperventilar (prejudica retorno venoso)
- Verificar sempre se pás do DEA estão bem aderidas
- Em gestantes → inclinar útero para esquerda
- Em trauma → priorizar via aérea com controle cervical
- Em afogamento → ventilações iniciais antes das compressões



- Em unidade pequena → assumir funções rapidamente e de maneira organizada
- Durante transporte → compressões devem continuar

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Capnografia (se disponível) é o melhor indicador de eficácia das compressões (ETCO₂ ideal > 10)
- Quanto mais rápido iniciar compressões, maior a chance de RCE
- DEA deve ser instalado em no máximo 60–90 segundos após reconhecer PCR
- Compressões devem ocupar 80% do tempo total da ressuscitação
- Evitar intervalos entre choque e compressão
- Em pediatria, profundidade é de 1/3 do diâmetro torácico
- Em idosos frágeis, fraturas de costela são comuns e NÃO são motivo para interromper RCP.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>INSTALAÇÃO DE COLAR CERVICAL</u>			 POP N°38
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento padronizado para avaliação, seleção, ajuste e instalação de colar cervical rígido em vítimas de trauma ou condições clínicas que exigem estabilização da coluna cervical no atendimento de urgência e durante o transporte.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Estabilização adequada da coluna cervical; redução do risco de lesão medular secundária; manutenção do alinhamento neutro da coluna; segurança durante movimentação, extricação e transporte; proteção da via aérea sem mobilização excessiva.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se a toda equipe de enfermagem, especialmente:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Atendimento pré-hospitalar (ambulância)➤ Sala de estabilização / sala vermelha➤ Atendimento ao trauma (quedas, colisões, agressões)➤ Pacientes inconscientes➤ Pacientes com dor cervical➤ Vítimas de acidente de trânsito➤ Pacientes com mecanismo de trauma suspeito➤ Transferência para UPA/hospital de referência (Palmas-PR)				



EXECUTANTES:

- Técnico (a) de Enfermagem: ajuda na estabilização manual, instala o colar conforme orientação
- Enfermeiro (a): avalia mecanismo do trauma, escolhe o tamanho, supervisiona e reavalia perfusão e alinhamento
- Socorrista/Motorista da ambulância: auxilia na movimentação e extricação.

DEFINIÇÃO: Colar cervical é um dispositivo rígido de imobilização que mantém a coluna cervical em posição neutra, evitando:

- Flexão
- Extensão
- Hiperflexão
- Rotação
- Deslocamentos que possam agravar lesões na coluna

O colar não substitui a imobilização manual, que deve ser mantida até a colocação completa do dispositivo.

Procedimento:

Avaliação Inicial da Necessidade de Colar:

- Instalar colar cervical se houver:
 - Dor cervical
 - Trauma acima das clavículas
 - Perda de consciência
 - Rebaixamento do nível de consciência
 - Intoxicação (risco de não referir dor)
 - Trauma cranioencefálico
 - Mecanismos de alto risco (queda de altura, colisão, atropelamento)
 - Parestesia, dormência, fraqueza em membros
 - Vítimas de violência (agressão com objeto, espancamento)
- Se não houver contraindicação → instalar.



Estabilização Manual Inicial (SEM mover o pescoço):

- O profissional A deve posicionar-se atrás da cabeça;
- Segurar a cabeça firme, mantendo:
 - Alinhamento neutro
 - Olhar orientado para frente
 - Evitar flexão/extensão/rotação

A imobilização manual NÃO deve ser interrompida até que o colar seja instalado e ajustado.

Escolha do Tamanho Correto do Colar:

- Colar pequeno demais → compressão da mandíbula.
- Colar grande demais → hiperextensão do pescoço.

Como medir corretamente:

- Medir distância da linha da mandíbula até o ombro (chamada “altura cervical”)
- Ajustar no colar essa mesma medida
- Conferir nível do queixo: deve encaixar na plataforma do colar sem levantar cabeça

Erros comuns:

- Usar tamanho único sem ajustar
- Colocar muito alto (empurra mandíbula e gera dor)
- Colocar muito baixo (não imobiliza)

Preparação do Paciente:

- Explicar o procedimento ao paciente consciente;
- Remover objetos do pescoço (correntes, lenços);
- Cortar roupa se necessário, sem movimentar o pescoço;
- Outro profissional mantém imobilização manual contínua.

Instalação Correta do Colar Cervical:

1. Passo 1 – Posicionar a parte posterior do colar



- A parte posterior deve ser deslizada lateralmente, por baixo da cabeça;
- Encaixar suavemente atrás da nuca, sem elevar a cabeça;
- Manter alinhamento neutro.

- 2. Passo 2 – Ajustar parte anterior
 - Encaixar a parte anterior sob o queixo;
 - Confirmar que o mento está apoiado adequadamente;
 - Não forçar excesso de pressão.

- 3. Passo 3 – Fixação lateral
 - Unir as laterais com velcro ou fechos;
 - Fixar firme, mas sem bloquear respiração ou circulação;
 - Verificar simetria.

- 4. Passo 4 – Checagem
 - O colar deve estar confortável
 - Queixo centralizado
 - Sem compressão exagerada
 - Cabeça alinhada
 - Colar não deve permitir movimento lateral

Pacientes agitados → usar técnica com apoio de mais profissionais.

Reavaliação Pós-Colocação:

- Checar imediatamente:
 - Respiração
 - Fala
 - Perfusão
 - Nível de consciência
 - Desconforto
 - Alinhamento



- Certificar-se de que:
 - Não há hiperextensão ou flexão
 - Não há folgas laterais
 - Não há compressão excessiva da mandíbula
 - Pele não está presa no fecho
 - Queixo está adequadamente apoiado
 - Colar está no tamanho correto
- Reavaliar a cada 10–15 minutos ou após movimentação.

Cuidados Durante Transporte e Transferência:

- Paciente com colar deve permanecer em prancha rígida somente até o transporte
- Evitar longos períodos na prancha (risco de lesão de pele)
- Reavaliar perfusão e integridade da pele
- Confirmar que colar não se deslocou
- Durante transporte intermunicipal, FIXAR cabeça com tiras de imobilização lateral

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Colar cervical rígido (vários tamanhos)
2. Dispositivo regulável (collar do tipo Stifneck, Miami, etc.)
3. Fita ou velcro de fixação
4. Luvas de procedimento
5. Tesoura (se necessário para ajuste de roupas)
6. Prancha rígida (se parte do atendimento ao trauma)

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Nunca ajustar colar com apenas 1 pessoa mantendo imobilização
- Nunca hiperextender pescoço para encaixar colar
- Em idosos, tomar cuidado com cifose acentuada → pode precisar adaptar



- Em crianças, usar colar pediátrico adequado
- Em trauma penetrante no pescoço → evitar movimentação e colocar colar somente se NÃO atrapalhar controle de sangramento
- Em parada cardiorrespiratória traumática → manter colar + prancha
- Nunca remover colar sem autorização do enfermeiro ou médico
- Após vômito, liberar via aérea lateralizando o corpo em bloco (rolamento)

DETALHES COMPLEMENTARES:

- O colar não substitui a estabilização manual — é apenas parte da imobilização total;
- Em politraumatizado:
 - Colar + prancha + imobilização lateral de cabeça
- Em criança pequena, a cabeça pode ser proporcionalmente maior → prancha deve ter elevação torácica para manter alinhamento
- Colar muito apertado pode causar:
 - Dor
 - Dificuldade respiratória
 - Aumento de pressão intracraniana
- Colar muito folgado não imobiliza e permite danos secundários
- Em vítimas com convulsão → aguardar estabilização e colocar colar rapidamente após crise.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>INSTALAÇÃO MÁSCARA DE OXIGENIOTERAPIA</u> <u>COM RESERVATÓRIO</u>			 POP N°39
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento padronizado para instalação, ajuste, segurança e monitorização da máscara de oxigenioterapia com reservatório (máscara não reinalante), destinada a fornecer alta concentração de oxigênio (aprox. 60–95%) em situações de emergência.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Melhora imediata da oxigenação; saturação $\geq 94\%$ (exceto DPOC, onde alvo pode ser 88–92%); redução de trabalho respiratório; estabilização respiratória para transporte ou atendimento avançado; prevenção de hipóxia tecidual.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Aplica-se à equipe de enfermagem, especialmente em:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Dispneia moderada a grave➤ Saturação $< 92\%$➤ Crise asmática grave➤ Edema agudo de pulmão➤ TCE➤ Convulsão prolongada➤ Parada cardiorrespiratória pós-RCE➤ Trauma com sangramento importante➤ Choque➤ Intoxicações por monóxido de carbono				



- Transporte de pacientes instáveis na ambulância

EXECUTANTES:

- Técnico (a) de Enfermagem: instala máscara, ajusta fluxo, posiciona, monitora saturação;
- Enfermeiro (a): avalia necessidade, ajusta metas de saturação, supervisiona e reavalia, define preparo para transporte.

DEFINIÇÃO: A máscara com reservatório é um dispositivo de alta concentração que utiliza um saco reservatório de O₂ e válvulas unidirecionais, evitando a reinalação de CO₂ e permitindo administração de oxigênio em altas frações inspiradas (FiO₂ 60–95%).

Procedimento:

Preparo Inicial:

- Higienizar mãos;
- Reunir todo o material;
- Explicar ao paciente (se consciente) que a máscara pode ser “pesada” e “apertada”, mas é necessária;
- Posicionar paciente sentado ou em semi-Fowler (30–45°).

