PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMIRANGA – PARANÁ

CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUAMIRANGA – PARANÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ENFERMAGEM

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

GUAMIRANGA, PARANÁ – 2024

COORDENAÇÃO TÉCNICA DE ELABORAÇÃO DO MANUAL:

ENFERMEIRA: MARCIA VANESSA CORREA DE ALMEIDA

ENFERMEIRA: THIANA CAROLINE PONTAROLO

MÉDICA AUDITORA: GISELE CUZZUOL PEDRINI

COORDENAÇÃO DE APOIO E REVISÃO:

ENFERMEIRA: JOELMA GONÇALVES

ENFERMEIRA: REGIANNE MARA PESCK BETIN

ENFERMEIRA: JESSICA GUEDES

ENFERMEIRA: TATIANA MARCONATO POSSEBAM

APOIO: SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUAMIRANGA: LUCAS JHEIMES DE ALMEIDA

Conteúdo

POP N° 01 8
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS 8
POP N° 02 11
FRICÇÃO ANTI-SÉPTICA DAS MÃOS 11
POP N° 03 13
PROTOCOLO DA UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL 13
POP N° 04 16
SINAIS VITAIS - PRESSÃO ARTERIAL 16
POP N° 05 19
SINAIS VITAIS - FREQUÊNCIA CARDÍACA 19
POP N° 06 21
SINAIS VITAIS - TEMPERATURA CORPORAL 21
POP N° 07 23
SINAIS VITAIS - FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA 23
POP N° 08 25
GLICEMIA CAPILAR 25
POP N° 09 27
SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO 27
POP N° 10 28
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM 28
POP N ° 11 30
OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL 30
POP N° 12 32
OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI 32
POP N° 13 34
MÁSCARA DE ALTO FLUXO 34
POP N° 14 36
PREPARO DE MEDICAMENTOS 36
POP N° 15 38
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS 38
POP N° 16 40
PUNÇÃO VENOSA 40
POP N° 17 42
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA ORAL 42
(cápsulas, comprimidos, pílulas e drágeas) 42
POP N° 18 44
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA ORAL 44
(gotas, xaropes e soluções) 44
POP N°19 46
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA SUBLINGUAL 46

POP N° 20 48
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA TÓPICA 48
OU CUTÂNEA MUCOSA 48
POP N° 21 50
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR 50
POP N° 22 52
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA AURICULAR ... 52
POP N° 23 54
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA NASAL 54
POP N° 24 56
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL 56
POP N° 25 58
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA 58
POP N° 26 60
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA 60
POP N° 27 62
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR 62
POP N° 28 64
APLICAÇÃO DE CALOR E FRIO 64
POP N° 29 67
COLOCAR LUVA ESTÉRIL 67
POP N° 30 68
SONDAGEM NASOGÁSTRICA 68
POP N° 31 71
SONDAGEM NASOENTÉRICA 71
POP N° 32 74
LAVAGEM GÁSTRICA 74
POP N° 33 77
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO E MASCULINO
.....77
E CISTOSTOMIA SUPRAPÚBICA 77
POP N° 34 82
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS 82
POP N° 35 84
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / ASPIRAÇÃO
ENDOTRAQUEAL 84
POP N° 36 89
REALIZAÇÃO DO ECG – ELETROCARDIOGRAMA 89
POP N° 37 91
DESINFECÇÃO CONCORRENTE DE CAMAS E ACESSÓRIOS ... 91
POP N° 38 94
ABORDAGEM PRIMÁRIA 94
POP N° 42 106

IMOBILIZAÇÃO COM COLAR CERVICAL 106
POP N° 40 110
ABORDAGEM SECUNDÁRIA 110
POP N° 41 116
RETIRADA DE CAPACETE 116
POP N° 43 119
IMOBILIZAÇÃO LATERAL DE CABEÇA 119
POP N° 44 120
COLOCAÇÃO DA VITIMA NA PRANCHA E TIPOS DE ROLAMENTO 120
POP N° 45 125
DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS 125
POP N° 46 127
DESOBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS 127
MANOBRA DE HEIMLICH/ADULTO/ OBESOS /GESTANTE/CRIANÇA 127
POP N° 48 134
CÂNULA OROFARÍNGEA OU DE GUEDEL 134
POP N° 48 137
RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR 137
POP N° 49 143
PARADA RESPIRATÓRIA NO ADULTO 143
POP N° 50 146
RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR EM BEBÊS COM MENOS 1 ANO DE IDADE E CRIANÇAS DE 1 ANO ATÉ A PUBERDADE ENTRE 10 A 14 ANOS 146
POP N° 51 152
REANIMAÇAO NEONATAL 152
POP N° 52 155
INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL 155
POP N° 53 157
AUTO EXTRICAÇÃO CONTROLADA 157
POP N° 54 170
ELEVAÇÃO DA TÁBUA COM DOIS PROFISSIONAIS 170
POP N° 55 172
ELEVAÇÃO A CAVALEIRO COM TRÊS PROFISSIONAIS 172
POP N° 56 174
REMOÇÃO DE VÍTIMA DE VEÍCULOS..... 174
POP N° 55 178
RETIRADA DE VEÍCULO COM UTILIZAÇÃO DO COLETE DE IMOBILIZAÇÃO DORSAL – KED ..... 178 POP N° 56 182
REMOÇÃO DE VÍTIMA DEITADA NO BANCO DIANTEIRO 182

POP N° 57 185
REMOÇÃO DE VÍTIMA DEITADA NO BANCO TRASEIRO 185
POP N° 58 187
IMOBILIZAÇÃO DA CRIANÇA RECEM NASCIDO E CRIANÇAS ATÉ 7 ANO COM SUSPEITA DE LESÕES VERTEBROMEDULARES.....187
POP N° 59 189
IMOBILIZAÇÃO DA CRIANÇA A PARTIR DE 8 ANOS e PRÉ ADOLESCENTE ATÉ OS 14 ANOS COM SUSPEITA DE LESÕES VERTEBROMEDULARES 189
POP N° 60 191
CUIDADOS COM FRATURAS E LUXAÇÕES 191
POP N° 61 194
TRAÇÃO FÊMUR 194
POP N° 62 196
FIXAÇÃO DA VÍTIMA COM TRAÇÃO DE FÊMUR NA TÁBUA DE REMOÇÃO 196
POP N° 63 198
ESTADO DE CHOQUE..... 198
POP N° 64 201
CHOQUE ELÉTRICO 201
POP N° 65 203
CONTROLE DA HEMORRAGIA EXTERNA 203
POP N° 66 206
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LESÕES TORÁCICAS 206
POP N° 67 208
ATENDIMENTO A VÍTIMA COM FERIMENTOS NO ABDOMEN... 208
POP N° 68 210
ATENDIMENTO A VÍTIMACOM TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO210
POP N° 69 216
ATENDIMENTO A VÍTIMA COM TRAUMA RAQUI-MEDULAR TRM 216
POP N° 70 218
TRAUMA NA GESTANTE 218
POP N° 71 220
PARTO DE EMERGÊNCIA 220
POP N° 72 224
ATENDIMENTO A VÍTIMA COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO 224
POP N° 73 226
TRANSPORTE DE PACIENTE INTER-HOSPITALAR 226
POP N° 74 228
ATENDIMENTO NA CRISE CONVULSIVA 228

POP N° 75 231
ATENDIMENTO AO PACIENTE DIABÉTICO 231
POP N° 76 233
CRISE HIPERTENSIVA 233
POP N° 77 235
QUEIMADURAS 235
POP N° 78 239
INTOXICAÇÕES 239
POP N° 79 243
ANIMAIS PEÇONHENTOS..... 243
POP N° 80 246
FERIMENTOS NOS OLHOS 246
POP N°81 248
SÍNCOPE OU DESMAIO 248
POP N° 82 250
EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA 250
POP N° 83 252
CONTENÇÃO FÍSICA 252
POP N° 85 259
POP N° 86 261
CUIDADOS COM O CORPO APÓS A MORTE 261
POP N° 87 263
DESCARTE DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE 263
POP N° 88 265
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AOS ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO 265
PROTOCOLO DE TRANSPORTE DE PACIENTES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA INTERHOSPITALAR 271
ANEXO FICHAS DE TRANSPORTE 277
REFERÊNCIAS

]

1. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**		**POP N° 01**
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Corrêa de Almeida; Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		• Prevenir a transmissão de patógenos. • Eliminar o grande número de microrganismos das mãos. • Remover sujidades, prevenindo infecções.	
Executante:		Equipe dos serviços de saúde.	
MATERIAL NECESSÁRIO Lavatório; Dispensadores de sabão e anti-sépticos; Porta papel toalha; Lixeira para lixo comum.			

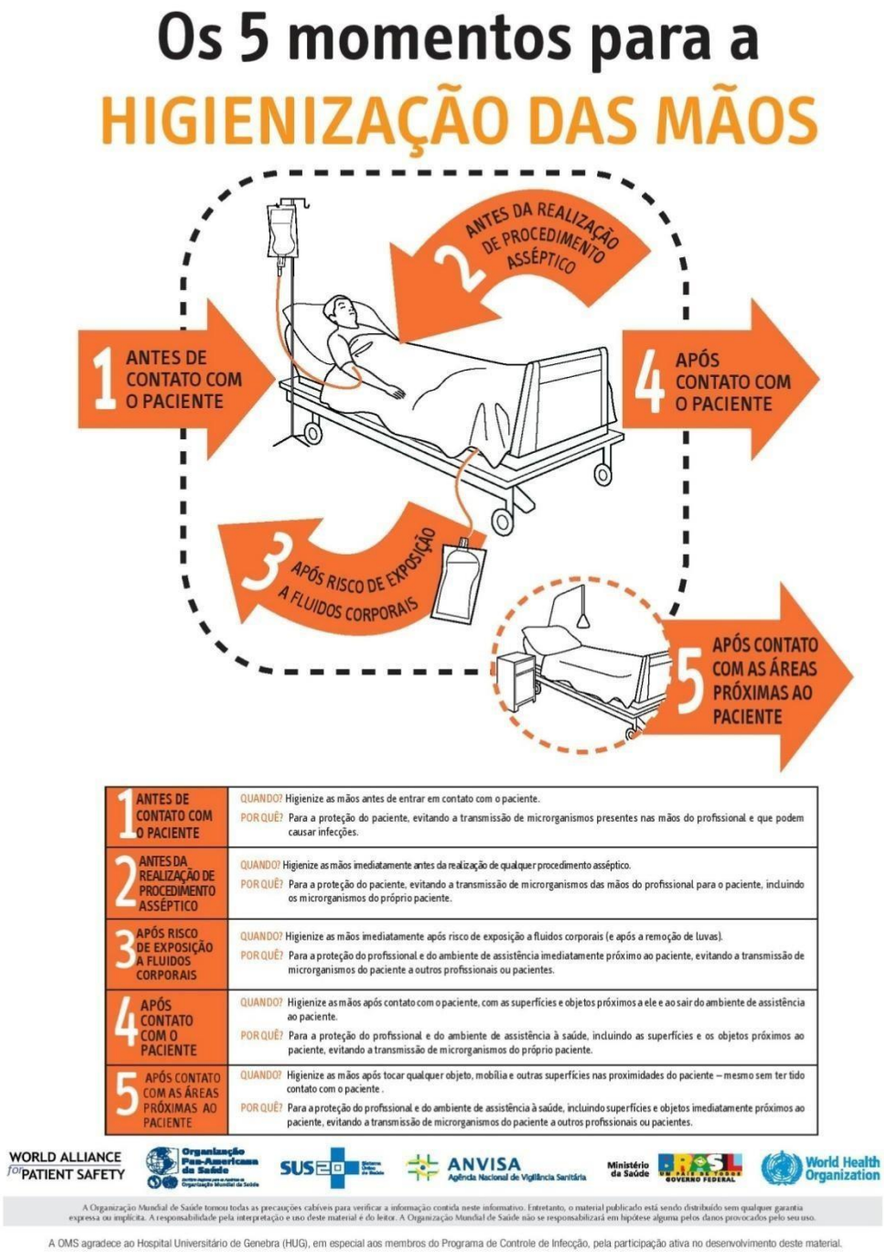
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Arregaçar as mangas até altura do cotovelo;
2. Abrir a torneira sem encostar-se a pia;
3. Molhar as mãos a partir dos pulsos na direção dos dedos;
4. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos;
5. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.
6. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice versa
7. Entrelaçar os dedos e em seguida friccionar os espaços interdigitais
8. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, realizando o movimento de vai e vem e vice versa.
9. Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando movimento circular e vice-versa.
10. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, realizando movimento circular e vice

versa.

11. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, fazendo o movimento circular e vice-versa.
12. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão, impedir o contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.
13. Realizar a secagem das mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
14. Fechar a torneira com o papel toalha;
15. Desprezar o papel toalha em lixeira de resíduos comum;

Anexo 1. Cinco momentos para a Higienização das mãos;



1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.
5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente . POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

WORLD ALLIANCE for PATIENT SAFETY · Organização Pan-Americana da Saúde · SUS · ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária · Ministério da Saúde · BRASIL GOVERNO FEDERAL · World Health Organization

A Organização Mundial de Saúde tomou todas as precauções cabíveis para verificar a informação contida neste informativo. Entretanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer garantia expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso deste material é do leitor. A Organização Mundial de Saúde não se responsabilizará em hipótese alguma pelos danos provocados pelo seu uso.

A OMS agradece ao Hospital Universitário de Genebra (HUG), em especial aos membros do Programa de Controle de Infecção, pela participação ativa no desenvolvimento deste material.

Anexo 2. Técnica para Higienização das mãos;

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**		**POP N° 02**
FRICÇÃO ANTI-SÉPTICA DAS MÃOS			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**

Elaborado por:	Enfermeiras: Marcia Vanessa Corrêa de Almeida; Regianne Mara Pesck Betin.
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .
Objetivos do Procedimento	• Prevenir a transmissão de patógenos. • Reduzir a carga microbiana das mãos.
Executante:	Equipe dos serviços de saúde.