Preparação do Sistema de Oxigênio:

- Fixar fluxômetro à rede ou cilindro;
- Conectar tubo da máscara ao fluxômetro sem ligar o fluxo ainda;
- Verificar integridade do reservatório (bolsa);
- Garantir que válvulas laterais estejam frágeis e móveis (sem travar).

Preenchimento da Bolsa Reservatório:

- Abrir o fluxômetro entre 10 a 15 L/min;
- Permitir que o saco reservatório infle completamente antes de colocar no paciente;
- Quando totalmente inflado, ajustar fluxo para manter a bolsa sempre 2/3 cheia durante a respiração.



- Nunca colocar a máscara vazia no rosto do paciente — risco de CO₂!

Instalação da Máscara no Paciente:

- Posicionar a máscara cobrindo nariz e boca;
- Ajustar o clipe nasal para vedação;
- Posicionar elástico atrás da cabeça, sem apertar demais;
- Certificar que a máscara está bem ajustada, sem escapes grandes de ar;
- Verificar se válvulas laterais estão funcionando (abrem durante expiração).

Ajuste do Fluxo de Oxigênio:

- Ligar fluxo entre 12–15 L/min (adulto)
- Garantir bolsa inflada entre 2/3 e 3/4 durante o ciclo respiratório;
- Caso a bolsa esvazie:
 - Aumentar fluxo
 - Verificar torção no tubo
 - Ajustar máscara
- Fluxo menor que 10 L/min NÃO deve ser usado — risco de reinalação de CO₂ e hipercapnia.

Monitorização:

- Instalar oxímetro de pulso;
- Monitorar saturação a cada:
 - 2 em 2 min em pacientes graves
 - 5 em 5 min em pacientes estáveis
- Observar:
 - Cor da pele
 - Tiragem
 - Confusão mental
 - Fadiga
 - Escape lateral de oxigênio
 - Integridade da bolsa



- Reavaliar frequência respiratória e nível de consciência.

Conduas Especiais:

- Pacientes DPOC:
 - Objetivo: SatO₂ entre 88–92%
 - Usar máscara de reservatório somente se gravemente hipoxêmico
 - Reduzir fluxo após estabilização

Pacientes Inconscientes:

- Usar Guedel para manter via aérea aberta
- Monitorar risco de broncoaspiração

Crianças:

- Máscara pediátrica
- Fluxo 10–12 L/min
- Sempre monitorar sinais de desconforto

Trauma Facial:

- Avaliar se há escape de ar ou piora da ventilação
- Considerar outra modalidade se não houver vedação adequada

Durante Transporte (Ambulância):

- Confirmar cilindro de O₂ cheio;
- Fixar tubos e máscara para não deslocarem;
- Manter paciente sentado ou semi-Fowler;
- Monitorar saturação continuamente;
- Evitar fechamento da válvula por dobra no tubo;
- Garantir que bolsa permaneça sempre inflada.



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Máscara de oxigênio com reservatório (NRB)
2. Fonte de oxigênio (cilindro ou rede O₂)
3. Fluxômetro funcional
4. Extensão de oxigênio (tubo conector)
5. Luvas de procedimento
6. Oxímetro de pulso
7. Esparadrapo/micropore

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Bolsa NUNCA pode colapsar — ajustar fluxo imediatamente
- Máscara não deve ficar frouxa
- Atenção a irritação nasal/pressão do elástico
- Evitar hiperventilação forçada no paciente ansioso
- Em vômitos → retirar rapidamente para evitar aspiração
- Paciente instável → acompanhar até estabilização
- Em queimados de face → máscara pode não vedar, considerar alternativa.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Máscara de reservatório fornece a MAIOR FiO₂ disponível sem TOT
- Ideal para primeiras medidas em PCR pós-RCE
- Útil em intoxicação por fumaça (CO) enquanto aguarda transporte
- Ao ajustar clipe nasal, evitar excesso de pressão (feridas)
- Em pacientes com barba, vedação é mais difícil → aumentar fluxo
- Ajustar elástico de forma que não comprima o pavilhão auricular
- Curativos faciais podem impedir boa vedação → considerar máscara simples + alto fluxo ou outra técnica



- Bolsa deve ser observada constantemente — indicador de funcionamento do sistema
- Trocar máscara a cada 24 h ou conforme sujidade.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>LAVAGEM GÁSTRICA</u>			 POP N°40
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento padronizado para realização de lavagem gástrica, incluindo indicação, preparo, técnica segura, manejo de riscos e monitorização, utilizado em situações específicas de intoxicação, emergências clínicas e preparo para exames.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Remoção parcial ou total do conteúdo gástrico; redução da absorção de toxinas; coleta de material gástrico para análise; estabilização inicial até encaminhamento definitivo; redução de risco de piora clínica.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Aplica-se a enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem, somente mediante prescrição e avaliação médica, nos seguintes casos:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Intoxicação exógena por substâncias potencialmente letais (somente em até 1 hora após ingestão, salvo exceções)➤ Ingestão de medicamentos de absorção lenta➤ Preparação prévia para procedimentos gastrointestinais (situações selecionadas)➤ Pacientes inconscientes com TOT (via aérea protegida)➤ Tentativa de suicídio e situações de urgência onde é preciso remover conteúdo gástrico.				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Enfermeiro (a): avaliação, indicação, instalação da sonda, supervisão e monitorização.				



- Técnico (a) de Enfermagem: auxilia na instalação da sonda, segura materiais, ajuda nos ciclos de lavagem.

DEFINIÇÃO: A lavagem gástrica é um procedimento que utiliza uma sonda orogástrica ou nasogástrica para introdução e retirada intermitente de líquidos com o objetivo de limpar o estômago.

Procedimento:

Preparo Inicial:

Preparo do Paciente

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente (se consciente);
- Posicionar em decúbito elevado 45°;
- Colocar EPIs completos (luva, máscara, avental, óculos);
- Avaliar permeabilidade das vias aéreas;
- Em pacientes inconscientes → somente com via aérea protegida (TOT).

Instalação da Sonda:

- Medir comprimento da sonda:
 - Ponta do nariz → lóbulo da orelha → apêndice xifoide
- Lubrificar ponta da sonda;
- Introduzir pela narina (primeira escolha) ou boca (se necessário);
- Avançar suavemente até marcação;
- Confirmar posicionamento:
 - Auscultar ar insuflado com seringa → borbulho epigástrico
 - Aspirar conteúdo gástrico
 - Observar retorno
- Fixar sonda com esparadrapo.



Preparação da Lavagem:

- Posicionar recipiente para coleta ao lado do leito;
- Preparar volumes de 200–300 mL de água filtrada ou SF morno (adultos);
- Em crianças → 10–15 mL/kg por ciclo;
- Abrir funil ou conector.

Execução da Lavagem Gástrica:

- Introdução do Líquido:
- Elevar funil acima do nível do estômago;
- Introduzir lentamente 200–300 mL;
- Baixar funil até o recipiente para permitir drenagem por gravidade;
- Repetir processo até saída clara.

Ciclo Completo:

- Introduzir →
- Aguardar 3–5 segundos →
- Drenar →
- Repetir

Repetições:

- Repetir ciclos até:
 - Retorno do líquido claro
 - Melhora clínica
 - Quantidade prescrita
 - Ausência de conteúdo gástrico relevante

Término da Lavagem:

- Aspirar conteúdo residual;
- Retirar sonda ou manter conforme indicação;
- Limpar região de boca/nariz;



- Manter paciente elevado por 20–30 minutos.

Encaminhamento e Coleta:

- Separar 50–100 mL do retorno para análise toxicológica (se indicado);
- Identificar amostra: nome, horário, substância suspeita;
- Solicitar encaminhamento imediato pelo fluxo da unidade.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas de procedimento e EPIs completos
2. Sonda orogástrica ou nasogástrica grossa (nº 14–18)
3. Seringa de 20 ou 50 mL
4. Totem ou cuba rim
5. Recipiente graduado para medir volumes
6. Copos medidores
7. Funil ou adaptador para lavagem
8. Água filtrada ou soro fisiológico morno
9. Lubrificante hidrossolúvel
10. Estetoscópio
11. Cateter de O₂ (se necessário)
12. Saco plástico resistente para resíduos
13. Toalhas e campos limpos
14. Aspirador (se houver risco de vômito)

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Nunca realizar em cáusticos ou hidrocarbonetos
- Evitar em idosos frágeis com risco de perfuração
- Observar sinal de broncoaspiração
- Parar imediatamente se:
 - Cianose



- Tosse intensa
- Queda de saturação
- Dor abdominal forte
- Sangue vivo
- Em ingestão de comprimidos de liberação prolongada, pode ser indicada mesmo após 1–2 horas
- Aspirar secreções se ocorrer vômito
- Atenção ao volume total administrado.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Usar líquidos mornos evita choque vagal e desconforto
- Em crianças, o procedimento deve ser o mais rápido e delicado possível
- Em intoxicações graves, lavagem pode ser associada a carvão ativado (prescrição médica)
- Registrar o volume instilado e o volume drenado para equilíbrio hídrico
- Em pacientes agitados, conter de forma segura, sem alterar posicionamento da coluna (trauma)
- Durante transporte para Palmas–PR, se sonda permanecer:
 - Fixar bem
 - Manter decúbito elevado
 - Evitar tração da sonda
 - Acompanhar saturação
- Em pacientes inconscientes sem TOT → risco extremo → contraindicado
- Se houver odor de solventes → não lavar (risco de aspiração).

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>LAVAGEM INTESTINAL</u>			 POP N°41
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Procedimento padronizado para realização da lavagem intestinal, visando limpeza do reto e cólon distal através da introdução controlada de solução líquida via ânus.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Esvaziamento do reto e porção distal do cólon; alívio de dor e distensão abdominal; melhora do conforto e eliminação de fezes; preparo adequado para exames ou cirurgias; redução de risco de fecaloma.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se à equipe de enfermagem nos seguintes casos:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Constipação grave refratária➤ Impactação fecal➤ Preparação para exames (quando prescrito)➤ Preparo pré-operatório➤ Envenenamento por substâncias que não sofrem absorção gastrointestinal alta (situações específicas)➤ Retenção fecal em idosos acamados➤ Situações emergenciais de distensão abdominal por fezes <p>Sempre mediante prescrição médica, exceto em cuidados paliativos e constipação leve, dependendo de protocolo local.</p>				



EXECUTANTES:

- Enfermeiro (a): avaliação, indicação, supervisão, manejo de intercorrências.
- Técnico (a) de Enfermagem: executa o procedimento conforme técnica descrita.

DEFINIÇÃO: Lavagem intestinal é o procedimento de introdução de solução líquida morna no intestino através de sonda retal, com finalidade de desencadear peristaltismo e eliminar conteúdo fecal.

Procedimento:

Preparo do Paciente:

- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente sobre desconfortos possíveis (cólica, sensação de evacuar);
- Privacidade: fechar porta, biombos, cobrir com lençol;
- Posicionar em decúbito lateral esquerdo, com joelhos semifletidos (posição de Sims);
- Colocar campo limpo sob glúteos;
- Vestir EPIs completos.

Preparo da Solução:

- Aquecer solução – deve estar morna (37–40 °C);
- Colocar solução no frasco ou bolsa para enema;
- Eliminar o ar do tubo antes de conectar;
- Pendurar bolsa a 40–60 cm acima do paciente para evitar pressão excessiva.

Técnica de Inserção da Sonda Retal:

- Calçar luvas;
- Lubrificar ponta da sonda com gel hidrossolúvel;
- Afastar nádegas com mão não dominante;
- Introduzir sonda lentamente:
 - Adulto: 7–10 cm



- Idoso: 6–8 cm
- Criança: conforme prescrição e idade (máximo 4–6 cm)
- Não forçar se houver resistência;
- Fixar levemente a sonda com gaze para evitar saída involuntária.

Instilação da Solução:

- Abrir pinça e permitir entrada lenta da solução;
- Regular altura da bolsa para controlar velocidade;
- Observar sinais de desconforto:
 - Cólica intensa
 - Dor aguda
 - Náuseas
 - Sudorese
 - Evacuação imediata
- Se ocorrer dor importante → fechar pinça → aguardar 30–60 segundos → reiniciar lentamente;
- Administrar o volume prescrito (geralmente 500–1000 mL em adultos);
- Em casos de impactação grave → usar volumes menores e repetir conforme orientação.

Retenção da Solução:

- Solicitar que o paciente segure o líquido por 5–15 minutos, se tolerado;
- Em pacientes acamados, segurar manualmente a sonda para evitar saída precoce;
- Se evacuação for imediata, não insistir — seguir orientação médica.

Evacuação e Coleta:

- Auxiliar paciente a evacuar no banheiro ou com comadre;
- Observar características das fezes:
 - Cor
 - Consistência
 - Presença de sangue
 - Presença de muco



○ Restos alimentares

- Se solicitado, coletar amostras para análise;
- Repetir lavagem somente se houver prescrição específica.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas (procedimento e estéreis)
2. Avental descartável
3. Sonda retal ou sonda nelaton nº 18–24
4. Lubrificante hidrossolúvel
5. Seringa de 20–50 mL (para instilação inicial)
6. Pacote de gaze
7. Balde/coletor graduado
8. Toalhas e campo limpo
9. Suporte para bolsa de enema
10. Solução prescrita:
11. SF 0,9%
12. Água morna filtrada
13. Glicerina
14. Óleo mineral (situações específicas)
15. Solução enteral pronta, se indicada
16. Pinça
17. Lençóis
18. Fraldas (se necessário)

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Não realizar se houver sangramento retal ativo
- Não introduzir solução muito quente (risco de queimadura)
- Não introduzir solução fria (pode causar cólica severa)
- Em suspeita de perfuração → suspender imediatamente



- Pacientes com hemorroidas podem ter dor acentuada
- Em idosos → usar volumes menores para evitar hipotensão
- Em pós-operatórios → contraindicado sem liberação médica
- Em trauma abdominal → evitar
- Observar sinais de hipervagotonia (bradicardia, sudorese)
- Parar procedimento se:
 - Dor abdominal intensa
 - Sangramento
 - Resistência forte à passagem da sonda.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Soluções oleosas ajudam a soltar fecaloma, mas devem ser usadas com cautela em idosos
- Pacientes ansiosos devem ser tranquilizados continuamente
- A posição de Sims facilita drenagem e reduz risco de perfuração
- Em pacientes com colostomia, usar técnica específica de lavagem via estoma (POP separado)
- Em pacientes com arritmias → evitar vagotonia pela distensão retal
- Em cuidados paliativos, enema pode ser usado para conforto
- Durante evacuação, preservar privacidade e auxiliar na higiene
- Em evacuação explosiva, cuidado com respingos — use avental impermeável
- Manter hidratação do paciente após lavagem, conforme protocolo
- Em PCR durante o procedimento → retirar sonda e priorizar RCP.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>LAVAGEM INTESTINAL VIA COLOSTOMIA</u>			 POP N°42
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
ASSUNTO: Procedimento padronizado para realização de lavagem intestinal através de estoma (colostomia), visando limpeza do cólon distal, desimpactação fecal, preparo para exame ou melhora do conforto clínico.				
RESULTADOS ESPERADOS: Esvaziamento do segmento intestinal conectado ao estoma; alívio de desconforto, dor e distensão; melhora da eliminação intestinal; preparo adequado para exames; estabilização até transferência quando necessário.				
APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se à equipe de enfermagem em casos de: <ul style="list-style-type: none">• Constipação grave em pacientes ostomizados• Fecaloma• Preparo para exames e cirurgias (orientação médica)• Lavagem terapêutica para pacientes com colostomia descendente ou sigmoide• Situações emergenciais em que há distensão abdominal por fezes• Necessidade de limpeza intestinal para alívio dos sintomas Somente mediante prescrição médica, exceto protocolos específicos para ostomizados habituais.				
EXECUTANTES: <ul style="list-style-type: none">• Enfermeiro (a): avalia indicação, insere sonda, supervisiona técnica, maneja intercorrências.• Técnico (a) de Enfermagem: auxilia na preparação, manutenção da sonda, lavagem e coleta.				



DEFINIÇÃO: A lavagem intestinal via colostomia consiste na introdução controlada de solução morna diretamente pelo estoma intestinal, utilizando sonda apropriada, com objetivo de estimular evacuação ou remover fecaloma.

Procedimento:

Preparo do Paciente:

- Higienizar mãos e colocar EPIs;
- Orientar paciente sobre o procedimento (desconforto, cólica, líquido saindo da bolsa);
- Garantir privacidade (biombo/porta fechada);
- Posicionar paciente em decúbito dorsal, com abdome exposto;
- Colocar campo limpo ao redor do estoma;
- Esvaziar a bolsa coletora antes de iniciar.

Preparação da Solução:

- Aquecer solução até 37–40 °C (evita cólica intensa);
- Encher bolsa de enema com volume inicial de 300–500 mL (adultos);
- Eliminar ar do tubo antes de conectar;
- Pendurar a 40–60 cm do nível do estoma para evitar pressão excessiva.

Preparação do Estoma e Acesso:

- Remover a bolsa coletora e higienizar delicadamente a pele ao redor;
- Avaliar características do estoma:
 - Coloração (vermelho vivo e úmido é o normal)
 - Edema
 - Presença de lesões
 - Sangramento
 - Estreitamento (estenose)
- Se estoma estiver muito edemaciado → avisar enfermeiro;
- Colocar bolsa coletora drenável ou adaptador para lavagem.



Inserção da Sonda no Estoma:

- Lubrificar suavemente 5–7 cm da sonda;
- Introduzir pelo estoma com delicadeza, sem forçar;
- Profundidade média:
 - 6–10 cm em colostomias descendentes
 - 5–7 cm em colostomias sigmóides
 - Ajustar conforme anatomia do paciente
- Se houver resistência → NÃO forçar → retirar e reavaliar;
- Fixar a sonda com leve compressa para evitar saída.

Instilação da Solução:

- Início
- Abrir clamp da bolsa de enema;
- Permitir que solução entre lentamente;
- Controlar velocidade pela altura da bolsa.

Monitorização Durante a Instilação:

- Observar:
 - Desconforto
 - Cólica
 - Distensão abdominal
 - Refluxo da solução
 - Saída precoce de fezes
- Se dor intensa → fechar clamp, aguardar até alívio e reiniciar.
- Volume Total:
 - 300–500 mL por ciclo em adultos;
 - Pode repetir conforme prescrição até limpeza satisfatória;
 - Em fecaloma → volumes menores repetidos lentamente.

Drenagem e Evacuação:

- Após instilação, manter sonda por 1–5 minutos (se tolerado);
- Abrir a bolsa coletora para permitir saída da solução;



- Coletar líquido e fezes no recipiente graduado;
- Observar características:
 - Consistência
 - Coloração
 - Presença de sangue
 - Eliminação de fecaloma
- Manter processo até retorno claro ou conforme prescrição.