MATERIAL NECESSÁRIO

Álcool gel a 70%; Álcool glicerinado com 1-3 % de glicerina.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Aplicar na palma da mão a quantidade suficiente do produto para cobrir as superfícies das mãos;
2. Friccionar entre si as palmas das mãos;
3. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
4. Friccionar entre si a palma das mãos com os dedos entrelaçados;
5. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice versa;
6. Friccionar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando, portanto o movimento circular e vice-versa;
7. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, realizando um movimento circular e vice-versa; 8. Friccionar os punhos realizando movimentos circulares;

9. Friccionar até secar, sem utilizar o papel toalha.

Anexo 1. Técnica para anti-sepsia das mãos:

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão - POP		POP N° 03
PROTOCOLO DA UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**

Elaborado por:	Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Maria Bernadete Ladika, Regianne Mara Pesck Betin.
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .
Objetivos do Procedimento	• Proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, evitando e minimizando os riscos à saúde. • Promover a barreira de proteção individual e manutenção da cadeia asséptica no atendimento ao paciente em procedimentos invasivos.
Justificativa	Fornecer orientações a Equipe de Enfermagem a utilização correta, guarda e descarte dos EPI's.
Quando aplicar	Em todos os procedimentos onde possa ocorrer contato com sangue e secreções corpóreas.
Executante:	Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIS: óculos de proteção, Luvas de procedimento, luva estéril, máscara cirúrgica, mascará N95, jalecos, touca, calçado fechado.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

A utilização de EPI é exclusivo dentro do ambiente, no qual o uso está previsto, para não expor outras pessoas a riscos desnecessários.

A) CABEÇA

Óculos de proteção: em procedimentos que gerem respingos de sangue ou secreções (líquidos), evitando-se assim exposição da mucosa dos olhos. Por exemplo, no momento de aspiração de secreções. Após o uso proceder à

limpeza, conforme POP específico da CME, lembrando que o seu uso é sempre individual.

Touca: deve ser utilizada visando a prevenção de contaminação dos cabelos dos funcionários e a queda dos mesmos no preparo de produtos para a saúde Devem ser descartáveis, de uso individual.

B) APARELHO RESPIRATÓRIO

Máscara cirúrgica: utilizada para proteger o trabalhador de saúde de infecções por inalação de gotículas transmitidas a curta distancia igual ou inferior a um metro e pela projeção de sangue e outros fluidos corpóreos que possam atingir suas vias respiratórias.

Máscaras com filtro biológico (n95, PFF2): são de uso exclusivo do profissional da saúde para precaução com aerossóis, já os pacientes em condições de transporte devem utilizar máscara cirúrgica. As máscaras PFF2 não têm tempo definido de uso, podendo ser reutilizada pelo mesmo trabalhador enquanto permanecer em boas condições de uso (com vedação aceitável e tirantes elásticos íntegros) se não estiver suja, úmida ou contaminada por fluidos corpóreos, para tanto, deve-se guardá-la em embalagem individual identificada preferencialmente em saco plástico perfurada, sem lacre para evitar a umidade e proliferação de micro-organismos.

C) TRONCO

Jaleco: oferece proteção contra respingos de materiais biológicos ou substâncias reagentes, o modelo ideal deve ter mangas longas e comprimento até os joelhos devendo estar sempre limpo, totalmente fechado, trocar diariamente ou quando visivelmente apresentar sujidade, tirar o jaleco dobrando-o pelo avesso, transportar em saco plástico individual.

Em caso de material biológico e fluidos corporais deixar de molho por 30 minutos com hipoclorito de sódio a 1% deixando na unidade para proceder a lavagem.

MEMBROS SUPERIORES

Luvas: para prevenção dos riscos com materiais ou objetos cortantes ou perfurantes e acidentes com agentes biológicos e fluídos corporais.

Luvas de procedimentos: São indicadas para procedimentos que impliquem risco de contato com sangue e secreções, sua indicação a restritiva a proteção do profissional. Por não ser esterilizada, seu uso não é permitido para a realização de procedimentos com técnica asséptica, sendo de uso individual e descartável.

Luvas cirúrgicas estéreis: são indicadas para procedimentos cirúrgicos, após seu uso devem ser descartadas, sendo utilizadas todas as vezes que se faz necessário realizar procedimentos estéreis sendo de uso individual e

descartável.

Luvas de limpeza (amarelas): utilizada para limpeza e desinfecção de superfícies e materiais.

MEMBROS INFERIORES:

Calçados fechados: para proteção contra agentes biológicos e fluídos corporais, com solado antiderrapante e quedas.

RECOMENDAÇÕES

É obrigação do profissional:

- Usá-los apenas para a finalidade a que se destina.
- Responsabilizar-se por sua guarda e conservação.
- Comunicar ao responsável técnico qualquer alteração que o torne impróprio para uso.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 04
SINAIS VITAIS - PRESSÃO ARTERIAL			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Verificar parâmetros da pressão arterial.	
Justificativa		São indicadores do estado de saúdedo paciente.	
Quando aplicar		Na admissão, permanência, transferência e alta do paciente.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Esfignomanômetro, estetoscópio, bolas de algodão umedecidas em álcool a 70%; equipamentos de proteção individual (jaleco).			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos;
2. Interagir com o paciente, apresentar-se, conferir o prontuário, explicar o procedimento e oferecer privacidade ao mesmo;
3. Orientar repouso de 5 a 10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável;
4. Perguntar ao paciente se está com a bexiga cheia, praticou exercício físico, ingeriu bebida alcoólica, café, alimentos ou fumou nos últimos 30 minutos;
5. Preparar os materiais, selecionando o manguito adequado à circunferência do membro;
6. Deixar o paciente em posição confortável, mantendo as pernas descruzadas e atentar-se para que o membro fique na mesma altura do coração;
7. Solicitar que o paciente não fale durante a medida;
8. Expor o membro retirando a roupa do mesmo e posicioná-lo na altura do

coração, apoiado com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;

9. Medir a circunferência do braço do paciente;
10. Selecionar o manguito do tamanho adequado ao braço;
11. Palpar a artéria braquial, posicionar o manguito 2,5 cm acima da artéria, centralizar o manômetro na melhor posição para o profissional colocando o manguito de forma a não deixar folgas e centralizando o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
12. Palpar o pulso radial, inflar o manguito até o desaparecimento do pulso, para estimar o nível da pressão sistólica, desinflar e aguardar 30 segundos antes de inflar novamente;
13. O profissional deve colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos e localizar a artéria braquial do paciente colocando a campânula do estetoscópio sobre ela;
14. Fechar a válvula de pressão da pêra e inflar o manguito ate 30 mmHg acima da pressão sistólica estimada e liberar a válvula a uma velocidade de 2 mmHg/segundo;
15. Observar no manômetro o ponto onde o primeiro som é ouvido, esvaziar gradativamente observando o ponto onde os sons desaparecem.
16. Esvaziar completamente o manguito e retirá-lo do braço do paciente;
17. Informar ao paciente os resultados da pressão arterial;
18. Limpar as olivas e diafragma do estetoscópio com algodão e álcool 70%;
19. Higienizar as mãos;
20. Registrar no prontuário eletrônico /ficha de atendimento:
    - data e horário;
    - resultado da pressão arterial;
    - queixas apresentadas;
    - possíveis intercorrências e providências adotadas;
    - nome completo e Coren do responsável pelo procedimento;

RECOMENDAÇÕES:

- O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.
- Nos pacientes que foram submetidos a mastectomia ou possuem fistula no membro superior não verificar a PA neste mesmo membro e sim no oposto, portanto se o paciente possuir fistula nos dois membros superiores verificar a PA nos inferiores.
- Também precisa-se avaliar os parâmetros normais da PA de cada paciente. - A medida da PA em crianças e recomendada em toda a avaliação clínica após os 3 anos de idade anualmente.
- E necessário também avaliar a circunferência de braço recomendada para uso

TABELA 1. DIMENSOES ACEITÁVEIS DA BOLSA DE BORRACHA PARA BRAÇOS DE DIFERENTES TAMANHOS

Circunferência do braço	Tamanho do Manguito	Tamanho
22 a 26 cm	12 a 22 cm	Adulto pequeno
27 a 34 cm	16 a 30 cm	Adulto
35 a 44 cm	16 a 36 cm	Adulto grande
45 a 52 cm	16 a 42 cm	Coxa de adulto

Outros tamanhos: neonatal 7-13 cm; Infantil 10-18 cm

TABELA 2. CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM A MEDIDA CASUAL NO CONSULTÓRIO (> 18 ANOS)

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-Hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes a maior deve ser utilizada para a classificação da PA

Considera-se hipertensão sistólica isolada se ≥ 140 mmHg e PAD <90 mmHg devendo a mesma ser classificada em estágio 1, 2 e 3.

TABELA 3. MÉDIA DA PRESSÃO ARTERIAL ÓTIMA POR IDADE

Idade	Pressão Arterial
Recém-nascido (3.000g [6,6 lb])	40 (média)
1 mês	85/54
1 ano	95/65
6 anos*	105/65
10-13 anos*	110/65
14/17 anos*	120/75
>18	<120/80

(POTTER PERRY, 2009)

Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		• Detectar desvios de normalidade da frequência cardíaca; • Avaliar arritmias cardíacas.	
Justificativa		São indicadores do estado de saúde do paciente.	
Quando aplicar		Na admissão, permanência, transferência e alta do paciente.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Relógio que tenha o demonstrador de segundos, estetoscópio, oxímetro, algodão, álcool a 70%, equipamentos de proteção individual (jaleco).

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos;
2. Interagir com o paciente, apresentar-se, conferir o prontuário e explicar o procedimento;
3. Oferecer privacidade ao paciente;
4. Colocar as digitais do profissional sobre a artéria escolhida (braquial, radial, carótida, poplítea, plantar e dorsal) do paciente, comprimir levemente até sentir a pulsação e concentrar-se no procedimento ou posicionar o dedo no oxímetro de pulso aguardar o parâmetro de frequência e anotar;
5. Contar o número da frequência cardíaca por um minuto;
6. Informar ao paciente os valores da freqüência cardíaca;
7. Higienizar as mãos;

8. Registrar no prontuário eletrônico / ficha de atendimento: - resultado da frequência cardíaca; - data, hora que foram verificados; - as queixas apresentadas; - o estado geral do paciente; - possíveis intercorrências e providências adotadas; - nome completo e Coren do responsável pelo procedimento;
Nomenclatura e valores de referência: **Lactente:** de 120 a 160 batimentos cardíacos por minuto (fcpm); **Criança:** de 75 a 100 batimentos cardíacos por minuto (fcpm); **Adolescente**: 60 a 90 batimentos cardíacos por minuto (fcpm); **Adulto:** 60 a 100 batimentos cardíacos por minuto (fcpm).

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 06
SINAIS VITAIS - TEMPERATURA CORPORAL			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		• Verificar o equilíbrio entre produção e eliminação do calor; • Auxiliar no diagnóstico e tratamento; • Indicar atividade metabólica.	
Justificativa		São indicadores do estado de saúde do paciente.	
Quando aplicar		Na admissão, permanência, transferência e alta do paciente.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPI (jaleco), bandeja, termômetro, relógio, algodão, álcool a 70%.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos;
2. Interagir com o paciente, apresentar-se, conferir o prontuário e explicar o procedimento;
3. Oferecer privacidade ao paciente;
4. Realizar a desinfecção do termômetro com algodão umedecido em álcool a 70%;
5. Apertar o botão para o termômetro ligar e aguardar a calibragem;
6. Deixar o paciente em posição confortável, colocar o bulbo do termômetro no centro da axila em contato com a pele e abaixar o braço do paciente;
7. Manter o termômetro posicionado por um período de 3 a 5 minutos até soar o alarme;
8. Retirar o termômetro, segurando-o pelo lado oposto ao bulbo e realizar

a leitura ; 9. Informar o resultado da temperatura ao paciente; 10. Apertar o botão para desligar; 11. Realizar a desinfecção do termômetro com algodão e álcool 70%; 12. Higienizar as mãos. 13. Registrar no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento: - o resultado da temperatura axilar; - data, hora que foram verificados; - as queixas apresentadas; - o estado geral do paciente; - possíveis intercorrência e providências adotadas; - nome completo e Coren do responsável pelo procedimento;
Nomenclatura e valores de referência: **Hipotermia**: temperatura menor que 36ºC. **Faixa normal média**: temperatura entre 36°C a 37,9° C. **Hipertermia**: temperatura maior que 38°C

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 07
SINAIS VITAIS - FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Verificar e monitorar frequência respiratória.	
Justificativa		São indicadores do estado de saúde do paciente.	
Quando aplicar		Na admissão, permanência, transferência e alta do paciente.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS EPI (jaleco), relógio que tenha o demonstrador de segundos.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos;
2. Posicionar o paciente de modo confortável, preferencialmente sentado ou deitado com o tórax de maneira visível;
3. Colocar a mão no pulso radial do paciente como se fosse contar o pulso, neste momento o profissional conta a frequência respiratória durante um minuto, observando os movimentos torácicos e/ou abdominais;
4. Informar ao paciente os valores de freqüência respiratória;
5. Higienizar as mãos;
6. Registrar no prontuário eletrônico /ficha de atendimento:
   - o resultado da frequência respiratória;
   - data, hora que foram verificados;
   - as queixas apresentadas;
   - o estado geral do paciente;
   - possíveis intercorrências e providências adotadas;
   - nome completo e Coren do responsável pelo procedimento;

TABELA 1. VARIAÇÕES ACEITÁVEIS DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Idade	Frequência (respirações por minuto)
Recém-nascido	30-60
Lactente (6 meses)	30-50
Criança pequena (2 anos)	25-32
Criança	20-30
Adolescente	16-19
Adulto	12-20

Classificação: Abaixo do normal – Bradipnéia; normal – Eupinéia; acima do normal – Taquipinéia.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 08
GLICEMIA CAPILAR			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Controlar níveis de glicose no sangue.	
Justificativa		São indicadores do estado de saúde do paciente.	
Quando aplicar		Quando o paciente apresentar sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e de acordo á prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Fita teste para glicemia, glicosímetro, lancetas ou agulhas descartáveis, algodão, álcool 70%, bandeja, equipamentos de proteção individual (jaleco e luvas de procedimento),caixa de perfuro cortante.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos;
2. Interagir com o paciente, apresentar-se, conferir o prontuário/ ficha de atendimento, explicar o procedimento e oferecer privacidade ao mesmo;
3. Preparar os materiais;
4. Verificar se o número de código apresentado no monitor corresponde ao código que aparece no tubo de tiras de teste;
5. Introduzir a tira teste no monitor na direção das setas. O monitor liga automaticamente;
6. Colocar a luva de procedimento;
7. Selecionar o local da punção: polpa dos dedos (mãos e pés) ou lóbulo da orelha;
8. Observar o aspecto da polpa digital (cor, limpeza, integridade da pele);
9. Considerar o desconforto decorrente da perfuração necessária para obter a gota de sangue;
10. Fazer a antissepsia do local com algodão umedecido com álcool a 70% deixando secar completamente antes de iniciar o teste ou se possível higienizar as mãos antes do procedimento
11. Realizar a punção e coletar o sangue no local reagente da fita teste;
12. Pressionar o local com algodão até certificar-se da interrupção do sangramento;
13. Aguardar o resultado do teste;
14. Ler o manual de cada glicosímetro, a fim de averiguar os possíveis erros de leitura ou símbolo após ter realizado a glicemia capilar.
15. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;
16. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
17. Informar ao paciente os valores de glicemia;
18. Higienizar as mãos;
19. Registrar no prontuário eletrônico / ficha de atendimento:

    - data, hora que foram verificados;
    - condição do paciente (jejum, alimentado);
    - registrar os valores da glicemia capilar (mg/dl);
    - observar se houve intercorrências e providências adotadas;
    - orientações efetuadas;
    - nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

RECOMENDAÇÕES DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES		
Categoria		
Glicemia capilar em jejum	>70 mg/dl	<100 mg/dl
Glicemia capilar até 2 horas após alimentação	>70 mg/dl	<140 mg/dl

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**		**POP N° 09**
SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.		
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .		
Objetivos do Procedimento	Verificar a saturação de oxigênio.		
Justificativa	É um indicador do estado de saúde do paciente.		
Quando aplicar	Em atendimento á prescrição médica e de enfermagem.		
Executante:	Equipe de enfermagem/médica.		
MATERIAIS NECESSÁRIOS EPI (jaleco), oxímetro, algodão e álcool a 70%.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos;
2. Promover a privacidade do paciente;
3. Ligar o botão MENU e aguardar o teste das configurações padrão;
4. Escolher um lugar adequado para o sensor o dedo indicador do paciente é o local preferencial e o local alternativo é o dedo mínimo;
5. Retirar com removedor de esmalte caso paciente esteja com as unhas pintadas com esmalte de cor escura e/ou interfira na leitura do aparelho;
6. Inserir *o* dedo do paciente até o final do sensor;
7. Observar os valores da saturação de oxigênio frequentemente e registrar no prontuário eletrônico /ficha de atendimento a cada duas horas ou de acordo com a orientação médica;
8. Realizar a assepsia do aparelho desligado com algodão e álcool a 70%;
9. Higienizar as mãos;
10. Deixar o setor em ordem.

RECOMENDAÇÕES

É importante lembrar que a oximetria de pulso está sujeita a um "atraso temporário" entre a saturação de oxigênio no sangue o que é mostrado no monitor, pois o sinal é mediano, geralmente de 5 a 30 segundos, portanto em pacientes com infusão periférica ruim ou vasoconstrição periférica, o período de latência torna-se maior, até 120 segundos ou mais.

Valores de referência:

Saturação normal: maior ou igual a 94%.

Departamento Padrão- POP Guamiranga	**Procedimento Operacional POP**		**N° 10 de Saúde**
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	

Objetivos do Procedimento	Registrar dados que possam auxiliar na assistência ao paciente, promovendo a segurança do profissional e do paciente envolvido.
Justificativa	É utilizado como método de comunicação para os demais membros da equipe oferecendo dados em relação à assistência prestada.
Quando aplicar	Ao prestar assistência, realizar procedimento e outras atividades pela equipe de enfermagem.
Executante:	Equipe de enfermagem.
MATERIAIS NECESSÁRIOS	

Prontuário do paciente / ficha de atendimento
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO Relatar o estado geral do paciente de forma clara e objetiva, contribuindo para que a equipe de saúde possa realizar o diagnóstico, planejamento e prescrição além de ser um documento que serve de elemento jurídico e de auditoria.
RECOMENDAÇÕES: As anotações de enfermagem devem obedecer a um padrão: horário de chegada, origem/quem trouxe, nível de consciência, história clínica/o que o paciente relata, exame físico (o que o profissional observa), sinais vitais. No final da anotação registrar o nome completo e Coren do profissional responsável pelo procedimento.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N ° 11
OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Aumentar concentração de oxigênio durante inspiração, melhorar desconforto respiratório, auxiliar no tratamento de patologias do sistema respiratório.	
Justificativa		Corrigir ou atenuar deficiência de oxigênio ou hipóxia.	
Quando aplicar		De acordo com prescrição médica, ou quando o paciente apresentar sinais de hipóxia.	
Executante:		Equipe de enfermagem, médico.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Cateter nasal, umidificador de oxigênio, extensão estéril, água destilada, luvas de procedimentos, fonte de oxigênio ou cilindro de oxigênio.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Confirmar a prescrição médica do procedimento ou sinais de hipóxia;
2. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
3. Lavar as mãos;
4. Colocar os EPIS necessários;
5. Organizar os materiais;
6. Promover a privacidade do paciente;
7. Posicionar o paciente em decúbito elevado se não houver contra indicação;
8. Conectar a ponta do cateter nasal na extensão está no umidificador contendo água destilada até o nível indicado, adaptar o umidificador na fonte de oxigênio ou cilindro;
9. Ajustar o volume de oxigênio prescrito;
10. Colocar o cateter nasal nas narinas do paciente, ajustar o mesmo em torno da cabeça, certificando-se da correta adaptação;
11. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
12. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
13. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
14. Higienizar as mãos;
15. Registrar o procedimento realizado no prontuário eletrônico / ficha de atendimento, com nome completo do profissional e o Coren.

Fluxo necessário (L/min)	**FiO2 (%)**
1 litro	24%
2 litros	28%
3 litros	32%
4 litros	36%
5 litros	40%
6 litros	44%

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 12
OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Aumentar concentração de oxigênio durante inspiração (24 a 50%), de forma precisa segura e controlada.	
Justificativa		Corrigir ou atenuar deficiência de oxigênio ou hipóxia.	
Quando aplicar		De acordo com prescrição médica, ou quando paciente apresentar sinais de hipóxia.	
Executante:		Equipe de enfermagem, médico.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Cateter máscara de venturi, traqueia, diluidores coloridos para diferentes concentrações (24%, 28%, 31%, 35%, 40% e 50%), umidificador de oxigênio, extensão estéril, água destilada, luvas de procedimentos, fonte ou cilindro de oxigênio.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Confirmar a prescrição médica do procedimento ou sinais de hipóxia;
2. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
3. Lavar as mãos;
4. Organizar o material necessário;
5. Promover a privacidade do paciente;
6. Posicionar o paciente em decúbito elevado se não houver contra indicação;
7. Adaptar a máscara à traquéia e está ao diluidor colorido, de acordo com a prescrição médica;
8. Ajustar o adaptador de nebulização ao diluidor;

9. Preencher o umidificador com água destilada até o nível máximo;
10. Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;
11. Adaptar o sistema de venturi ao umidificador e ajustar o fluxômetro de acordo com prescrição médica;
12. Colocar a máscara de venturi sobre o nariz, boca e queixo do paciente, certificando-se da correta adaptação;
13. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
14. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
15. Retirar os EPIs após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
16. Higienizar as mãos;
17. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico / ficha de atendimento, com o nome completo do profissional e Coren

RECOMENDAÇÕES:

Com concentração de oxigênio a 4 litros por minuto, diluidores coloridos, azul 24%, amarelo 28%, branco 31%;

Concentração de oxigênio a 6 litros por minuto diluidores verde 35 %;

Concentração de oxigênio a 8 litros por minuto diluidores vermelho 40 %;

Concentração de oxigênio a 12 litros por minuto diluidores laranja 50 %;

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**	**POP N° 13**
MÁSCARA DE ALTO FLUXO		

Edição: 4º	Data da Emissão 06/2024	Data da Aprovação 06/2024	Próxima Revisão 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Corrêa de Almeida. Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		• Aumentar a quantidade de oxigênio carreado no sangue pelas hemoglobinas até o tecido. • Reverter o quadro de hipóxia	
Executante:		Equipe dos serviços de saúde.	

MATERIAL NECESSÁRIO

Máscara de alta concentração extensores, umidificador, soro fisiológico / água destilada, cilindro de oxigênio, luvas de procedimento

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Higienizar as mãos;

Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente;

Preencher o frasco do umidificador com soro fisiológico/ água destilada No máximo 2/3 de sua capacidade.

Testar a saída de oxigênio no cilindro;

Conectar o umidificador ao fluxômetro,

Colocar a máscara a extensão e está ao umidificador preenchendo o reservatório da bolsa antes de colocá-la no cliente.

Colocar as luvas de procedimento

Posicionar o cliente em posição dorsal ou semi Fowler.

Regular o fluxômetro conforme prescrição medica ou saturação periférica;

Reunir e retirar o material da unidade;

Retirar as luvas e descarta-las, conforme segregação de resíduos de serviços de saúde;

Higienizar as mãos;

Avaliar o cliente quanto ao alivio dos sinais e sintomas;

Registrar o procedimento no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento com nome completo e Coren do profissional

RECOMENDAÇÕES

Deve-se utilizar a máscara de alto fluxo:

- **Vítimas de trauma;**
- **Insuficiência respiratória aguda;**
- **Hipoxemia sem falência de órgão extrapulmonar; Em pacientes com ordem de não intubar.**

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 14
PREPARO DE MEDICAMENTOS			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Preparar corretamente a medicação.	
Justificativa		Proporcionar segurança para o paciente frente à terapêutica.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Bandeja, medicamento prescrito pelo médico, seringas, agulhas 25/7, 40/12, algodão, álcool 70%, esparadrapo, etiqueta para identificar e caneta, EPIs (máscara, jaleco, luvas, óculos de proteção).

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Conferir prescrição médica;

Higienizar as mãos;

Colocar luvas de procedimentos;

Preparar o medicamento em local com boa iluminação;

Evitar distração como músicas e outros ruídos;

Verificar o prazo de validade, alterações quanto ao aspecto e cuidados no preparo com técnica asséptica;

Avaliar a integridade dos invólucros que protegem a seringa e a agulha; Conectar a agulha na seringa, evitando contaminar a agulha e o êmbolo; Realizar a desinfecção com algodão e álcool a 70% no frasco ampola e a borracha do frasco após retirar a tampa metálica, aguardando a secagem; Aspirar a solução da ampola na seringa (no caso de frasco-ampola introduzir o diluente e homogenizar o solvente com o soluto sem sacudir), após ter realizado a diluição, aspirar novamente na seringa e colocar no soro indicado, ou de acordo com a prescrição médica, considerando os cuidados de administração de medicamentos em enfermagem; Proteger a agulha com o protetor próprio e retirar o ar; Deixar o local de preparo da medicação limpo e em ordem; Proceder à desinfecção da bancada com álcool a 70%; Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde; Retirar os EPIs; Higienizar as mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 15
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Alcançar efeitos terapêuticos.	
Justificativa		Processo de preparo e introdução de fármacos no organismo humano.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Bandeja, medicamentos prescritos pelo médico, agulha, seringa, algodão, álcool a 70%, equipamentos de proteção individual (jaleco, luvas de procedimento).			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Verificar sempre os nove certos: **paciente certo** (conferir nome e sobrenome do paciente, solicitando ao mesmo que fale seu nome), **medicamento certo** (antes de preparar a medicação certificar-se mediante a prescrição qual é o medicamento e conferir lendo, mais de uma vez o rótulo do mesmo), **dose certa** (antes de preparar e administrar a medicação, certificar-se da dose prescrita, lendo mais de uma vez e comparando com o preparado), **via certa (**antes de administrar a medicação, certificar-se da via mediante prescrição, lendo mais de uma vez e só então administrar), **hora certa** (administrar no horário previsto na prescrição, e no espaço de tempo determinado), **tempo certo** (na administração da medicação, respeitar o tempo previsto na prescrição, controlar adequadamente o gotejamento, conforme a prescrição), **validade certa** (antes de preparar a medicação sempre conferir a data de validade, jamais administrar medicação vencida), **abordagem certa** (antes de administrar o medicamento, explicar ao paciente de maneira clara e objetiva o que será administrado, via, principal ação do medicamento e como será realizada a administração, deve-se levar em consideração também o direito de

recusa do medicamento pelo paciente), **registro certo** (após administrar a medicação registrar no prontuário eletrônico / ficha de atendimento anotando queixas, suspensão ou não aceitação da medicação em seguida colocar o nome completo do profissional e Coren).

Utilizar luvas de procedimento sempre que houver a possibilidade de entrar em contato com sangue ou secreções do paciente;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde; Higienizar as mãos;

Deixar a unidade em ordem

RECOMENDAÇÕES

Se houver dúvidas sobre a medicação, não administrar, recorrer ao enfermeiro supervisor e/ou médico;

Quando se tratar de medicamentos narcóticos e seus derivados, procurar o enfermeiro supervisor com a prescrição médica;

Manter sob-refrigeração os medicamentos que necessitam tal cuidado como insulina e outras drogas;

Antes de administrar o medicamento, avaliar a história prévia do paciente em resposta à droga como efeitos colaterais e alergias.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 16
PUNÇÃO VENOSA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		• Administrar fluídos de forma contínua; • Realizar a administração de medicamentos ou manutenção de uma via de acesso venosa, através da introdução de um cateter em um vaso sanguíneo venoso periférico;	
Justificativa		Auxiliar no alívio da dor, tratamento e recuperação do paciente.	
Quando aplicar		De acordo com prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS EPIs (jaleco, luvas de procedimentos) álcool a 70%, bandeja, algodão, esparadrapo ou micropore, cateter ou scalp, garrote, recipiente para descartar perfuro cortante			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO:

PUNÇÃO VENOSA PARA ADMINISTRAR FLUIDOS CONTÍNUOS E/OU, MEDICAMENTOS.