Finalização:

- Retirar sonda suavemente;
- Limpar estoma e pele periestoma;
- Recolocar bolsa coletora adequada;
- Deixar paciente confortável;
- Reavaliar sinais vitais;
- Registrar procedimento e achados.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas de procedimento e EPIs completos
2. Sonda para colostomia ou sonda Nelaton nº 16–20
3. Lubrificante hidrossolúvel
4. Bolsa coletora de colostomia (preferência: bolsa drenável)
5. Suporte de enema
6. Solução prescrita:
 - Água filtrada morna (37–40 °C)
 - SF 0,9%
 - Óleo mineral (situações específicas)
7. Recipiente graduado para coleta
8. Toalhas ou campos limpos
9. Compressas estéreis
10. Fixador para sonda (gaze ou micropore)



11. Pinça de clamp
12. Avental impermeável
13. Recipiente para resíduos

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Não utilizar solução muito quente ou fria
- Não forçar sonda sob nenhuma hipótese
- Interromper se:
 - Dor forte
 - Sangramento
 - Tontura
 - Sudorese intensa
 - Náuseas
- Cuidado com estomas recentes (<30 dias) → risco de perfuração
- Em estenose do estoma → avaliação do enfermeiro/médico
- Em pacientes idosos → menor volume e ritmo mais lento
- Em pacientes com colite/inflamações → contraindicada sem prescrição
- Manter técnica asséptica para não contaminar o estoma
- Durante transporte intermunicipal → só realizar após estabilização.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Soluções com óleo mineral são úteis para fecaloma, mas deixam o estoma oleoso — higienizar bem antes de recolocar a bolsa
- Em pacientes acamados com colostomia, a lavagem melhora muito o conforto
- A lavagem via colostomia é mais rápida e menos desconfortável que enema convencional
- Usar sempre sonda de calibre maior para facilitar fluxo
- Em colostomia transversa → técnica pode ser mais sensível
- Em sinais de desidratação → cuidado com volumes excessivos
- Observação de odor muito forte pode indicar infecção



- Documentar sempre:
- Volume instilado
 - Volume drenado
 - Resposta do paciente
 - Aspecto das fezes
 - Intercorrências.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>PREPARO DE MEDICAMENTOS (AMPOLAS, SOLUÇÕES E FRASCOS COM PÓ)</u>			 POP N°43
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Padronização do preparo seguro de medicamentos injetáveis provenientes de ampolas, soluções prontas e frascos contendo pó liofilizado, garantindo precisão, segurança, assepsia e rastreabilidade no atendimento de urgência e emergência.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Medicamentos preparados de forma asséptica e precisa; redução de erros de dose; segurança para o paciente; rastreabilidade do preparo; garantia da estabilidade e eficácia da medicação; preparo adequado para administração imediata.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se à equipe de enfermagem da unidade (enfermeiros e técnicos), nas situações:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Administração intravenosa, intramuscular, subcutânea ou intradérmica➤ Preparo de antibióticos➤ Diluições de medicações para soro➤ Medicamentos para estabilização de emergência➤ Medicações para transporte intermunicipal➤ Reconstituição de frascos-pó e ajustes de dose conforme prescrição				



EXECUTANTES:

- Enfermeiro (a): supervisiona técnica, executa preparo de alta complexidade e avalia compatibilidades.
- Técnico (a) de Enfermagem: realiza preparo e aspiração conforme POP, sob supervisão.

DEFINIÇÃO: Preparo de medicamentos é o conjunto de técnicas que envolvem:

- Conferência da prescrição
- Higiene e assepsia
- Manipulação correta de ampolas, frascos, diluentes e soluções
- Reconstituição de fármacos
- Identificação e rotulagem
- Descarte adequado de resíduos perfurocortantes

Procedimento:

Conferência Inicial:

- Ler prescrição completa:
 - Nome do medicamento
 - Dose
 - Via
 - Diluição
 - Frequência
 - Horário
- Verificar alergias registradas;
- Conferir validade e integridade das embalagens;
- Lavar as mãos e usar EPIs;
- Separar materiais em bandeja limpa.

Preparo do Ambiente:

- Escolher área tranquila, limpa e iluminada;



- Desinfetar a bandeja com álcool 70%;
- Organizar ampolas, frascos e diluentes;
- Manter técnica asséptica durante todo o processo.

Técnicas de Preparo por Tipo de Embalagem:

★ Preparo de Medicamentos em ampolas:

Inspeção da ampola:

- Verificar cor, presença de partículas, turvação;
- Conferir nome, concentração e validade.

Abertura:

- Bater levemente no topo para descer líquido;
- Limpar gargalo com álcool 70%;
- Usar gaze para quebrar o gargalo no ponto marcado;
- Quebrar para o lado oposto ao corpo.

Aspiração:

- Utilizar agulha de aspiração;
- Aspirar todo conteúdo;
- Retirar bolhas de ar da seringa;
- Trocar agulha antes da administração parenteral.

★ Preparo de Medicamentos em frascos com solução

Limpeza:

- Friccionar tampa de borracha com álcool 70%.

Aspiração:

- Introduzir agulha no centro da borracha;
- Virar frasco se necessário;
- Aspirar lentamente, mantendo agulha submersa;



- Homogeneizar o líquido antes, se indicado.

★ Preparo de Medicamentos em frascos com pó (liofilizado)

Conferência e compatibilidade:

- Confirmar diluente correto
- Ver volume ideal de reconstituição
- Ver estabilidade pós-diluição

Limpeza da tampa:

- Limpar a borracha com álcool 70% em movimentos circulares.

Reconstituição:

- Aspirar o diluente na seringa;
- Injetar lentamente no frasco com pó;
- Não agitar vigorosamente;
- Girar suavemente até dissolução completa;
- Observar se formam cristais ou partículas.

Aspiração da solução reconstituída:

- Virar frasco;
- Introduzir agulha mantendo ponta submersa;
- Aspirar devagar;
- Ajustar dose conforme prescrição.

★ Diluição para Administração em Soro

- Confirmar compatibilidade com SF, SG ou outros veículos;
- Verificar volume final ideal;
- Colocar medicação no frasco de soro;
- Misturar suavemente virando o frasco;
- Identificar com etiqueta:



- Nome do medicamento
- Dose
- Horário de preparo
- Validade
- Nome do profissional
- Nunca adicionar medicamentos em frascos de soro pendurados no paciente.

Identificação e Rotulagem

- Toda seringa deve ser rotulada com:
 - Nome do medicamento
 - Dose
 - Via
 - Horário
 - Nome do profissional

Descarte Adequado

- Ampolas e agulhas → caixa de perfurocortantes;
- Frascos → descarte rígido;
- Nunca recapear agulhas;
- Descartar imediatamente após uso.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Prescrição médica atualizada
2. Luvas de procedimento
3. Avental (se necessário)
4. Álcool 70%
5. Compressas estéreis
6. Seringas de vários volumes (1, 3, 5, 10, 20 mL)
7. Agulhas (13×4, 25×7, 30×7, calibres variados)



8. Ampolas
9. Frascos com pó liofilizado
10. Diluentes compatíveis:
 - Água estéril
 - Soro fisiológico 0,9%
 - SG 5%
 - Diluente específico do fabricante
11. Etiquetas de identificação
12. Caixa de descartes perfurocortantes
13. Bandeja limpa.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Usar sempre técnica asséptica
- Nunca preparar mais de um medicamento ao mesmo tempo
- Evitar distrações durante manipulação
- Conferir 3 vezes antes de administrar (regra dos 9 certos)
- Confirmar compatibilidade entre medicamentos
- Observar colorações anormais ou precipitados
- Em antibióticos de reconstituição → usar exclusivamente o diluente recomendado
- Não reutilizar seringas abertas
- Em emergência → manter calma e seguir POP.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Agulha filtro reduz risco de microvidros provenientes de ampolas
- Pó liofilizado pode não dissolver se agitado, apenas girar lentamente
- Manter medicamentos termolábeis sob refrigeração até preparo
- Em pediatria, calcular diluição com precisão (mg/kg)
- Em medicação para transporte → preparar somente dose necessária e rotular claramente



- Se houver precipitação após reconstituição → descartar
- Anotar no prontuário hora do preparo em caso de medicamentos instáveis
- Em bombas de infusão → programar conforme volume e tempo
- Em sala vermelha → organizar bandeja de medicações de acordo com prioridade.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>SONDAGEM NASOENTERAL (SNE)</u>			 POP N°44
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Padronização da técnica de instalação, confirmação, fixação, cuidados e segurança da Sonda Nasoenteral (SNE) para nutrição, medicação ou drenagem.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Instalação segura e eficiente da SNE; garantia de posicionamento correto no trato digestivo; redução de risco de broncoaspiração; nutrição e medicação adequadas; conforto e segurança do paciente; preparação segura para transporte intermunicipal.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se à equipe de enfermagem e é indicada para:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Pacientes sem condições de ingestão oral➤ Risco de broncoaspiração➤ Distúrbio do nível de consciência➤ AVE, TCE, doenças neurológicas➤ Suporte nutricional prolongado➤ Administração de medicamentos➤ Descompressão gástrica (em condições específicas)➤ Pacientes em estabilização para transferência <p>Sempre com prescrição médica, exceto em urgências onde protocolo local permite instalação imediata.</p>				



EXECUTANTES:

- Enfermeiro (a): avaliação, autorização, supervisão técnica e confirmação final.
- Técnico (a) de Enfermagem: realiza a inserção conforme POP, sob supervisão.

DEFINIÇÃO: Sonda Nasoenteral é um dispositivo flexível introduzido pela narina → nasofaringe → esôfago → estômago → duodeno/jejuno, conforme indicação.

Pode ser:

- NasoGástrica (SNG)
- NasoEnteral (SNE)

Procedimento:

Preparo do Paciente

- Higienizar mãos e colocar EPIs;
- Explicar procedimento (pode causar náusea, lacrimejamento);
- Garantir privacidade;
- Posicionar paciente sentado 90° ou semi-Fowler (45–60°);
- Avaliar permeabilidade nasal:
 - Perguntar qual narina respira melhor
 - Observar desvios septais, obstruções, sangramentos

Medição da Sonda:

- Medir comprimento:
→ Ponta do nariz → lóbulo da orelha → apêndice xifoide
- Marcar com caneta ou esparadrapo;
- Se for pós-pilórica → adicionar 20–30 cm.

Lubrificação e Preparação:

- Lubrificar 10–15 cm iniciais da sonda;



- Testar perviedade com seringa (opcional);
- Proteger tórax do paciente com campo limpo.

Inserção da Sonda:

- Início da Inserção
- Introduzir a sonda pela narina escolhida;
- Direcionar para baixo e para trás (rumo à orelha do paciente);
- Avançar lentamente até atingir nasofaringe.

Reflexos Normais:

- Lacrimejamento
- Engasgos leves
- Náuseas
- Tosse breve

Se houver tosse intensa, cianose, voz alterada → retirar imediatamente (via aérea).

Continuação:

- Se paciente estiver consciente, pedir para engolir água com canudo enquanto avança a sonda;
- Avançar até a marcação da medição;
- Nunca forçar quando houver resistência.

Verificação do Posicionamento:

- Métodos Clínicos (realizados na hora):

✓ **Ausculata epigástrica**

- Instilar 10–20 mL de ar
- Escutar borbulho no epigástrio (indica posicionamento gástrico)

✓ **Aspiração do conteúdo gástrico**

- $Ph \leq 5$ sugere posição gástrica

✓ **Observação de retorno**

- Líquido claro ou amarelado → compatível



Método Ouro (quando disponível):

- Raio X confirma:
 - Presença no estômago
 - Posicionamento pós-pilórico
 - Evita risco de posicionamento em pulmão

Fixação da Sonda:

- Secar nariz e bochecha;
- Aplicar hidrocoloide para proteção da pele;
- Fixar sonda com esparadrapo em “asa de borboleta”;
- Fixar excesso de tubo na face ou roupa, sem tensionar;
- Identificar a sonda:
 - Data e hora da instalação
 - Calibre
 - Profissional

Uso da Sonda:

Para Nutrição

- Iniciar segundo prescrição
- Manter paciente sempre acima de 30°
- Lavar sonda com 20 mL água a cada administração

Para Medicação

- Diluir corretamente
- Administrar um medicamento por vez
- Lavar entre medicações (10–20 mL)

Para Drenagem

- Conectar à bolsa coletora
- Manter abaixo do nível gástrico



- Observar volume e aspecto

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas de procedimento
2. Sonda enteral (nº 8–16 conforme paciente)
3. Lubrificante hidrossolúvel
4. Copo com água e canudo (paciente consciente)
5. Seringa de 20–60 mL
6. Estetoscópio
7. Fita adesiva ou hidrocoloide para fixação
8. Tesoura
9. Fixador próprio para SNE (quando disponível)
10. Lanterna
11. Toalha ou campo limpo
12. Recipiente para resíduos
13. Esparadrapo ou micropore
14. Adesivo antialérgico
15. Saco coletor (se for drenagem)

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Nunca inserir à força
- Em sangramento nasal intenso → parar imediatamente
- Em pacientes agitados → usar contenção ética
- Não utilizar em fratura de base de crânio (suspender e avisar médico)
- Em rebaixamento de consciência → proteger via aérea
- Em vômito → retirar parcialmente para evitar aspiração
- Em tosse persistente → pensar em posicionamento errado
- Não usar lubrificante oleoso
- Conferir posicionamento:



- A cada troca de plantão
- Antes de medicações
- Se paciente puxar/soltar
- Após vômitos ou tosse forte.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- SNE pós-pilórica reduz risco de broncoaspiração
- Pacientes com TCE podem ter reflexos de tosse abolidos → risco maior
- Crianças: usar sondas nº 6–8 e volumes menores
- Idosos: narinas mais estreitas → usar calibres pequenos e lubrificar bem
- A fixação deve ser revisada diariamente
- Pele ao redor do nariz é muito sensível → alternar lado quando possível
- Durante transporte para Palmas–PR:
 - Manter sonda fixada firmemente
 - Acompanhar drenagem
 - Manter cabeceira elevada
 - Evitar tração pela movimentação do veículo
- Em pacientes com distensão abdominal → priorizar drenagem antes da nutrição
- Documentar qualquer retirada acidental.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>SONDAGEM NASOGÁSTRICA (SNG)</u>			 POP N°45
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Padronização da técnica de inserção, confirmação, fixação e cuidados da Sonda Nasogástrica (SNG), utilizada para drenagem, decompressão, administração de medicamentos e suporte nutricional.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Drenagem eficaz do conteúdo gástrico; redução da náusea e vômitos; prevenção de broncoaspiração; via segura para medicações; redução da distensão abdominal; estabilização clínica</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se à equipe de enfermagem em:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Vômitos persistentes➤ Distensão abdominal➤ Risco de broncoaspiração➤ Remoção de conteúdo gástrico➤ Hemorragias digestivas (para drenagem/lavagem conforme prescrição)➤ Suporte enteral provisório➤ Administração de medicação➤ Lavagem gástrica (quando permitida)➤ Pré-operatório➤ Estabilização.				



EXECUTANTES:

- Enfermeiro (a): avalia, autoriza, confirma posicionamento e orienta.
- Técnico (a) de Enfermagem: realiza a inserção sob supervisão.

DEFINIÇÃO: A SNG é um dispositivo flexível introduzido pela narina → esôfago → estômago, destinado principalmente à drenagem ou administração de medicamentos.

Procedimento:

Preparo do Paciente:

- Higienizar mãos e colocar EPIs;
- Explicar o procedimento: náusea, ardência, lacrimejamento são comuns;
- Posicionar paciente sentado 90° ou semi-Fowler;
- Avaliar narinas:
 - Sangramentos
 - Desvio de septo
 - Obstrução
- Solicitar que o paciente assoe o nariz (se consciente).

Medição da Sonda:

- Medir:
 - Ponta do nariz → lóbulo da orelha → apêndice xifoide
- Marcar com fita ou caneta.

Essa medida garante que a sonda atinja o estômago, não o esôfago apenas.

Preparação da Sonda:

- Lubrificar 10–15 cm iniciais com gel hidrossolúvel;
- Proteger tórax com campo;
- Deixar seringa montada e pronta para teste.



Inserção da Sonda:

- Introdução na Narina
- Posicionar sonda voltada para trás e para baixo;
- Avançar lentamente até a nasofaringe;
- Observar reflexos normais:
 - Lacrimejamento
 - Engasgos leves
 - Náuseas
- Se houver tosse intensa, cianose, voz abafada: retirar – pode ter ido para via aérea!
- Se paciente consciente:
 - Pedir para engolir água com canudo enquanto avança
- Avançar até a marcação;
- Se houver resistência → retirar alguns cm e redirecionar → nunca forçar.

Verificação do Posicionamento:

✓ **Ausulta epigástrica**

- Injetar 10–20 ml de ar
- Ouvir borbulho no estômago

✓ **Aspiração de conteúdo gástrico**

- Conteúdo amarelo, esverdeado ou claro
- $\text{Ph} \leq 5$ sugere posição gástrica

✓ **Retorno de ar no estômago**

Testes que indicam posicionamento errado

- Tosse contínua
- Dessaturação
- Saída de líquido pela boca
- Dificuldade respiratória



- Voz abafada
- Confirmação Radiológica:

Fixação da Sonda:

- Higienizar região nasal;
- Colocar filme protetor ou hidrocoloide;
- Fixar sonda com micropore em asa de borboleta;
- Fixar sobranço da sonda no rosto ou roupa;
- Registrar:
 - Data
 - Hora
 - Calibre
 - Profissional

Conexão para Drenagem ou Nutrição:

Para Drenagem

- Conectar à bolsa coletora
- Manter abaixo do nível gástrico
- Verificar retorno, cor e quantidade

Para Nutrição

- Iniciar somente após confirmação adequada
- Lavar com 10–20 mL de água antes e após infusão
- Manter cabeceira $\geq 30^\circ$ sempre

Para Medicções

- Diluir corretamente cada medicação
- Administrar uma por vez
- Lavar entre medicações para evitar entupimento



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas de procedimento
2. Sonda nasogástrica: nº 12-16 (adultos), nº 8-10 (crianças)
3. Gaze e micropore/hidrocoloide
4. Seringa 20–60 mL
5. Lubrificante hidrossolúvel
6. Copo com água e canudo (paciente consciente)
7. Estetoscópio
8. Toalha/campo limpo
9. Fixador de sonda (quando disponível)
10. Lanterna
11. Bolsa coletora (se for drenagem)
12. Recipiente para resíduos
13. EPIs completos.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Contraindicado em fratura de base de crânio
- Em sangramento nasal intenso → parar
- Em pacientes inconscientes sem TOT → risco de via aérea
- Sempre reavaliar posicionamento antes de:
 - Alimentação
 - Medicação
 - Transporte
 - Após vômitos intensos
 - Se paciente puxar ou tracionar a sonda
- Nunca usar lubrificantes oleosos
- Em idosos → usar sondas menores e maior cuidado
- Em vítimas de trauma → cuidado redobrado com cervical.