1. Higienizar as mãos;
2. Preparar a badeja com material necessário;
3. Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares;
4. Deixar o paciente em posição confortável e adequada;
5. Avaliar o local adequado para punção, iniciar a seleção da parte distal para proximal de membros superiores;

6. Colocar as luvas de procedimentos;
7. Garrotear o local acima da região escolhida para puncionar;
8. Proceder à antissepsia da pele friccionando algodão com álcool 70% virando a face do algodão e trocando o mesmo três vezes, ou conforme necessidade no sentido do retorno venoso;
9. Realizar a punção venosa com o bisel para cima;
10. Observar o retorno do sangue e retirar o garrote;
11. Fixar o cateter/scalp com esparadrapo/micropore;
12. Imobilizar o membro puncionado com tala, se necessário;
13. Identificar com data, hora, número do cateter, nome e COREN do profissional que puncionou;
14. Recolher o material e descartar conforme segregação de resíduos de serviços de saúde;
15. Retirar as luvas após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
16. Lavar as mãos;
17. Deixar a unidade em ordem;
18. Anotar o procedimento realizado no prontuário eletrônico / ficha de atendimento/ devendo conter:

    - data e hora da punção;
    - local;
    - tipo e calibre do cateter;
    - salinização/heparinização;
    - Intercorrências e providências adotadas;
    - medida de segurança adotada (tala ou contenção);
    - queixas;
    - nome completo e Coren do responsável pelo procedimento;

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 17
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA ORAL (cápsulas, comprimidos, pílulas e drágeas)			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Administrar medicações com as seguintes apresentações: comprimidos, drágeas, cápsulas, pastilhas.	
Justificativa		Provocar efeitos sistêmicos após a absorção no trato digestório.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Bandeja, copinhos descartáveis, canudinho, copo com água, fita crepe/etiquetas, seringa, espátula, medicamento prescrito, copo com água, papel toalha,EPIs (luvas de procedimento e jaleco).			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem;
2. Organizar o material necessário;
3. Promover a privacidade do paciente;
4. Lavar as mãos;
5. Colocar os EPIs;
6. Deixar o paciente em posição confortável para facilitar a deglutição e oferecer água;
7. Administrar a medicação sem tocá-la diretamente com as mãos;
8. Ficar ao lado do paciente até confirmar a deglutição do medicamento;
9. Deixar o paciente confortável;
10. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
11. Higienizar as mãos;
12. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
13. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

RECOMENDAÇÕES

- Quando o paciente utilizar a sonda nasogástrica deixar o mesmo em posição semi-fowler/ fowler, portanto os comprimidos deverão ser triturados e diluídos em água e administrados com seringa, introduzindo 10 a 20 ml de água após a medicação.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 18
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA ORAL (gotas, xaropes e soluções)			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Administrar medicações com as seguintes apresentações: xarope, gotas e soluções.	
Justificativa		Provocar efeitos sistêmicos após a absorção no trato digestório.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Bandeja, copinhos descartáveis, canudinho, conta gotas, copo com água, fita crepe/etiquetas, seringa, espátula, medicamento prescrito, copo com água, papel toalha, EPIs (luvas de procedimento e jaleco).			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem;
2. Organizar o material necessário;
3. Promover a privacidade do paciente;
4. Lavar as mãos;
5. Colocar os EPIs;
6. Agitar o frasco antes da administração caso haja precipitado;
7. Dispor a medicação no recipiente graduado, evitando retorno do medicamento ao recipiente de origem;

8. Posicionar o paciente em posição confortável e favorável à deglutição;
9. Ficar ao lado do paciente até confirmar a deglutição do medicamento;
10. Deixar o paciente confortável;
11. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
12. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
13. Higienizar as mãos;
14. Registrar o procedimento no prontuário,/ ficha de atendimento, com nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N°19
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA SUBLINGUAL			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Administrar a medicação com absorção rápida através da fina membrana sublingual para os vasos da base da língua.	
Justificativa		Terapêutica utilizada por via sublingual para a medicação ser absorvida pelos pequenos vasos sanguíneos ali situados, sem passar através da parede intestinal e pelo fígado.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Bandeja, copinhos descartáveis, fita crepe/etiquetas, cuba rim, papel toalha, EPIs (luvas de procedimento, jaleco).			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem;
2. Organizar o material necessário;
3. Promover a privacidade do paciente;
4. Lavar as mãos;
5. Colocar os EPIs;
6. Fornecer água ao paciente para enxaguar a boca e remover resíduos alimentares desprezando na cuba rim, antes de administrar o medicamento via sublingual;
7. Colocar o medicamento ou orientá-lo a pôr sob a língua solicitar para deglutir a saliva até dissolver o medicamento; se o paciente estiver incapacitado, abrir a boca do mesmo e pôr o medicamento sob a língua.
8. Deixar o paciente confortável;
9. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
10. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
11. Higienizar as mãos;
12. Registrar o procedimento no prontuário,eletrônico/ ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 20
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA TÓPICA OU CUTÂNEA MUCOSA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Obter ação local do medicamento e eventualmente sistêmica.	
Justificativa		Aplicação de medicamentos na pele para efeito constante, local e lento.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Bandeja, gazes, espátulas, fita crepe/etiquetas, medicação prescrita,EPIs(luvas de procedimento e jaleco).			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem;
2. Organizar o material necessário;
3. Promover a privacidade do paciente;
4. Lavar as mãos;
5. Colocar os EPIs;
6. Proceder à limpeza da pele com água e sabão antes da aplicação do medicamento, se necessário (pele oleosa e com sujidade);
7. Dispor o medicamento sobre a gaze com a espátula e aplicar uma camada fina de pomada com uma espátula ou luvas de procedimento;
8. Aplicar o medicamento massageando a pele delicadamente, fazendo fricção se necessário;
9. Deixar o paciente confortável;
10. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

11. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
12. Higienizar as mãos;
13. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico,/ ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

OBS: Embalar espátulas e esterilizar para uso de aplicação de pomadas e para uso médico.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 21
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		• Anestesiar; Dilatar a pupila; • Tratar infecção.	
Justificativa		Terapêutica utilizada para o tratamento de patologias oculares, exames oftalmológicos ou lubrificação ocular.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Bandeja, medicação prescrita, fita crepe/etiquetas, gazes, EPIs (jaleco e luvas de procedimento).			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem;
2. Organizar o material necessário;
3. Promover a privacidade do paciente;
4. Lavar as mãos;
5. Colocar os EPIs;
6. Posicionar o paciente sentado ou elevar a cabeceira da cama;
7. Realizar ou auxiliar o paciente na lavagem dos olhos no sentido do canto interno do olho para o externo com soro fisiológico, se houver presença de secreção/ resíduos em seguida secar com uma gaze;
8. Solicitar ao paciente que olhe para cima e tracionar a pálpebra delicadamente inferior para baixo utilizando o dedo indicador;
9. Segurar o conta gotas próximo ao olho e pedir ao paciente para olhar para cima pingando a quantidade prescrita do colírio, sem encostar o aplicador na conjuntiva, orientando o paciente a fechar os olhos, movê-los e piscar suavemente, secar o excesso da medicação com gaze;
10. Proceder à aplicação da pomada, colocando uma fina camada ao longo da extremidade interna da pálpebra inferior, com o cuidado de não encostar a ponta da bisnaga na conjuntiva do paciente, limpar o excesso com uma gaze, solicitando que o paciente permaneça com o olho fechado por alguns minutos;
11. Deixar o paciente confortável;
12. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
13. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
14. Higienizar as mãos;
15. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico,/ ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 22
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA AURICULAR			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		• Facilitar a saída de corpos estranhos e cerúmen; • Prevenir ou tratar processos infecciosos, inflamatórios.	
Justificativa		Procedimento para a introdução de medicamentos no canal auditivo com conta-gotas, auxiliando no tratamento de patologias específicas e nos exames otológicos.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Bandeja, medicação prescrita, conta-gotas, fita crepe/etiquetas, gazes, EPIs (jaleco e luvas de procedimento).			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem;
2. Organizar o material necessário;
3. Promover a privacidade do paciente;
4. Lavar as mãos;
5. Colocar os EPIs;
6. Posicionar o paciente em decúbito lateral (com o ouvido a ser medicado para cima);
7. Segurar o lóbulo da orelha e delicadamente puxá-lo para cima e para trás (em adulto) ou puxar para baixo e para trás (criança) em seguida pingar a medicação, evitando que o conta gotas toque no orifício do ouvido;

8. Proteger com gaze o orifício, solicitando ao paciente que permaneça por alguns minutos nesta posição;
9. Repetir o mesmo procedimento para o ouvido oposto;
10. Limpar se necessário com gaze a região auricular externa;
11. Deixar o paciente confortável;
12. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
13. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
14. Higienizar as mãos;
15. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico,/ ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 23
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA NASAL			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Promover vasoconstrição, aliviar a congestão, facilitando a drenagem da secreção nasal.	
Justificativa		Terapêutica utilizada no tratamento de infecções ou congestão nasal.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Bandeja, fita crepe/etiquetas, medicação prescrita, conta gotas, gazes ou lenço de papel, cotonete, EPIs (jaleco e luvas de procedimento).			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem;
2. Organizar o material necessário;
3. Promover a privacidade do paciente;
4. Lavar as mãos;
5. Colocar os EPIs;
6. Realizar ou solicitar ao paciente que higienize as narinas com lenço de papel;
7. Posicionar o paciente sentado ou elevar a cabeceira da cama, solicitando para inclinar a cabeça para trás;
8. Administrar o número de gotas prescritas nas narinas sem tocá-las, explicar ao paciente para manter-se nessa posição por alguns minutos, segurando a gaze de encontro à narina;
9. Deixar o paciente confortável;
10. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

11. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
12. Higienizar as mãos;
13. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico,/ ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 24
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Promover eliminações de fezes; Aliviar flatulências; Administrar fármacos.	
Justificativa		Terapêutica utilizada para administrar a medicação por via retal ou quando o medicamento pode ser instável no sistema digestivo, facilitando a absorção devido a circulação dupla existente na mucosa retal.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Bandeja, gazes; supositório/pomada e aplicador; fita crepe/etiquetas para identificação, papel higiênico, comadre, recipiente para lixo, biombo, EPIs (luvas de procedimento, jaleco, máscara, óculos de proteção).			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem;
2. Organizar o material necessário;
3. Promover a privacidade do paciente;
4. Lavar as mãos;
5. Colocar os EPIs;
6. Envolver em uma gaze o supositório;
7. Posicionar o paciente em decúbito lateral ou Sims, expondo somente a área necessária para introdução do supositório;
8. Afastar com auxílio do papel higiênico a prega interglútea, para melhor visualização da região anal;

9. Introduzir delicadamente o supositório além do esfíncter anal, solicitando ao paciente que o retenha por alguns minutos a fim de evitar que o supositório seja expelido;
10. Orientar o paciente caso tenha condições de auto aplicação quanto ao procedimento e a importância na deambulação, pois ajuda a promover o peristaltismo;
11. Deixar o paciente confortável;
12. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
13. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
14. Higienizar as mãos;
15. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico ,/ ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP		POP N° 25
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.		
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .		
Objetivos do Procedimento	Administrar medicações quando tratamento requer absorção lenta, segura e contínua.		
Justificativa	Aplicação de medicamentos no tecido subcutâneo para efeito local constante e lento.		
Quando aplicar	Conforme prescrição médica.		
Executante:	Equipe de enfermagem.		
MATERIAIS NECESSÁRIOS Bandeja, medicação prescrita, seringa, agulha 13x45 para aplicação e agulha 25x8 ou 40x12 para aspiração, bolas de algodão, álcool 70% e EPIs (luvas de procedimento e jaleco).			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem;
2. Organizar o material necessário;
3. Promover a privacidade do paciente;
4. Lavar as mãos;
5. Colocar os EPIs;
6. Expor o local de aplicação (**braços** regiões posteriores, três dedos abaixo das axilas e três dedos acima dos cotovelos **abdome** regiões laterais direita e esquerda, distantes três dedos do umbigo, **coxas** regiões frontais e laterais externas, três dedos abaixo da virilha e três dedos acima dos joelhos, **nádegas** regiões superiores externas variando o local de administração).
7. Realizar a anti-sepsia da região de baixo para cima com algodão embebido em álcool 70%;
8. Fazer a prega cutânea com o polegar e o indicador e introduzir a agulha em ângulo de 90º;
9. Desfazer a prega e aspirar certificando-se que não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
10. Injetar a medicação lentamente;
11. Retirar a agulha com movimento preciso e rápido comprimindo a pele com algodão seco, sem massagear;
12. Deixar o paciente confortável;
13. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
14. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
15. Higienizar as mãos;
16. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico,/ ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

RECOMENDAÇÕES

- Não massagear o local da aplicação após ter administrado o medicamento;
- Utilizar sempre seringas e agulhas próprias para injeções subcutâneas; - A medicação subcutânea deve ser realizada distante de áreas vermelhas, inflamações, cicatrizes, hérnias, feridas cirúrgicas ou de pele (escoriações);
- Não exceder o volume de 1ml na aplicação;
- No caso de anticoagulante, não realizar a aspiração após a aplicação, pois poderá ocasionar hematoma.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 26
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Administrar grandes volumes de liquido e substâncias hipertônicas, obter imediato efeito do medicamento.	
Justificativa		Quando é necessária ação imediata da medicação e infusão de grande volume.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Bandeja, medicação prescrita, seringa, scalp ou cateter venoso periférico, equipo de soro, macro ou microgotas, soro prescrito identificado, micropore ou esparadrapo, suporte de soro, garrote, bolas de algodão, álcool 70%, EPIs (luvas de procedimento, máscara e jaleco).

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem;
2. Organizar o material necessário;
3. Promover a privacidade do paciente;
4. Lavar as mãos;
5. Colocar os EPIs;
6. Fixar o equipo no frasco e retirar o ar do mesmo scalp/polifix;
7. Expor o local de aplicação escolhendo a veia do membro a ser puncionado, iniciando da região distal para a proximal;
8. Garrotear o local a ser puncionado aproximadamente 4cm acima da veia escolhida;
9. Palpar a veia novamente e verificar se é mesmo a mais indicada;
10. Solicitar ao paciente que abra e feche a mão várias vezes e depois

mantê-la fechada;

11. Realizar a antissepsia do local com algodão umedecido em álcool a 70% em sentido único do retorno venoso (de baixo para cima);
12. Fixar a veia com o polegar abaixo do local onde será puncionado;
13. Puncionar a veia com scalp ou cateter venoso periférico cerca de 50 graus e depois paralelo a pele com o bisel voltado para cima;
14. Verificar o retorno de sangue para certificar-se de que está na veia; 15. Soltar o garrote;
16. Conectar a extremidade do dispositivo venoso ao equipo de soro previamente preparado;
17. Abrir a roldana do equipo injetando lentamente o líquido e observar a reação;
18. Fixar o dispositivo venoso com micropore ou esparadrapo;
19. Controlar o gotejamento do soro conforme prescrição médica;
20. Deixar o paciente confortável;
21. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
22. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
23. Higienizar as mãos;
24. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico,/ ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

RECOMENDAÇÕES

- Orientar o paciente a evitar levantar o membro puncionado, não alterar o gotejamento e comunicar a equipe de enfermagem/ médica se perceber alguma anormalidade como edema, hiperemia, ardência.
- Nos pacientes que foram submetidos à mastectomia ou possuem fistula no membro superior não realizar a punção venosa neste mesmo membro e sim no oposto, portanto se o paciente possuir fistula nos dois membros superiores verificando a possibilidade de puncionar nos membros inferiores.

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**		**POP N° 27**
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**

Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .
Objetivos do Procedimento	Administrar medicamentos de forma rápida e segura.
Justificativa	Utilizada para administrar substâncias irritantes, de difícil absorção com volume de até 5 ml.
Quando aplicar	Conforme prescrição médica.
Executante:	Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Bandeja, medicação prescrita, seringa, agulha 25x6, 25x7, 25x8 ,micropore ou esparadrapo,bolas de algodão,álcool 70%,EPIs (luvas de procedimento, e jaleco).

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem;
2. Organizar o material necessário;
3. Promover a privacidade do paciente;
4. Lavar as mãos;
5. Colocar os EPIs;
6. Fazer a antissepsia do local com algodão umedecido em álcool 70%;
7. Introduzir o bisel da agulha lateralizado, ou seja, a favor das fibras musculares, em movimento único;
8. Aspirar, se não haver retorno de sangue injetar a medicação lentamente, mas, caso retorne sangue, retirar a agulha e proceder novamente a técnica em outro local;
9. Retirar a agulha em movimento único, rápido e preciso;
10. Comprimir o local, porém não massagear;
11. Deixar o paciente confortável;

12. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
13. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
14. Higienizar as mãos;
15. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico,/ ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

RECOMENDAÇÕES

- Respeitar os volumes de solução: músculo glúteo na região do dorso glútea até 5 ml, deltóide 2 ml, vasto lateral da coxa 3 ml;
- Utilizar o músculo vasto lateral da coxa em crianças abaixo de três anos;
- Orientar o paciente a manter uma posição que facilite o relaxamento do músculo onde será realizada a injeção, evitando o extravasamento e reduzindo a dor;
- Evitar as áreas hipotróficas, inflamadas, com nódulos locais, lesão de nervo, abscessos e necrose;
- Em caso de injeção com medicamento irritante, trocar a agulha (após aspiração do medicamento para seringa) e utilizar a técnica em Z, deslizando a pele no local da injeção, não massagear, pois pode ocasionar lesão tecidual; - Dimensões das agulhas de acordo com as condições físicas, grupo etário e tipo de solução.

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**		**POP N° 28**
APLICAÇÃO DE CALOR E FRIO			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	

Objetivos do Procedimento	Relaxar a musculatura através da vasodilatação, aliviar a dor, auxiliar no processo de drenagem de exsudato e cicatrização de feridas, aumentar o peristaltismo, favorecer o relaxamento e bem estar do paciente, auxiliar na reabsorção de edemas, diminuir a temperatura corporal, reduzir e controlar o sangramento, prevenir a formação de edema, anestesiar a parte afetada do corpo.
Justificativa	Propiciar benefícios terapêuticos por meio da vasodilatação ou vasoconstrição.
Quando aplicar	Conforme necessidade.
Executante:	Equipe de enfermagem.
MATERIAIS NECESSÁRIOS Bandeja, bolsa de borracha ou bolsa de gelo, toalha, jarro, compressas, bacia com água quente/gelada, impermeável e EPI (luvas de procedimento).	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO - Verificar a necessidade da aplicação do calor ou frio no local; - Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente; - Organizar o material necessário; - Promover a privacidade do paciente;	

- Lavar as mãos;
- Colocar os EPIs.

APLICAÇÃO DE CALOR:

- Verificar a temperatura da água a fim de evitar queimaduras na pele do paciente;
- Colocar água quente na bolsa de borracha, fechar a bolsa testando para verificar se não há vazamento e secar a bolsa (ao utilizar compressas imergir dentro da água quente e retirar o excesso de água com auxílio das mãos para evitar molhar o paciente);
- Envolver a bolsa com a toalha, não aplicar sem proteção sobre a pele do paciente (ao utilizar compressa aplicar sobre a região atentando para que não permaneça por muito tempo, preparar outra compressa para substituir a que está sendo utilizado, realizar este procedimento por pelo menos 15 minutos sem interrompê-lo);
- Expor e aplicar sobre a região indicada;
- Enxugar a região com a toalha ao término do procedimento e deixar a unidade em ordem;
- Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
- Higienizar as mãos;
- Anotar o procedimento no prontuário eletrônico /ficha de atendimento, com o nome completo e Coren do profissional responsável pelo procedimento.

APLICAÇÃO DE FRIO:

- Separar a bolsa de borracha enchê-la com água gelada ou com dois terços com gelo picado de modo que a mesma possa moldar-se ao corpo do paciente, fechar a bolsa testando para verificar se não há vazamento e secar a bolsa (Ao utilizar compressa colocar dentro da bacia com água fria e retirar o excesso); - Expor a região em que será aplicada a compressa/bolsa, a qual deverá estar revestida com uma toalha (ao utilizar compressa aplicar sobre a região atentando para que não permaneça por muito tempo, preparar outra compressa para substituir a que está sendo utilizada a fim de evitar o aquecimento); - Enxugar a região com a toalha ao término do procedimento e deixar a unidade em ordem;
- Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
- Higienizar as mãos;
- Anotar o procedimento no prontuário/ficha de atendimento, com o nome completo e Coren do profissional responsável pelo procedimento.

RECOMENDAÇÕES

- O frio deve ser aplicado imediatamente após uma lesão para diminuir o edema;
- Aplicações de frio úmido são também indicadas na região frontal ou sobre os olhos para diminuir a congestão e a dor de cabeça; - Controlar a temperatura do paciente a cada 15 minutos;
- Atentar para o aparecimento de tremores e queixas de queimação ou dormência, caso ocorram interromper imediatamente a aplicação;
- Observar frequentemente o local para sinais de intolerância tissular: palidez, coloração mosqueada, cianose, maceração e formação de bolhas.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 29
COLOCAR LUVA ESTÉRIL			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Prevenir infecções hospitalares.	
Justificativa		Promover a segurança do paciente, garantindo o procedimento estéril.	
Quando aplicar		Durante procedimentos estéreis.	
Executante:		Equipe de enfermagem e equipe médica.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Luvas estéreis.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Realizar a correta higienização das mãos, conforme POP específico ;
2. Remover o envoltório externo das luvas, cuidando para não contaminá-las;
3. Enluvar primeiro a mão dominante, com a mão dominante enluvada, auxiliar a colocação da luva na mão não dominante, tendo o cuidado para não contaminar;
4. Retirar as luvas, após ter realizado procedimento conforme técnica: Segurar o exterior do punho com a mão enluvada, puxar a luva, colocar os dedos da mão desnuda por dentro do punho da outra luva e retirá-la;
5. Descartar conforme segregação de resíduos de serviços de saúde;
6. Deixar a unidade em ordem;
7. Lavar as mãos após o procedimento.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 30

SONDAGEM NASOGÁSTRICA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Drenar conteúdo gástrico para descompressão do estomago, realizar lavagem gástrica, administrar medicamentos e/ou alimentos e obter material para exame.	
Justificativa		Promover a alimentação, drenagem, análise do conteúdo gástrico e administração de medicamentos.	
Quando aplicar		De acordo com prescrição médica.	
Executante:		Enfermeiro e médico.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Bandeja, sonda nasogástrica (o tamanho da sonda nasogástrica deve ser proporcional ao paciente: 10, 12, 14, 16, 18), xilocaína gel sem vaso constritor, seringa de 20 ml, gazes, estetoscópio, papel toalha, fita adesiva/micropore, EPI's (máscara, jaleco, luva de procedimento).

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferir a prescrição médica para passagem de sonda Nasogástrica;
2. Lavar as mãos;
3. Organizar o material na bandeja;
4. Explicar o procedimento ao paciente e familiar;
5. Promover a privacidade ao paciente;
6. Posicionar o paciente em posição Fowler alta, exceto em caso de contra-indicação médica;
7. Colocar os EPIs (luvas de procedimento, jaleco e máscara);
8. Proteger o tórax do paciente com papel toalha;
9. Remover próteses dentárias e verificar a presença de outros conteúdos,

se necessário aspirar cavidade oral antes de iniciar o procedimento e limpar as narinas com gaze;

10. Delimitar com a fita adesiva a extensão de introdução da sonda medindo do lóbulo da orelha até a base do nariz e do nariz até o apêndice xifóide;
11. Lubrificar a sonda com xilocaína gel aproximadamente 18 cm da ponta da sonda;
12. Solicitar ao paciente que mantenha o pescoço em ligeira flexão, inspire profundamente durante a introdução da sonda e que degluta diversas vezes facilitando a passagem da sonda pelo esôfago;
13. Introduzir a sonda lentamente até a altura delimitada;
14. Proceder ao teste para confirmar o local da sonda (colocar o estetoscópio sobre a região epigástrica e injetar rapidamente 20 ml de ar; se auscultar ruídos de cascata a sonda está no estomago; adaptar seringa à sonda e aspirar se estiver no estomago, retornará conteúdo gástrico).
15. Fixar a sonda no nariz com fita adesiva/micropore e deixá-la fechada ou conectá-la ao coletor, conforme prescrição médica;
16. Recolher o material e desprezá-lo conforme descarte de resíduos de serviço de saúde;
17. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
18. Higienizar as mãos;
19. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável; 20. Anotar no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento:

-data e horário de início e término;

- o procedimento pertinente á passagem da sonda;

- aspectos e condições da sonda;

- volume administrado;

- Intercorrência e providências adotadas;

- queixas;

- registrar a limpeza da sonda e o volume de água utilizada;

- nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

RECOMENDAÇÕES:

Retirada da sonda Nasogástrica

1. Confirmar a prescrição quanto à retirada da sonda Nasogástrica;
2. Lavar as mãos;
3. Preparar o material para retirar a sonda (máscara, luvas de procedimento,

papel toalha, gaze, bandeja);

4. Explicar o procedimento ao paciente e/ou responsável;
5. Promover a privacidade ao paciente;
6. Posicionar o paciente em posição Fowler alta, exceto em caso de contraindicação médica;
7. Colocar as luvas de procedimento e a máscara;
8. Proteger o tórax do paciente com papel toalha;
9. Retirar a fixação da sonda Nasogástrica;
10. Instruir o paciente a realizar uma respiração profunda e segurar;
11. Iniciar a retirada da sonda de modo lento e contínuo;
12. Proporcionar ao paciente material para higiene oral, se necessário;
13. Recolher o material e desprezá-lo conforme descarte de resíduos de serviço de saúde;
14. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
15. Higienizar as mãos
16. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
17. Registrar no prontuário eletrônico /ficha de atendimento o nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Cuidados com sonda Nasogástrica

- Se o objetivo da sonda for alimentação, está deverá permanecer no paciente no máximo por três dias, após este período deve ser substituída por sonda nasoenteral;
- Se o objetivo da sonda nasogástrica for drenagem adaptá-la ao sistema coletor; e trocá-la de 5 em 5 dias ou quando necessário
- A fixação da sonda deverá ser trocada a cada 24 horas ou de acordo com a necessidade, sendo feito rodízio no local da fixação para evitar lesões da pele, ao fixar não tracionar a narina;
- Manter decúbito elevado e comunicar alterações como: sinais de cianose, tosse e dispneia são indicativos de que a sonda está sendo direcionada para o trato respiratório, nesta situação retirar a sonda imediatamente.
- Quando abrir a sonda para algum procedimento, dobrá-la para evitar a entrada de ar;
- Após administrar a dieta e/ou medicação injetar 20 ml a 50 ml de água em adultos, e em criança conforme orientação médica, a fim de limpar a sonda e mantê-la permeável;
- A higiene nasal e oral deverá ser realizada de modo rigoroso em pacientes com sonda nasogástrica para evitar complicações como parotidites.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 31
SONDAGEM NASOENTÉRICA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		• Atender as necessidades metabólicas e nutricionais do cliente quantitativamente e qualitativamente. • Prevenir a deterioração do estado nutricional; • Reduzir complicações decorrentes do jejum prolongado;	
Justificativa		Contribui para permanência por longo período de dieta enteral.	
Quando aplicar		De acordo com prescrição médica.	
Executante:		Enfermeiro ou Médico	
MATERIAIS NECESSÁRIOS EPIs (luvas de procedimento, jaleco e máscara), esparadrapo, toalha de rosto ou papel toalha, caneta para marcar a sonda, seringa de 20 ml, estetoscópio, sonda específica feita de poliuretano e silicone, xilocaína 2% gel, Kit nutrição (se necessário) e dieta conforme a prescrição.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Verificar a prescrição médica para sondagem nasoenterica;
2. Lavar as mãos;
3. Organizar o material necessário;
4. Explicar o procedimento ao paciente/responsável;
5. Elevar a cabeceira em decúbito de Fowler ou semi-fowler;
6. Medir a sonda do nariz ao lóbulo inferior da orelha e acrescentar 25 cm para que o posicionamento seja na 2° ou 3° porção do duodeno ou jejuno;
7. Colocar os EPIs;
8. Injetar solução líquida (soro fisiológico) na sonda sem retirar o fio-guia, para lubrificá-la, favorecendo a retirada do fio-guia após a passagem;
9. Iniciar a sondagem por uma das narinas;
10. Orientar o cliente a respirar pela boca, facilitando a introdução da sonda;
11. Observar possíveis sinais de cianose ou desconforto; se houver, retirar a sonda;
12. Colocar o paciente em decúbito lateral direito para favorecer a peristalse gástrica, o que ajudará na progressão da sonda até próximo à válvula pilórica;
13. Fechar a sonda;
14. Fixar a sonda sem causar desconforto visual;
15. Retirar EPI's;
16. Higienizar as mãos;
17. O médico ou enfermeiro deve solicitar um Raio-X abdominal para verificar o posicionamento da sonda;
18. Checar na prescrição médica e anotar no prontuário;
19. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
20. Registrar no prontuário eletrônico/ficha de atendimento:
    - O procedimento pertinente à passagem da sonda;
    - Presença de náuseas/vômitos;
    - Distensão abdominal;
    - Queixas;
    - Intercorrências e providências adotadas;
    - Nome completo e Coren do Profissional responsável pelo procedimento.