DETALHES COMPLEMENTARES:

- A SNG alivia rapidamente distensão gástrica em obstrução intestinal alta
- Em intoxicação ou preparo para procedimentos, a SNG pode ser usada para lavagem gástrica (prescrição)
- Se paciente estiver intubado, preferir inserção orogástrica
- Em crianças pequenas → avançar devagar, risco maior de via aérea
- Conferir sempre se sonda não está dobrada na orofaringe
- Se houver resistência no esôfago → considerar espasmo ou estreitamento
- Durante transporte para Palmas-PR:
 - Fixar sonda firmemente
 - Observar volume drenado
 - Manter decúbito elevado
 - Não desconectar a bolsa
- Sonda deve ser trocada conforme protocolo local (geralmente a cada 7 dias).

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>SUTURA</u>			 POP N°46
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Padronização da técnica de sutura simples, incluindo indicação, preparo, assepsia, técnica cirúrgica, anestesia, fechamento e cuidados posteriores para feridas traumáticas limpas ou potencialmente contaminadas.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Aproximação adequada das bordas; hemostasia; redução do risco de infecção; boa cicatrização e estética; prevenção de deiscência; registro completo do procedimento.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se à equipe médica e de enfermagem (enfermagem auxilia), em:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ferimentos cortantes• Lacerações superficiais• Feridas limpas e recentes (< 6 horas)• Feridas em áreas de baixa tensão• Pequenos procedimentos de urgência• Feridas traumáticas após estabilização• Pacientes que necessitam fechamento imediato antes de transferência.				
<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none">• Médico (a): realiza a sutura.				



- Enfermeiro (a): auxilia diretamente no procedimento, prepara materiais, faz curativo posterior e orienta paciente.
- Técnico (a) de Enfermagem: prepara sala, auxilia na limpeza, organiza materiais e mantém campo estéril.

(Em alguns municípios, enfermeiros capacitados realizam sutura simples conforme protocolo da instituição.)

DEFINIÇÃO: Sutura simples é a técnica de fechamento de feridas cutâneas utilizando fio não absorvível, com pontos separados e equidistantes, visando aproximar bordas da pele para cicatrização primária.

Procedimento:

Avaliação Inicial da Ferida:

- Avaliar:
 - Profundidade
 - Contaminação
 - Presença de corpo estranho
 - Lesão em tendão, nervo, músculo
 - Sangramento ativo
 - Local anatômico
 - Tempo de trauma (< 6 horas ideal)

Contraindicações para sutura imediata:

- Mordidas humanas sem profilaxia
- Mordidas de animais muito contaminadas
- Feridas infectadas
- Feridas com mais de 12 horas (exceto face)
- Lacerações profundas com suspeita de fratura

Preparo do Procedimento:

- Higienizar mãos;
- Montar kit de sutura sobre campo estéril;



- Paramentar (luva, máscara, gorro);
- Posicionar paciente confortavelmente;
- Expor somente área da ferida.

Antissepsia e Limpeza da Ferida:

- Lavar com soro fisiológico abundante (irrigar bem);
- Realizar limpeza mecânica com gaze estéril;
- Degermação com PVPI ou clorexidina;
- Aplicar antisséptico alcoólico para finalizar.

Anestesia Local:

- Aspirar anestésico na seringa;
- Testar retorno (sem sangue);
- Infiltrar lentamente nas bordas da ferida;
- Esperar 3–5 min para efeito;
- Checar sensibilidade antes de iniciar.

Técnica de Sutura Simples:

- Escolha do fio:
 - Face: nylon 5.0
 - Tronco: nylon 3.0 ou 4.0
 - Membros: nylon 3.0
 - Região de tensão: nylon 2.0 ou 3.0

Início da sutura:

- Segurar porta-agulha a 1/3 da base;
- Com pinça, tracionar levemente a borda da ferida;
- Introduzir a agulha a 90 graus da pele, aproximadamente 0,5 cm da borda.



Passagem da agulha:

- Perfura pele → tecido subcutâneo → atravessa para o outro lado;
- Agulha deve sair alinhada;
- Isso garante bordas simétricas.

Formação do ponto:

- Trazer fio até fechar bordas suavemente;
- Não apertar demais (pode causar isquemia);
- Dar 2–3 laçadas no nó;
- Cortar excesso do fio.

Espaçamento dos pontos:

- 3–5 mm entre cada ponto
- Sempre manter alinhamento
- Pontos mais próximos em áreas de tensão
- Pontos mais espaçados em áreas de boa vascularização (face)

Revisão da ferida:

Conferir hemostasia;

Bordas devem estar aproximadas sem tensão;

Remover excesso de fio;

Limpar antisséptico final.

Curativo Pós-Sutura:

- Cobrir com gaze estéril;
- Fixar com micropore ou bandagem;
- Manter seco por 24 h;
- Orientar sobre higiene adequada.



Orientações ao Paciente:

- Não molhar por 24 horas
- Evitar exposição solar (risco de cicatriz hipertrófica)
- Evitar tração ou esforço no local
- Tomar antibióticos, se prescritos
- Retorno para retirada:
 - Face: 3–5 dias
 - Tronco: 7–10 dias
 - Membros: 10–14 dias
 - Articulações: 12–14 dias
- Observar sinais de infecção:
 - Calor
 - Vermelhidão
 - Dor intensa
 - Secreção
 - Febre.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas estéreis e de procedimento
2. Gorro e máscara
3. Campo estéril
4. Pinça dente de rato (Adson)
5. Tesoura estéril
6. Porta-agulha
7. Seringa 5 ou 10 mL
8. Agulha 30×7 ou 25×7
9. Anestésico (lidocaína 1–2% com ou sem vasoconstritor)
10. Fio de sutura (nylon 3.0, 4.0, 5.0) conforme região
11. PVPI degermante ou clorexidina degermante



12. PVPI alcoólico ou clorexidina alcoólica
13. Gaze estéril
14. Soro fisiológico 0,9%
15. Bacia/comedouro
16. Curativo estéril
17. Esparadrapo ou micropore
18. Caixa de perfurocortantes

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Feridas sujas devem ser debridada antes
- Não fechar feridas por mordida humana sem avaliação
- Em trauma com suspeita de fratura, priorizar RX
- Em idosos → pele fina, evitar tensão
- Em ferida de faca → avaliar profundidade antes de fechar
- Em pacientes diabéticos → maior risco de infecção
- Em áreas pilosas → aparar pelos, nunca raspar com lâmina (aumenta infecção).

DETALHES COMPLEMENTARES:

- Ponto muito apertado deixa cicatriz em “ruga”
- O ideal é fechar por planos (subcutâneo + pele) — quando aplicável
- Feridas profundas devem ter abordagem por camadas
- Em feridas irregulares, fazer pontos mais curtos
- Risco de seroma em grandes feridas → drenar antes
- Documentar número de pontos colocados e registrar tipo de fio usado
- Em feridas contaminadas → evitar fechamento primário

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>RETIRADA DE PONTOS</u>			 POP N°47
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Padronização do procedimento de retirada de pontos em feridas cirúrgicas ou traumáticas, garantindo segurança, assepsia, cicatrização adequada e prevenção de complicações.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Retirada segura dos pontos; manutenção da integridade da ferida; redução de risco de deiscência; prevenção de infecções; orientação adequada ao paciente; registro completo do procedimento.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se à equipe de enfermagem para pacientes com:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sutura cirúrgica em processo de cicatrização• Sutura pós-trauma (cortes, lacerações)• Pontos simples ou contínuos• Pontos intradérmicos (apenas retirada de fios externos)• Troca de curativo pós-retirada <p>Somente após avaliação médica quanto ao tempo ideal de retirada, exceto pontos simples com recomendação prévia (ex.: 7 dias em feridas limpas).</p>				
<p>EXECUTANTES:</p> <p>➤ Enfermeiro (a): avaliação da ferida, autorização e supervisão.</p>				



- Técnico (a) de Enfermagem: realiza retirada sob supervisão direta quando habilitado.
- Médico (a): define tempo ideal e avalia complicações.

DEFINIÇÃO: Retirada de pontos é um procedimento de enfermagem que consiste em remover fios de sutura externos após o período ideal de cicatrização, permitindo que a ferida finalize a regeneração natural sem suporte mecânico.

Procedimento:

Avaliação da Ferida:

- Avaliar sinais de cicatrização adequada:
 - Ferida unida
 - Bordas aproximadas
 - Ausência de dor intensa
 - Ausência de deiscência
 - Sem secreção purulenta
 - Sem vermelhidão acentuada
 - Sem odor alterado
- Observar quantidade de pontos e tipo da sutura.
- Se houver:
 - Vermelhidão intensa
 - Secreção
 - Dor forte
 - Febre
- Interromper e comunicar enfermeiro/médico.

Preparo do Procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material na bandeja limpa;
- Colocar EPIs (luvas, máscara se necessário);
- Posicionar o paciente confortavelmente;



- Expor somente a área da ferida garantindo privacidade.

Assepsia da Ferida:

- Limpar suavemente com gaze e clorexidina aquosa ou SF;
- Remover crostas leves (se possível) para facilitar a visualização dos pontos;
- Secar com gaze estéril.

Técnica de Retirada:

- Identificar o ponto;
- Observar se o fio está íntegro e se a alça externa está visível;
- Elevar levemente o nó;
- Com a pinça, segurar o nó e elevar suavemente;
- Expor a parte do fio que está fora da pele.

Cortar o fio corretamente:

- Posicionar a tesoura próximo à pele, do lado contrário ao nó;
- Cortar somente o fio externo limpo para evitar que o fio que esteve enterrado passe por fora (evita infecção);
- Nunca puxar o nó de volta pela pele sem cortar o lado limpo;
- Remover o ponto;
- Puxar o nó delicadamente com a pinça;
- O fio deve deslizar suavemente;
- Se houver resistência → parar e reavaliar.
- Repetir para todos os pontos
- Verificar proximidade entre eles;
- Pode remover alternados quando há risco de abertura da ferida.

Após a Retirada:

- Limpar novamente a ferida;
- Secar bem;



- Aproximar bordas com micropore caso haja tensão;
- Colocar curativo estéril se necessário.

Orientações ao Paciente:

- Evitar esforço físico por 24–48 horas
- Manter local limpo e seco
- Usar curativo por 24 horas
- Evitar exposição solar direta por 30 dias
- Observar sinais de alarme:
 - Dor forte
 - Vermelhidão
 - Sangramento
 - Abertura da ferida
 - Secreção
- Retornar imediatamente se qualquer sinal ocorrer.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas de procedimento
2. Pinça anatômica
3. Tesoura estéril ou cabo para retirada de pontos (lâmina curva)
4. Campo limpo
5. Álcool 70% ou clorexidina aquosa
6. Gaze estéril
7. Saco para resíduos
8. Micropore (para reforço, se necessário)
9. Curativo estéril ou adesivo de aproximação.
10. Máscara (quando indicado)
11. Óculos de proteção.



CUIDADOS ESPECIAIS:

- Não retirar pontos antes do tempo adequado
- Em feridas extensas → retirar alternados (um sim, um não)
- Em cicatrização lenta → manter pontos mais dias (médico define)
- Em áreas de tensão (joelho, abdome) → reforçar com micropore
- Em suturas intradérmicas → retirar apenas fios expostos
- Em diabéticos → maior risco de deiscência
- Em idosos → pele frágil → cuidado extra ao cortar
- Jamais cortar vários pontos ao mesmo tempo
- Observar sangramentos — geralmente mínimos
- No transporte:
 - Retirar pontos somente se paciente estável e reforçar ferida com micropore se houver risco de atrito.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- O fio sujo nunca deve atravessar novamente a pele
- Sempre cortar o fio o mais próximo da pele possível
- Alguns pontos continuam “escondidos” sob crostas. Retirar crosta com cuidado.
- Fios muito aderidos indicam mais tempo de sutura → cuidado ao puxar
- Se ferida abrir parcialmente → aproximar com micropore + comunicar enfermeiro
- Em suspeita de infecção → registrar e não remover todos os pontos
- Feridas de face cicatrizam muito rápido (3 dias)
- Feridas de membros inferiores cicatrizam lentamente
- Sutura de cirurgia abdominal deve ser retirada com mais cuidado devido à tensão muscular
- Documentar cuidadosamente todos os pontos retirados
- Contar quantos pontos foram retirados, deve ser o mesmo número colocado.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT)</u>			 POP N°48
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
ASSUNTO: Padronização da técnica de intubação orotraqueal, incluindo preparo, materiais, responsabilidades, sequência rápida, confirmação, fixação e cuidados pós-intubação				
RESULTADOS ESPERADOS: Via aérea pérvia e protegida; adequada oxigenação e ventilação; redução de risco de broncoaspiração; estabilização clínica para transferência; garantia de segurança durante atendimento e transporte.				
APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se à equipe de urgência e emergência nos seguintes casos: <ul style="list-style-type: none">➤ Parada cardiorrespiratória➤ Rebaixamento do nível de consciência (ECG < 8)➤ Falência respiratória iminente➤ Cianose, hipoxemia (< 90% com O2)➤ Traumas com comprometimento de via aérea➤ Queimaduras de face ou inalação de fumaça➤ Obstrução de via aérea➤ Ventilação ineficaz mesmo com máscara/ambu➤ Necessidade de ventilação mecânica durante transporte.				



EXECUTANTES:

- Médico (a): realiza a intubação.
- Enfermeiro (a): prepara material, medicação, monitora e auxilia.
- Técnico (a) de Enfermagem: posiciona paciente, prepara oxigênio, ajuda na estabilização e fixação.

DEFINIÇÃO: Intubação orotraqueal é o procedimento no qual um tubo endotraqueal é introduzido pela cavidade oral até a traqueia, garantindo ventilação direta e proteção da via aérea.

Procedimento:

Preparo pré-intubação

- Avaliação rápida da via aérea:
 - Abertura de boca
 - Pescoço/mobilidade
 - Anatomia difícil
 - Presença de sangue, vômito ou secreções
 - Proteção cervical se trauma
- Pré-oxigenação (obrigatória)
- A enfermagem garante:
 - Máscara conectada correta
 - Reservatório cheio
 - Fluxo de 12–15 l/min
- Posicionamento do paciente:
 - Decúbito dorsal
 - Cabeça em extensão leve (“posição do olfato”)
 - Em trauma: macintosh + estabilização manual da cervical



Medicação:

- Enfermagem prepara medicações conforme prescrição:
 - Sedativo (ex.: etomidato, cetamina, midazolam)
 - Bloqueador neuromuscular (succinilcolina, rocurônio)
 - Opioide (opcional)
- Monitorização (enfermagem):
 - Cardíaca
 - Pressão arterial
 - Oximetria
 - Capnografia (se houver)

Aspiração:

- A enfermagem mantém aspirador ligado e pronto.

Intubação:

- Laringoscopia
 1. Médico abre boca
 2. Introduce lâmina lateralmente
 3. Afasta língua
 4. Visualiza epiglote e cordas vocais

Inserção do tubo:

1. Introduce tubo até ver passagem pelas cordas
2. Enfermagem entrega tubo lubrificado
3. Avançar até marca de 20–22 cm em adultos

Insuflar o cuff:

1. Enfermagem enche cuff com 5–10 ml
2. Verificar pressão (ideal: 20–30 cmH₂O)



Ausulta:

1. Mv presente em ambos hemitórax
2. Sem ruídos no epigástrio (evita intubação esofágica)

Observação:

1. Condensação dentro do tubo
2. Expansão torácica simétrica

Saturação:

1. Deve começar a subir após ventilação

Fixação do tubo:

Enfermagem fixa com:

- Fixador próprio ou
- Micropore grossa em “h”

Ventilação pós-intubação:

- Enfermagem ventila com ambu:
 - 10–12 Ventilações/min
 - Volume suficiente para elevação visível do tórax
 - Evitar hiperventilação

Monitorização após intubação:

A enfermagem monitora:

Sinais vitais a cada 5 min

- FC
- PA
- Sato₂
- FR (ventilador)
- Temperatura



Avaliação do tubo:

- Profundidade não deve mudar
- Cuff íntegro
- Fuga de ar ausente
- Circuito sem dobras

- Aspirar secreções quando necessário
- Com técnica estéril.
- Hidratar mucosa oral
- Com gaze úmida.

Preparo para transporte:

- Fixar tubo com segurança reforçada
- Garantir ventilação com ambu + o2 cheio
- Ter cilindro reserva
- Equipamentos obrigatórios:
 - Ambu
 - Aspirador portátil
 - Oxigênio
 - Laringoscópio
 - Tubos reserva
 - Seringa de cuff
 - Guedel
 - Monitorização contínua
 - Cabeceira elevada a 30° (se possível)

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

Para o procedimento:

1. Laringoscópio com lâminas (curva e reta)



2. Cabo do laringoscópio carregado
3. Tubo endotraqueal (nº 7, 7.5, 8 – adulto)
4. Guia/bougie
5. Seringa de 10 mL (para cuff)
6. Fita ou fixador de tubo
7. Estetoscópio
8. Dispositivo de ventilação (AMBU) e máscara de O2 com reservatório
9. Fluxômetro + oxigênio
10. Aspirador + ponta rígida (Yankauer)
11. Cânula orofaríngea (Guedel)
12. Monitor multiparâmetros.

Para acesso/medicação (enfermagem prepara):

1. Soro fisiológico
2. Acesso venoso calibroso
3. Medicamentos para sequência rápida.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Em trauma: estabilizar cervical sempre
- Em vômitos: virar cabeça lateral e aspirar
- Em obesos: usar posição rampa
- Em criança: lâmina reta (geralmente)
- Evitar hiperventilar na PCR
- Em bradicardia após succinilcolina → comunicar imediatamente
- Paciente agitado → risco de autoextubação
- Nunca deixar tubo sem fixação
- Sangramento na laringoscopia → aspirar e avisar médico
- Se SAT cair → confirmar novamente posição
- Risco de intubação seletiva (brônquio direito).



DETALHES COMPLEMENTARES:

- A falha em intubar é mais comum quando não há pré-oxigenação → nunca pular!
- Bougie aumenta taxa de sucesso em vias aéreas difíceis
- Tubo muito profundo → ventila só pulmão direito
- Tubo superficial → risco de extubação acidental
- Cuff muito cheio → risco de necrose traqueal
- A enfermagem deve anotar horário da intubação
- Lâmina deve ser testada antes (luz acesa!)
- Em parada cardiorrespiratória → não interromper compressões por mais de 10 segundos
- Sempre preparar materiais de via aérea difícil antes:
 - Máscaras extras
 - Cânula Guedel
 - Laringoscópio reserva
 - Tubo menor
- Um AMBU com válvula defeituosa é causa comum de dessaturação
- Após intubação, manter boca úmida e limpa (cuidados de VM).