Retirada da sonda Nasogástrica

1. Confirmar a prescrição quanto à retirada da sonda Nasogástrica;
2. Lavar as mãos;
3. Preparar o material para retirar a sonda (máscara, luvas de procedimento, papel toalha, gaze, bandeja);
4. Explicar o procedimento ao paciente e/ou responsável;
5. Promover a privacidade ao paciente;
6. Posicionar o paciente em posição Fowler alta, exceto em caso de contraindicação médica;
7. Colocar as luvas de procedimento e a máscara;
8. Proteger o tórax do paciente com papel toalha;
9. Retirar a fixação da sonda nasogástrica;

10. Instruir o paciente a realizar uma respiração profunda e segurar;
11. Iniciar a retirada da sonda de modo lento e contínuo com o auxílio de gaze;
12. Proporcionar ao paciente material para higiene oral, se necessário;
13. Proceder à limpeza das narinas com auxílio de cotonete ou gaze;
14. Recolher o material e desprezá-lo conforme descarte de resíduos de serviço de saúde;
15. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
16. Higienizar as mãos
17. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
18. Registrar no prontuário eletônico/ficha de atendimento:
    - O procedimento;
    - Motivo;
    - Reação do cliente;
    - Intercorrências e providências adotadas;
    - Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 32
LAVAGEM GÁSTRICA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Realizar lavagem gástrica.	
Justificativa		Contribui para reduzir hemorragia gástrica e desintoxicação por ingestão de substâncias tóxicas.	
Quando aplicar		De acordo com prescrição medica.	
Executante:		Enfermeiro ou Médico	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (luvas de procedimento, jaleco e máscara), frasco vazio de soro, esparadrapo, seringa de 20 ml, estetoscópio, sonda nasogástrica de grosso calibre (proporcional),xilocaína 2% gel, medicação e/ou solução conforme prescrição médica, gazes.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Verificar a prescrição médica para lavagem nasogástrica;
2. Lavar as mãos;
3. Organizar o material necessário;
4. Explicar o procedimento ao paciente/responsável;
5. Colocar os EPIs;
6. Passar a sonda nasogástrica, conforme POP específico;
7. Introduzir a medicação ou solução prescrita, aguardar para drenar conforme a prescrição;
8. Conectar o frasco de soro vazio na extremidade da sonda;
9. Repetir o procedimento seguindo à prescrição médica;
10. Recolher o material e descartar conforme segregação de resíduos;
11. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

12. Higienizar as mãos;
13. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
14. Registrar no prontuário eletrônico /ficha de atendimento:
    - O procedimento pertinente à passagem da sonda;
    - Quantidade infundida;
    - Presença de náuseas/vômitos;
    - Distensão abdominal;
    - Quantidade e Aspecto do material coletado
    - Nome completo e Coren do Profissional responsável pelo procedimento.

RECOMENDAÇÕES:

A indicação da descontaminação gastrointestinal depende da substância ingerida, do tempo decorrido da ingestão, dos sintomas apresentados e do potencial de gravidade do caso, portanto recomenda-se avaliação criteriosa do nível de consciência do paciente, antes de iniciar o procedimento e sempre considerar intubação oro traqueal, caso julgar necessário, para proteção de vias aéreas.

Os benefícios maiores desse procedimento estão nas seguintes situações:

- Na ausência de fatores de risco para complicações, como torpor e sonolência;
- Na ingestão de quantidades potencialmente tóxicas da(s) substância(s);
- Nas ingestões recentes, isto é, até 1 a 2 horas da exposição.

LAVAGEM GÁSTRICA

É contraindicada na ingestão de cáusticos, solventes e quando há risco de perfuração e sangramentos. Evitar a infusão de volumes superiores aos indicados, pois pode facilitar a passagem da substância ingerida pelo piloro e aumentar a absorção do agente tóxico.

Deve-se utilizar sonda de grande calibre, adultos de 18 a 22 e crianças de 10 a 14, mantendo o paciente em decúbito lateral esquerdo para facilitar a retirada do agente tóxico, e diminuir a velocidade do esvaziamento gástrico para o intestino.

- Infundir e retirar sucessivamente o volume de SF 0,9% recomendado de acordo com a faixa etária, até completar o volume total recomendado ou até que se obtenha retorno límpido, da seguinte maneira :

Crianças : 10 mL/Kg por infusão até volume total de:

Escolares: 4 a 5 L.

Lactentes: 2 a 3 L.

RN: 0,5 L.

Adultos: 250 mL por vez até um volume total de 6 a 8 L ou até que

retorne límpido.

CARVÃO ATIVADO (CA)

É um pó obtido da pirólise de material orgânico, com partículas porosas com alto poder adsorvente do agente tóxico, que previne a sua absorção pelo organismo.

Geralmente, é utilizado após a LG, mas pode ser utilizado como medida única de descontaminação GI. Nestes casos, a administração pode ser por via oral sem necessidade da passagem de sonda nasogástrica.

Na maioria das vezes deverá ser utilizado em dose única, porém pode ser administrado em doses múltiplas como medida de eliminação, em exposições a agentes de ação prolongada ou com circulação enterro hepática, como o fenobarbital, carbamazepina, dapsona, clorpropramida, dentre outros.

As formas de administração estão descritas a seguir:

- Dose Única:

Crianças: 1 g/kg, em uma suspensão com água ou SF 0,9% na proporção de 4-8 mL/g.

Adultos: 50 g em 250 mL de água ou SF 0,9%.

CONTRA INDICAÇÕES DA UTILIZAÇÃO DO CARVÃO ATIVADO:

- RN, gestantes ou pacientes muito debilitados, cirurgia abdominal recente, administração de antídotos por VO.
- Pacientes que ingeriram cáusticos ou solventes ou que estão com obstrução intestinal.
- Pacientes intoxicados com substâncias que não são efetivamente adsorvidas pelo carvão, como os ácidos, álcalis, álcoois, cianeto e metais como lítio, ferro, entre outros.

COMPLICAÇÕES QUE PODEM OCORRER COM O USO DO CA:

- Constipação e impactação intestinal, principalmente quando utilizado em doses múltiplas.
- Broncoaspiração, especialmente, quando realizado em pacientes torporosos, sem a proteção da via aérea.

Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Obter amostra de diurese, livre de contaminação (cateter de alívio); Evitar a distensão da bexiga, aliviar a retenção urinaria crônica ou aguda e controlar débito urinário.	
Justificativa		Promover eliminação vesical e obter material para exame.	
Quando aplicar		De acordo com prescrição médica.	
Executante:		Enfermeiro, Médico	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Kit de cateterismo vesical(cuba rim, cúpula, gazes, campo fenestrado, pinça cheron),seringa de 10 e 20 ml, água destilada, lubrificante xilocaína gel 2%, agulha 40x12, antisséptico, clorexidina degermante e tópica, luvas estéreis, saco para lixo contaminado, adesivo, cateter vesical compatível com idade e indicação, coletor sistema fechado, material para lavagem externa (jarra e/ou bacia com água morna, comadre, sabonete líquido, toalhas ou compressas para higiene íntima) impermeável e EPIs (luvas de procedimento, jaleco, e máscara), biombo e foco de luz, saco plástico.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Confirmar a prescrição médica do procedimento;
2. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente;
3. Organizar o material necessário;
4. Promover a privacidade do paciente;

5. Higienizar as mãos;
6. Colocar os EPIs;
7. Proceder à higiene íntima, se necessário, conforme POP específico ou orientar ao paciente para que realize;
8. Colocar o impermeável sob a região glútea do paciente;
9. Retirar as luvas de procedimento e desprezá-la, conforme descarte de resíduos de serviço de saúde;
10. Higienizar as mãos;
11. Posicionar o paciente do sexo feminino em posição ginecológica. (Com os joelhos flexionados, pés apoiados sobre a cama e as pernas afastadas), expondo somente os genitais;
12. Posicionar o paciente do sexo masculino em decúbito dorsal horizontal;
13. Abrir o pacote e dispor os materiais estéreis (cateter, coletor, sistema fechado, gaze, agulha, seringas, campo fenestrado) abertos na lateral e sobre a gaze a solução de xilocaína gel a 2 %, dispensar o antisséptico na cuba rim;
14. Colocar as luvas estéreis;
15. Conectar a seringa na agulha e solicitar auxílio para um componente da equipe e aspirar à água destilada, com seringa de 10 ml sem a contaminação da mesma;
16. Realizar a testagem do balão insuflando com a seringa 10 ml de ar;
17. Conectar a sonda vesical ao coletor sistema fechado e fechar as presilhas de drenagem da bolsa coletora;
18. Dobrar as gazes em quatro dispondo-as na cúpula;
19. Proceder à antissepsia com as gazes montada em pinça Cheron umedecidas na solução antisséptica;

SVD FEMININA:

a) Realizar a antissepsia no sexo feminino com gazes com movimento firme e único nos grandes lábios, do lado mais distante, de cima para baixo, no sentido anteroposterior (clitóris e ânus) desprezando as gazes no saco plástico, fazendo o mesmo procedimento com o outro lado;
b) Afastar os grandes lábios com a mão esquerda, utilizando o dedo polegar e indicador e proceder do mesmo modo a antissepsia dos pequenos lábios;
c) Realizar a antissepsia do meato uretral, com movimento único no sentido anteroposterior;
d) Colocar o campo fenestrado;
e) Lubrificar a sonda com a gaze contendo o anestésico;
f) Pedir para relaxar a musculatura do quadril e introduzir a sonda no meato uretral lentamente até ocorrer retorno da urina;

g) Em seguida para insuflar o balonete com 10 ml água destilada ou de acordo com o número da sonda;
h) Testar se a sonda está fixa, puxar delicadamente, até apresentar resistência, retirar o campo;
i) Fixar a sonda com fita adesiva/ esparadrapo na extensão do coletor na região interna da coxa, sem tracionar, posicionando a bolsa coletora adequadamente;

SVD MASCULINA:

a) Iniciar a antissepsia da região genital no sexo masculino: segurar o pênis com a mão não dominante protegida com gaze estéril, afastar o prepúcio e procedera antissepsia do meato urinário para o corpo do pênis, utilizar movimento único com uma nova gaze por vez, desprezando as mesmas no saco plástico;
b) Colocar o campo fenestrado;
c) Injetar lentamente o lubrificante na uretra, ocluindo por 2 a 3 minutos o meato urinário a fim de não ocorrer o retorno da solução;
d) Introduzir a sonda, cuidadosamente até sua bifurcação e drenagem da diurese;
e) Constatar o retorno da diurese e após injetar água destilada para insuflar o balonete;
f) Retirar o campo fenestrado;
g) Certificar que a sonda está na bexiga, tracionando-a delicadamente até obter resistência;
h) Reposicionar o prepúcio recobrindo a glande quando não for circuncisado;
i) Proceder a fixação da sonda na região superior da coxa ou na região supra púbica com o pênis direcionado ao tórax sem tracionar;

20. Desprezar após o término do procedimento, o material conforme descarte de resíduos de serviço de saúde;
21. Encaminhar os demais instrumentais para o expurgo;
22. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;
23. Deixar a unidade em ordem;
24. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
25. Higienizar as mãos;
26. Checar a prescrição médica, anotar na bolsa coletora a data do procedimento, horário, nº da sonda, quantos ml de água que foi infundido no balonete e nome competo e Coren do profissional responsável;

27. Fazer a anotação no Prontuário eletrônico/ficha de atendimento :

- Data e horário da execução do procedimento;
- Quantidade e característica da diurese drenada;
- Volume da água destilada injetada no balonete;
- Intercorrências (se houver);
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento;

RETIRADA DA SONDA:

1. Verificar a prescrição médica sobre a retirada da sonda;
2. Higienizar as mãos;
3. Reunir o material necessário e o equipamento de proteção individual (luvas de procedimento, gazes, chumaço, seringa de 20 ml);
4. Explicar o procedimento realizado ao paciente, colocando biombo ao redor do leito;
5. Colocar as luvas de procedimento;
6. Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com os membros inferiores estendidos (sexo masculino) e em abdução (sexo feminino);
7. Expor a região genital e colocar um chumaço sob a região;
8. Clampear a extensão do sistema de drenagem, retirando a fixação da sonda;
9. Conectar a seringa na via do balonete da sonda e aspirar à água destilada até desinsulflá-lo;
10. Informar o paciente o momento da retirada da sonda, retirando-a de modo lento e contínuo;
11. Colocar o paciente em posição confortável;
12. Encaminhar o material ao expurgo e desprezá-lo, conforme descarte de resíduos de serviço de saúde;
13. Deixar a unidade em ordem;
14. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
15. Higienizar as mãos;
16. Proceder a anotação de enfermagem no prontuário eletrônico /ficha de atendimento, com as seguintes informações:
    - Hora da retirada da sonda;
    - Cooperação do paciente;
    - Intercorrências e medidas adotadas;
    - Nome completo e Coren do profissional responsável pelo procedimento;

CISTOSTOMIA SUPRAPÚBICA

- Proceder com as mesmas condutas do cateterismo citado acima, exceto a

introdução de xilocaína no orifício em ambos os sexos devendo ser lubrificada a sonda com a gaze contendo o anestésico; porém a sonda vesical de demora é colocada no orifício da região supra púbica;
RECOMENDAÇÕES: - Em pacientes acamados, com sonda vesical, deve-se realizar a higiene íntima após cada evacuação; - Sondas utilizadas para cateterismo vesical: mulher -12; 14, 16, homem 16; 18; 20; 22, criança de 4 a 10; - Observar e anotar o volume da diurese, cor e o aspecto; - O sistema de drenagem deve ser fechado obrigatoriamente toda a vez que for manipulado, o mesmo não deve ser aberto para realizar coleta de exames; - Indicações para troca da sonda e do sistema coletor são as seguintes: obstrução, presença de resíduos no sistema, diurese com aspecto purulento, febre de origem não determinada, desconexão acidental ou ruptura, contaminação do sistema por técnica inapropriada na instalação e manuseio; - Alternar fixação diariamente da sonda a fim de evitar lesões; - Realizar exercício/fisioterapia vesical 24 horas antes de retirar a sonda; 2/2 horas, fechar o clamp ou de acordo com a necessidade; - Observar se acontece micção espontânea após a retirada da sonda; - Os coletores de diurese devem ser esvaziados a cada 6 horas e jamais devem ser posicionados em um nível acima da região púbica; - Retirada da sonda vesical de demora reduz a incidência de infecção urinária; - Em pacientes idosos, com hiperplasia prostática, necessita-se de uma sondagem lenta e cuidadosa para evitar sangramentos; - O prepúcio não poderá retomar a posição anatômica até que a sonda seja introduzida; - Fazer a higiene íntima com água e sabão pelo menos uma vez ao dia; - Não realizar lavagem da sonda vesical sem orientação médica.

Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .
Objetivos do Procedimento	Manter vias aéreas pérvias, retirar secreções do trato respiratório e da cavidade bucal, prevenir e auxiliar no tratamento de infecções respiratórias.
Justificativa	Manter perviedade das vias aéreas a fim de facilitar a troca gasosa.
Quando aplicar	De acordo com necessidade do paciente e da ausculta pulmonar; Possibilidade de bronco aspiração.
Executante:	Enfermeiro, técnico de enfermagem e médico.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Aspirador portátil ou a vácuo, frasco coletor e extensão, sonda de aspiração (nº de 8 a 20 de acordo com o tamanho da via aérea do paciente), ampola de água destilada ou soro fisiológico 0,9%, papel toalha, gazes, ambu, seringa de 5 ml, EPIs (máscara, óculos, luva estéril e de procedimento, avental).

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Confirmar a prescrição médica do procedimento;
2. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente se este apresentar escala de Coma de Glasgow acima de 8;
3. Lavar as mãos;
4. Organizar o material necessário;
5. Promover a privacidade do paciente;
6. Posicionar o paciente em decúbito elevado se não houver contraindicação;
7. Instalar oxímetro de pulso,

8. Colocar os EPIs;
9. Abrir a embalagem da sonda de aspiração sem contaminar e conectá-la na extensão;
10. Manter a sonda de aspiração na embalagem estéril;
11. Abrir o frasco de água destilada;
12. Manter todo o cateter na embalagem estéril.
13. Calçar primeiro a luva de procedimento na mão não dominante e depois a luva estéril na mão dominante
14. Expor o cateter e segurá-lo com a mão dominante.
15. Ligar o aspirador com a mão não dominante;
16. Umedecer o cateter com água destilada mergulhando no frasco verificando o funcionamento da pressão devida.
17. Medir a distância do lóbulo da orelha até a narina;
18. Introduzir a sonda clampeada em uma das narinas em direção a traqueia para aspirar a nasofaringe, ou inserir o cateter pelo lado da boca, em direção á traqueia para aspirar a orofaringe e em seguida aspire retirando a sonda, por no máximo 15 segundos;
19. Irrigar o cateter com água destilada e repetir o procedimento com o intervalo de no mínimo 20 a 30 segundos se uma aspiração adicional for necessária, e de acordo com a tolerância apresentada do cliente;
20. As narinas devem ser alternadas quando uma aspiração repetida for requerida;
21. Lavar a sonda no frasco de solução salina de acordo com necessidade;
22. Desligar o aspirador e desconectar a sonda da extensão;
23. Retirar as luvas envolvendo a sonda em seu interior e descartá-las;
24. Deixar a extremidade da extensão protegida;
25. Oferecer ou realizar higiene oral após a aspiração;
26. Remova o material e os EPIs desprezando conforme descarte de resíduos de serviço de saúde;
27. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
28. Lavar as mãos;
29. Anotar no prontuário eletrônico/ficha de atendimento:

- Data horário;
- O procedimento realizado destacando o aspecto e quantidade da secreção;
- Localização (vias, traqueostomia ou tubo endotraqueal)
- Possíveis intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do profissional responsável pelo procedimento.

RECOMENDAÇÕES

- Realizar a ausculta pulmonar antes e após o procedimento, a fim de avaliar os ruídos adventícios (roncos e estertores).

- Aspiração nasofaringe: em adultos introduzir a sonda cerca de 16 cm, em crianças com mais idade 8 a 12 cm, em lactentes e crianças pequenas de 4 a 8 cm, a regra prática consiste em mensurar a sonda da ponta do nariz a base da orelha. - Aspiração nasotraqueal: em adultos introduzir a sonda cerca de 20 cm e em crianças com mais idade de 14 a 20 cm e em lactentes crianças pequenas de 8 a 14 cm.
OBSERVAÇÕES - Conforme a resolução COFEN 557/2017, o profissional técnico de enfermagem realizará a aspiração de vias aéreas de pacientes não críticos após avaliação e prescrição do enfermeiro ou em casos de emergência.

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**	**POP N° 35**
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL		

Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**

Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .
Objetivos do Procedimento	Manter vias aéreas pérvias, retirar secreções do trato respiratório, prevenir e auxiliar no tratamento de infecções respiratórias, evitar formação de rolhas.
Justificativa	Manter perviedade das vias aéreas a fim de facilitar a troca gasosa.
Quando aplicar	De acordo com necessidade do paciente.
Executante:	Enfermeiro, técnico de enf e médico.

MATERIAIS NECESSÁRIOS
Aspirador portátil ou a vácuo, frasco coletor e extensão, sonda de aspiração (nº de n°12 a 14 para adultos e de nº 8 a 10 para crianças), ampola de água destilada ou soro fisiológico 0,9%, papel toalha, gaze, seringa de 10 ml, EPIs (máscara, óculos, luva estéril e de procedimento, avental, gorro)
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO ➢ Confirmar a prescrição médica do procedimento; ➢ Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;

- Lavar as mãos;
- Verificar se todos os materiais necessários estão à beira leito, se não, levar até o leito do paciente;
- Colocar equipamentos de proteção individual;
- Posicionar o paciente com cabeceira elevada à 30º - 45º senão houver contraindicação;
- Abrir e testar o funcionamento do sistema de aspiração;
- Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao aspirador (mantendo-a mdentro do invólucro)
- Instituir no ventilador mecânico a FIO2 a 100 % ou modo aspiração (se disponível) com o objetivo de elevar o conteúdo arterial de O2 antes do procedimento;
- Desligar o alarme do ventilador mecânico, temporariamente;
- Calçar as luvas estéreis na mão dominante por cima da luva de procedimento;
- Retirar a sonda do pacote com a mão dominante; •
- Desconectar a traqueia do respirador com a mão não dominante ou solicitar a outra pessoa para desconectar (deixar a extremidade distal suspensa – sem contato com o paciente ou roupas de cama do mesmo);
- Pinçar a borracha do vácuo ou a sonda de aspiração;
- Avisar ao paciente que irá iniciar o procedimento;
- Introduzir a sonda de aspiração no tubo orotraqueal ou nasotraqueal ou traqueostomia, quando perceber uma resistência (carina) elevá-la 1 ou 2 cm e então liberar o vácuo de aspiração, realizar movimentos lentos de vai e vem e retirar lentamente a sonda. Não ultrapassar 10 segundos devido ao risco de hipoxemia;
- Conectar a traquéia do ventilador novamente e aguardar o paciente se recuperar; repetindo o procedimento, quantas vezes for necessário;
- Aspirar as vias aéreas superiores, primeiro introduzir a sonda pinçada na cavidade nasal, liberar o vácuo e aspirar; na sequência introduzir a sonda pinçada na cavidade oral, liberar o vácuo e aspirar;
- Enrolar a sonda de aspiração na mão e retirar a luva de modo que a sonda fica dentro da luva; Desprezá-las no lixo infectante,
- Lavar a borracha de aspiração com um frasco de 10 ou 20 ml de água estéril;
- Desligar o sistema de vácuo e proteger sua ponta
- Limpar ao redor do estoma com gazes umedecidas em soro fisiológico, retirando toda a secreção;
- Colocar uma gaze seca dobrada ao redor do óstio da traqueotomia;
- Proceder a limpeza da cânula e da endocânula com soro fisiológico e

recolocar no paciente;

- Realizar a ausculta pulmonar pelo profissional enfermeiro antes e após o procedimento, a fim de avaliar os ruídos adventícios (roncos);
- Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde
- Registrar o nome completo e Coren do profissional responsável pelo procedimento

RECOMENDAÇÕES

- Monitorizar os sinais vitais, SpO2 e sinais de desconforto respiratório antes, durante e após o procedimento;
- Certificar que a FiO2 no VM retornou ao valor anterior; • Não recomendase injetar soro fisiológico ou água destilada pelo tubo ou traqueostomia e ambuzar o paciente, pelo possível deslocamento de bactérias presentes no biofilme da VA artificial para trato respiratório inferior. Se necessário, recomenda-se a instilação de 2 ml de solução seguida de aspiração com o objetivo de facilitar a introdução da sonda, estimular a tosse e ajudar na remoção de secreções espessas ou “rolhas”;
- Não limpar a sonda entre as aspirações com líquidos colocados em recipiente não estéril (copinhos ou frascos) caso a sonda suja trocá-la;
- O tamanho da sonda de aspiração deve ser a de menor diâmetro possível para uma sucção adequada, recomenda-se utilizar a seguinte formula para escolher o tamanho ideal: N° da sonda=(n° do TOT/TQT - 2)x2;
- Não manter nova sonda de aspiração conectada ao látex;
- Realizar o procedimento após a fisioterapia respiratória e/ou sempre que houver sinais de acúmulo de secreções;
- Quando o frasco de aspiração estiver com dois terços de sua capacidade esvaziá-lo antes do procedimento;
- É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores antes de procedimentos como banho, baixar a cabeceira para realizar procedimentos;
- No caso de aspirar pacientes com TQT sem suporte ventilatório, afastar o dispositivo de oxigenoterapia ou nebulização, se presente antes de aspirar, seguindo a técnica de aspiração de vias aéreas.

ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL SISTEMA FECHADO

- Higienizar as mãos
- Verificar se todos os materiais necessários estão à beira leito, se não, levar até o leito do paciente; • Utilizar equipamentos de proteção

individual;

- Colocar EPIs
- Posicionar o paciente com cabeceira elevada à 30º - 45º; senão houver contra indicação
- Explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
- Aspirar soro fisiológico em uma seringa de 20 ml;
- Abrir e testar o funcionamento do sistema de aspiração;
- Ajustar no ventilador mecânico a FIO2 a 100 % ou modo aspiração (se disponível) com o objetivo de elevar o conteúdo arterial de O2 antes do procedimento;
- Desligar o alarme do ventilador mecânico, temporariamente;
- Conectar a ponta do sistema de aspiração fechado ao látex de aspiração;
- Girar a trava de segurança do sistema de aspiração fechado para abrir o sistema de vácuo;
- Introduzir a sonda do sistema de aspiração no tubo orotraqueal ou nasotraqueal ou traqueostomia, quando perceber uma resistência (carina) elevá-la 1 ou 2 cm e então liberar o vácuo de aspiração apertando o clampe do sistema, realizar movimentos lentos de vai e vem e retirar lentamente a sonda. Não ultrapassar 10 segundos devido ao risco de hipoxemia;
- Adaptar a seringa de 20 ml (com água ou solução fisiológica) no local recomendado; • Lavar a sonda do sistema injetando a água destilada ou solução fisiológica e sugando ao mesmo tempo, entre as aspirações e ao final do procedimento; • Realizar o procedimento, quantas vezes for necessário;
- Desconectar a seringa e mantê-la protegida em seu invólucro estéril;
- Travar a válvula de segurança do sistema de aspiração fechado;
- Desconectar o vácuo do sistema de aspiração fechado;
- Colocar a tampa protetora do sistema de aspiração fechado;
- Conectar o intermediário de aspiração à uma sonda de aspiração n° 8 , 10 ou 12 e aspirar as vias aéreas superiores, primeiro introduzir a sonda pinçada na cavidade nasal, liberar o vácuo e aspirar; na sequência introduzir a sonda pinçada na cavidade oral, liberar o vácuo e aspirar;
- Lavar o intermediário de aspiração com um frasco de 10 ou 20 ml de água estéril;
- •Desligar o sistema de vácuo e proteger sua ponta;
- Realizar a ausculta pulmonar;
- Organizar o leito do paciente;
- Retirar os EPIs ,recolher os materiais e descarta-lo, conforme descarte de resíduos de serviços de saúde;

- Higienizar as mãos,
- Evoluir no prontuário aspecto, quantidade de secreções e reações do paciente,
- Registrar o nome completo e Coren do profissional responsável pelo procedimento.