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



	NORMAS E PROCEDIMENTOS SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA <u>CARDIOVERSÃO ELÉTRICA</u>			 POP N°49
	Data Emissão: 17/11/2025	Data de Vigência: 17/11/2025 a 17/11/2026	Próxima Revisão: 17/11/2026	Versão N° 01
<p>ASSUNTO: Padronização do procedimento de cardioversão elétrica sincronizada, incluindo indicação, preparo, execução, monitorização e cuidados pós-procedimento, em situações de urgências cardiovasculares.</p>				
<p>RESULTADOS ESPERADOS: Retorno ao ritmo sinusal; estabilização clínica imediata; melhora da perfusão e pressão arterial; redução de risco de PCR; garantia de segurança para transporte à referência.</p>				
<p>APLICAÇÕES: Este Manual de Normas e Procedimentos aplica-se à equipe multiprofissional em:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Taquiarritmias instáveis com pulso presente➤ Taquicardia supraventricular (TSV) instável➤ Fibrilação atrial com instabilidade hemodinâmica➤ Flutter atrial com instabilidade➤ Taquicardia ventricular com pulso e instabilidade➤ Rebaixamento de consciência por arritmia➤ Instabilidade hemodinâmica com:<ul style="list-style-type: none">○ PA sistólica < 90 mmhg○ Dor torácica típica○ Sinais de choque○ Congestão pulmonar aguda○ Queda de nível de consciência				



EXECUTANTES:

- Médico (a): realiza a cardioversão.
- Enfermeiro (a): prepara o paciente, medicações, monitorização, desfibrilador e suporte.
- Técnico (a) de Enfermagem: auxilia no preparo, posicionamento, sedação e estabilização pós-choque

DEFINIÇÃO: Cardioversão elétrica sincronizada é o choque elétrico sincronizado com o complexo QRS, aplicado ao tórax, com finalidade de interromper taquiarritmias instáveis para restabelecer ritmo normal

Procedimento:

Avaliação Inicial:

- Confirmar arritmia por ECG ou monitor.
- Avaliar sinais de instabilidade hemodinâmica:
 - Hipotensão
 - Dor torácica
 - Dispneia grave
 - Hipoperfusão
 - Confusão mental
 - Sinais de choque
- Verificar pulso presente, se não houver pulso → protocolo de PCR (desfibrilação não sincronizada).

Preparação do Paciente:

- Garantir acesso venoso calibroso (20G ou maior).
- Administrar O₂ (cateter, máscara ou NRB).
- Retirar objetos metálicos próximos ao tórax.
- Secar pele se estiver suada ou úmida.
- Raspar região de adesão se houver muitos pelos (melhor contato elétrico).
- Posicionar paciente em decúbito dorsal com monitorização contínua.



Sedação:

- A enfermagem prepara, e médico administra:
 - Etomidato 0,1–0,2 mg/kg (preferido)
 - Midazolam 2–5 mg IV lento, ou
 - Fentanil 50–100 mcg (para analgesia)

Observação: Cardioversão é extremamente dolorosa. Mesmo em instabilidade, fazer sedação rápida.

- Monitorar:
 - PA
 - FC
 - SatO₂
 - Nível de consciência

Preparação do Desfibrilador:

- Ligar o equipamento.
- Selecionar modo SYNC (sincronizado).
- Confirmar que o monitor exibe marcas de sincronização nos QRS (“marcas de triangulo”).
- Selecionar energia conforme arritmia:

Energia recomendada:

- TSV instável → 50–100 Joules
- Flutter → 50–100 Joules
- FA instável → 120–200 Joules (bifásico)
- TV com pulso → 100 Joules ou mais

Posicionamento das Pás/Adesivos:

- Opção Anterolateral
- Pás na região subclavicular direita
- Outra no ápice cardíaco (hemi-tórax esquerdo lateral)



Opção Anteroposterior:

- Uma pá no esterno
- Outra atrás da escápula esquerda

→ Melhor em FA e pacientes obesos.

Comando e Segurança:

Anunciar claramente: → “CARREGANDO” → “SINCRONIZADO” → “AFASSEM-SE DO PACIENTE”
→ “NÃO ENCOSTEM NA MACA” → “VOU CHOCAR AGORA”

Enfermagem garante:

- Ninguém encostando no paciente
- Ninguém encostando na maca
- Cabos longe de líquidos
- Área livre de O₂ direto sobre tórax

Aplicação do Choque:

- Pressionar botão de choque somente quando o SYNC estiver ativo.
- Aplicar pressão firme se estiver usando pás manuais.
- Após o choque: → A equipe observará monitor imediatamente → Verificar conversão do ritmo.

Pós-Cardioversão:

Imediatamente após o choque:

- Avaliar:
 - Ritmo cardíaco
 - PA
 - SatO₂
 - Nível de consciência
 - Perfusão periférica



O que a enfermagem faz:

- Ventilar com AMBU se necessário
- Aspirar secreções
- Reposicionar O₂
- Monitor contínuo
- Avaliar dor
- Aferir glicemia capilar (hipoglicemia causa arritmia)

Ritmo não reverteu?

O médico pode repetir: → TSV → aumentar para 100–200 J → FA → repetir 150–200 J → Flutter → repetir 100–200 J → TV/Instabilidade → 150–200 J Intercalado conforme prescrição.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Desfibrilador com função SYNC
2. Cabos, pás ou adesivos de choque
3. Monitor multiparâmetros (FC, PA, SatO₂)
4. O₂ (cateter ou máscara)
5. AMBU + reservatório
6. Seringas 10 e 20 mL
7. Acesso venoso pérvio
8. Gel condutor (se uso de pás)
9. Sedativos (prescrição médica):
10. Midazolam
11. Fentanil
12. Etomidato (preferência)
13. Luvas, máscara, óculos, avental
14. Carro de emergência organizado
15. Material para via aérea:
16. Guedel



- 17. Laringoscópio
- 18. Tubo oro-traqueal
- 19. Aspirador.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Se não ativar SYNC, o choque vira desfibrilação, o que pode entrar no período vulnerável (risco de FV).
- Em pacientes com marcapasso, preferir posição anteroposterior.
- Em FA > 48h → risco de trombo → somente fazer cardioversão se instável.
- Manter O₂ longe dos eletrodos para evitar ignição.
- Em trauma → estabilizar cervical se necessário.
- Em crianças → usar pás pediátricas e energia 0,5–1 J/kg.
- Em gestantes → posicionar levemente Lateral Esquerdo.

DETALHES COMPLEMENTARES:

- A cardioversão sincronizada alinha o choque ao QRS → evita fibrilação ventricular.
- FA responde melhor à cardioversão quando recente (< 48h).
- Na TV com pulso, cardioversão é mais segura que drogas.
- Em PCR por FV/Taqui sem pulso → não é sincronizada.
- A sedação com etomidato mantém PA mais estável.
- Monitorizar 30 min após o procedimento, mínimo.
- Após conversão, avaliar eletrólitos (K⁺, Mg⁺⁺).
- Hipocalemia e hipomagnesemia causam recorrência.
- Em sua unidade, após estabilizar, encaminhar em transporte monitorizado.

Elaborado por: Enfermeira: Danieli Barbosa Enfermeira Coren – PR 947.318	Revisado: Secretária: Makieli de Moraes Costa Enfermeira Coren – PR 164930	Data da Atualização: 17/11/2025
--	--	---



REFERÊNCIAS:

- AHA – Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS), 2020.
- ANVISA. RDC nº 63/2011 – Boas práticas de processamento de produtos para saúde.
- BRASIL. Cofen. Protocolos de Enfermagem – Assistência à Nutrição Enteral. 2021.
- COFEN. Procedimentos e Protocolos de Enfermagem – Nutrição Enteral. 2020.
- COFEN. Resolução nº 375/2011 – Administração de Medicamentos pela Enfermagem.
- COFEN. Resolução nº 423/2012 – Normatiza atuação do enfermeiro na classificação de risco.
- Lei nº 8.080/1990 – Princípios e diretrizes do SUS (art. 7º).
- Manchester Triage Group. Sistema de Triagem de Manchester. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- Manual de Boas Práticas em Administração de Medicamentos, ANVISA, 2018.
- BRASIL - Ministério da Saúde – Protocolos de Urgência e Emergência, 2023.
- BRASIL - Ministério da Saúde. Caderno de Nutrição Enteral e Terapia Nutricional, 2021.
- BRASIL - Ministério da Saúde. Caderno de Urgências – Acolhimento com Classificação de Risco. Brasília: MS, 2016.
- BRASIL - Ministério da Saúde. Manual de Administração Segura de Medicamentos, 2020.
- BRASIL - Ministério da Saúde. Manual de Atenção Domiciliar para Adultos. Brasília, 2017.
- BRASIL - Ministério da Saúde. Protocolo de Sinais Vitais, 2023.
- BRASIL - Ministério da Saúde. SAMU e Regulação em Saúde – Guia Operacional. Brasília, 2020.
- PHTLS – Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado, 9ª ed.
- RDC ANVISA nº 42/2014 – Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
CORONEL DOMINGOS SOARES**
ESTADO DO PARANÁ



Sociedade Brasileira de Coloproctologia, 2021.

Sociedade Brasileira de Oftalmologia – Guia de Colírios e Pomadas. 2022.



Avenida Araucária, 2.784 – (46) 3254-1011
Coronel Domingos Soares – Paraná
CEP.: 85.557-000
E-mail: sms_coroneldomingossoares@sesa.pr.gov.br

261