OBSERVAÇÕES

- Conforme a resolução COFEN 557/2017, o profissional técnico de enfermagem realizará a aspiração de vias aéreas de pacientes não críticos após avaliação e prescrição do enfermeiro ou em casos de emergência.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP		POP N° 36
REALIZAÇÃO DO ECG – ELETROCARDIOGRAMA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Registrar derivações para evolução clínica, diagnóstico.	
Justificativa		Obter parâmetros cardíacos, a fim de identificar patologias ou alterações cardíacas.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Eletrodos, caneta, estetoscópio e esfigmomanômetro, gel, álcool a 70%, gazes.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
2. Organizar o material necessário;
3. Promover a privacidade do paciente;
4. Lavar as mãos;
5. Conferir a prescrição médica;
6. Verificar a Pressão Arterial;
7. Preencher os dados do paciente, conforme documento apresentado, pressão arterial, médico solicitante, queixas e demais itens que se encontram no caderno de registro do eletrocardiograma;
8. Solicitar ao paciente para retirar a blusa, calçado e todos os adornos de metais;
9. Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com braços e pernas esticados;
10. Ligar o computador e clicar no ícone TEB preenchendo os campos,

conforme a solicitação do programa;

11. Friccionar com gazes e álcool a região onde serão colocados os eletrodos e as braçadeiras passando uma pequena quantidade de gel na parte metálica a fim de facilitar a fixação; Caso necessário aparar os pelos locais para evitar interferências;
12. Pôr as braçadeiras nos membros, para as derivações periféricas, seguindo a seguinte sequência: cabo vermelho no braço direito, cabo amarelo braço esquerdo, cabo verde perna esquerda, cabo preto em perna direita;
13. Colocar os eletrodos no tórax para as derivações precordiais da seguinte maneira:

    - V1 no 4°espaço intercostal na borda direita do esterno;
    - V2 no 4º espaço intercostal na borda esquerda do esterno;
    - V3 no meio do espaço entre V2 e V4;
    - V4 no 5º espaço intercostal na linha clavicular média;
    - V5 na linha axilar anterior esquerda no nível de V4;
    - V6 na linha axilar média esquerda no nível de V4;

14. Proceder a realização do ECG conforme o programa, em seguida salvar o exame e enviar à Call EGG https://www.callecg.com.br/sistema/index.php/admin/login seguindo os seguintes passos: clicar no link **Acessar Sistema**, conforme login e senha do funcionário localizado na parte superior direita da tela preencher os campos com as suas credenciais e clicar em **Acessar**, clicar no botão verde **Adicionar Exame** informando os seguintes dados: CPF, Nome completo , data de nascimento, sexo, telefone , se utiliza marcapasso, endereço, exame, Unidade, prioridade, sintomas e medicamentos, assinalar os campos caso haja comorbidades . Clicar no botão azul **Adicionar Arquivo** para anexar o exame do paciente e então clicar no botão verde **enviar exame**
15. Retirar as braçadeiras e eletrodos de metal procedendo a desinfecção dos mesmos com gazes umedecidas em álcool 70%, ao utilizar os eletrodos descartáveis desprezá-los conforme descarte de resíduos de serviço de saúde juntamente com as gazes utilizadas na desinfecção;
16. Higienizar as mãos;
17. Orientar o paciente para vestir as suas vestes, colocar seus pertences e aguardar o resultado do exame;
18. Passar para avaliação médica quando o resultado do exame apresentar alterações ou quando o paciente esteja com sinais e sintomas de dor e com sinais vitais alterados.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 37

DESINFECÇÃO CONCORRENTE DE CAMAS E ACESSÓRIOS

Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026

Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .
Objetivos do Procedimento	Manter camas e equipamentos limpos e desinfetados.
Justificativa	Proporcionar um ambiente agradável, seguro e prevenir o risco de infecção cruzada.
Quando aplicar	Quando o paciente receber alta da observação e deixar o leito.
Executante:	Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Luvas de procedimentos, panos, álcool a 70%, saco plástico, roupas de cama limpas.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Calçar as luvas de procedimento;
2. Retirar as roupas de cama e colocá-las no saco plástico para transportá-las posteriormente até o hamper;
3. Proceder à desinfecção friccionando com um pano umedecido em álcool 70% o colchão, travesseiros, grades, cabeceira, suporte de soro e mesa de cabeceira em sentido unidirecional por 30 segundos ; trocando o pano quantas vezes forem necessárias.
4. Retirar os EPIs; após o término da desinfecção, descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
5. Higienizar as mãos;
6. Arrumar a cama com lençóis limpos, modelo fechada;
7. Deixar o local em ordem.

RECOMENDAÇÕES:

Colocar em sacos plásticos separados as roupas de cama que estiverem com

presença de sangue e outras secreções como vômitos, fezes, urina;
Observar a arrumação da cama fechada conforme POP específico.

ATENDIMENTO AVALIAÇÃO E TRANSPORTE PRIMEIROS SOCORROS

Em todos os atendimentos prestados há três prioridades na chegada, ou seja, a **REGRA DOS TRÊS ESSES**:

1) **CENA DO ACIDENTE (SCENE)**
2) **SEGURANÇA NO ATENDIMENTO (SECURITY):** Segurança dos profissionais: (É obrigatório estar paramentado) Óculos de proteção; máscara cirúrgica, luvas de procedimento ou cirúrgica, jaleco. Posicionamento da viatura, sinalização e isolamento.

Segurança da vítima e dos curiosos;

3) **SITUAÇÃO (SITUATION)**

- O que realmente aconteceu?
- Qual o mecanismo de trauma (Cinemática)?
- Quantas vítimas envolvidas e qual a idade? ➢ É necessário reforço?

ACIDENTES AUTOMOBILÍSTICOS:

- Que tipo de impacto ocorreu frontal, lateral, traseiro, angular, capotamento ou ejeção?
- Qual a velocidade em que ocorreu o acidente?
- Estava a vítima utilizando dispositivos de segurança?
- Onde supostamente estão as lesões mais graves?
- Que forças estão envolvidas? Qual o caminho seguido pela energia?
- Quais órgãos podem ter sido lesados nesse caminho?
- A vítima é uma criança ou um adulto?

QUEDA:

- Qual a altura?
- Qual a distância de parada? ➢ Que parte do corpo foi primeiramente atingida?

EXPLOSÕES:

- Qual a distância entre a explosão e o paciente? ➢ Quais as lesões primárias, secundárias e terciárias que na explosão podem existir?

PENETRANTES:

- Onde está o agressor?
- Que arma foi usada?
- Se uma arma de fogo, qual o calibre e munição utilizada?
- A que distância e ângulo foi disparados?

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 38
ABORDAGEM PRIMÁRIA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Evitar agravamento das lesões existentes, estabilizando o paciente.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Em casos de vítimas de acidentes.	
Executante:		Equipe de enfermagem	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs, (luvas de procedimento, jaleco e se necessário máscara cirúrgica e óculos de proteção) colar cervical nos tamanhos (PP, P, M e G), cintos, imobilizador lateral de cabeça, tábua de imobilização álcool gel a 70% cilindro com fluxômetro e umidificador, água destilada, máscara com reservatório.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da "**REGRA DOS TRÊS ESSES"**

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Seguir as seguintes etapas:

O Profissional 1estimula verbalmente a vítima, se identificando, falando diretamente com a mesma, com o objetivo de avaliar sua resposta, mesmo que a vítima pareça inconsciente , pois essa resposta vai auxiliar na identificação da qualidade do nível de consciência da vítima. Por exemplo, olhando para a vítima o profissional 1 fala: Senhor (a) , está me ouvindo? Meu nome é--------sou e vou te ajudar.

Deverá o profissional 1 avisar a vítima que o profissional 2 irá estabilizar a coluna cervical, portanto caso não haja resposta a vítima deve realizar o método AVDI(**A**lerta, resposta **V**erbal, resposta á **D**or e **I**nconsciência) para determinar

o nível de consciência , estando alerta que o rebaixamento do nível de consciência pode gerar desproteção de vias aéreas.

X – Representa o controle de hemorragias externas graves:" Utilizar torniquetes, compressão direta com curativos compressivos , conforme protocolo especifico de controle de hemorragias, esta abordagem deve ser antes mesmo do manejo das vias aéreas, pois epidemiologicamente, apesar da obstrução de vias aéreas ser responsável pelos óbitos em um curto período de tempo , o que mais mata no trauma são as hemorragias graves.

A – Vias Aéreas com controle cervical: verificar se está permeável (aberta e limpa). Em caso de comprometimento das vias aéreas a mesma precisa ser aberta, por métodos manuais (elevação do mento no trauma ou tração da mandíbula) e se, necessário remoção de sangue, substâncias orgânicas e corpos estranhos. No entanto, se a vitima estiver inconsciente desobstruir as vias aéreas, aspirar cavidade oral se necessário, colocar cânula de guedel, conforme POP específico e verificar se a respiração está adequada seguindo a técnica ver ouvir e sentir.

B – Verificar a respiração: observar o movimento do tórax descoberto, ouvir os sons da respiração na boca e no nariz, sentir o ar passando para dentro e para fora do nariz ou da boca. Se a vítima estiver respirando, verificar a frequência respiratória, som e profundidade, condição do diafragma e dos músculos do tórax, fornecer suporte ventilatório com oxigênio de 12 a 15 litros/minuto com máscara com reservatório se saturação menor que 94% ou conforme a orientação médica, continuando a avaliação primária;

C – Verificar circulação: palpar os seguintes pulsos: pulso carotídeo ou femoral para vítimas inconscientes e pulso braquial para bebês, pulso radial para vítima consciente. Avaliar ingurgitamento de jugulares, perfusão periférica, coloração, temperatura, umidade da pele e enchimento capilar, fazendo uma pressão na base da unha ou nos lábios de maneira que a coloração passa de rosada para pálida retirando a pressão a coloração rosada deve retornar num tempo inferior a dois segundos.

D – Avaliação neurológica: avaliar nível de consciência e reação das pupilas;

Nível de consciência – Escala de Glasgow – COMA

Proceder ao exame das pupilas com auxílio de uma lanterna.

Midríase: aumento do diâmetro (pessoas inconscientes ou em óbitos)

Miose: diminuição do diâmetro (em presença de pouca luz, podem indicar intoxicação por drogas ou doença do sistema nervoso central). **Isocóricas:** pupilas normais ou simétricas, com diâmetros iguais.

Anisocóricas: pupilas anormais, assimétricas de diâmetros desiguais (sugerem traumatismo ocular ou cranioencefálico).

AVALIAÇÃO DO DIÂMETRO DAS PUPILAS		
SINAIS A SEREM OBSERVADOS	SITUAÇÃO	DIAGNÓSTICO-PROVÁVEL
	ISOCÓRICAS (NORMAIS): São simétricas e reagem à luz.	Esta condição é normal, porém deve-se reavaliar constantemente.
	MIÓSE: Ambas estão contraídas, sem reação à luz.	Lesão no sistema nervoso central ou abuso no uso de drogas (toxinas).
	ANISOCÓRICAS: Uma dilatada e outra contraída. (assimétricas)	Acidente vascular cerebral - AVC, Traumatismos Craniencefálico-TCE.
	MIDRÍSE: Pupilas dilatadas.	Ambiente com pouca luz, anóxia ou hipóxia severa, inconsciência, estado de choque, parada cardíaca, hemorragia, TCE.

E- Exposição da vítima: Expor a vítima no exame secundário, preservar o pudor, preferencialmente proceder a exposição dentro da ambulância, evitando a hipotermia, observando demais lesões de pele e fraturas;

Mensurar o colar cervical, conforme POP específico, se possível antes de colocar o colar cervical proceder ao exame físico do pescoço a fim de inspecionar o alinhamento da traqueia se desviada é sinal de trauma torácico, assimetria no pescoço, enfisema subcutâneo (sugestivo de lesão pulmonar), veias jugulares ingurgitadas, palpar a coluna cervical verificando o alinhamento ou a rigidez muscular, após o exame detalhado do pescoço, colocar o colar cervical;

Posicionar a vítima na prancha, mantendo o controle cervical com o colar, em seguida colocar o imobilizador lateral da cabeça e os cintos, seguindo a seguinte ordem: Tórax, pelve e membros inferiores, em seguida transportar a vitima até a ambulância.

Iniciar a abordagem secundária, conforme POP específico, seguindo com os passos do **E**, conforme citado acima;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde; Higienizar as mãos.

RECOMENDAÇÕES

As roupas podem ser removidas rapidamente cortando-as como indicado por linhas pontilhadas na figura abaixo

Após admitido a vítima na unidade de saúde, realizar avaliação e atentar para que o paciente fique o menor tempo possível sobre a tábua rígida, devido os riscos secundários.

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga.	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 39
Protocolo de Restrição de Movimento da Coluna Vertebal (RMC)		

Edição: 4º	Data da Emissão 06/2024	Data da Aprovação 06/2024	Próxima Revisão 06/2026

Elaborado por:	Enfermeira: Marcia Vanessa Corrêa de Almeida
Revisado e Aprovado por:	Enfermeira: Regianne Mara Pesck Betin
Objetivos do Procedimento	✓ Realizar a restrição do movimento da coluna. ✓ Proteger a coluna do paciente contra movimentos desnecessários
Executante:	Equipe de enfermagem

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão para a RMC:

Idade acima de 65 anos:

Pacientes idosos com idade além de 65 anos possuem alto risco para lesões da coluna vertebral.

Avaliação do nível e conteúdo da consciência:

Escala de coma de Glasgow (GCS):

Variáveis	Escore
Abertura Ocular - Espontânea	4
Ao som	3
À pressão	2
Ausente	1
Não testável	NT
Resposta Verbal - Orientada	5
Confusa	4
Palavras	3
Sons	2
Ausente	1
Não testável	NT
Resposta Motora - A ordens	6
Localizadora	5
Flexão normal	4
Flexão anormal	3
Extensão	2
Ausente	1
Não testável	NT

Pontuação com variação de 3 - 15 (estudo original), baseada na melhor resposta do paciente.

• GCS de 15 indica um paciente alerta, consciente, orientado, com abertura ocular espontânea e que obedece a comandos simples.

• Resposta motora é a que confere melhor relação com a gravidade e o prognóstico da vítima de trauma.

Pacientes devem ser classificados com alteração do nível e conteúdoda consciência, se:

• GCS < ou igual a 14.

• Desorientação no tempo e espaço, em relação a si mesmo ou à eventos do acidente.

• Resposta tardia ou inadequada à estímulos externos.

Pacientes serão considerados intoxicados, se:

• Relato, mesmo que por testemunhas, do uso recente de álcool ou drogas.

• Presença de odor etílico.

• Fala empastada.

• Incoordenação motora ou alteração do equilíbrio.

• Alteração de comportamento (agitação, agressividade).

. Teste do bafômetro positivo, se aplicado por autoridade competente.

Mecanismos perigosos:

Circunstâncias que conferem alto risco para lesões da coluna vertebral

e portanto indicam RMC:

• Queda além de 1 metro ou 5 degraus.

• Trauma axial (ex: mergulho).

• Acidente de alta energia, capotamento, ejeção do veículo, atropelamento, acidente com veículo recreacional (ex: quadriciclo, buggy, bicicleta de alta energia).

• Situação a qual pela análise da cinemática se julgue pertinente a RMC.

Circunstâncias ou lesões que causem distração:

Esta categoria integra qualquer condição que possa produzir dor

Suficiente para distrair o paciente de uma segunda lesão na coluna vertebral.

Exemplos podem incluir, mas não são limitados ao seguintes:

• Fraturas de ossos longos (tíbia, fíbula, fêmur, rádio, ulna e úmero).

• Lesões de órgãos torácicos e abdominais.

• Grandes lacerações, desluvamentos ou lesões por esmagamento.

• Grandes queimaduras.

• Qualquer outra lesão que produza prejuízo funcional agudo.

Pode-se classificar qualquer dano como do tipo distração, se potencial para prejudicar a capacidade do paciente de apreciar outras lesões.

Barreira linguística:

Pacientes com déficit de linguagem/audição ou estrangeiros que não compreendem o português tem indicação de RMC.

Avaliação de dor e/ou sensibilidade na coluna vertebral:

Palpar as vértebras individualmente a partir da base do crânio até a parte inferior do cóccix. Se resposta negativa à dor, para avaliação da coluna cervical, pedir ao paciente para que vire sua cabeça primeiramente para um lado (de modo que o queixo esteja apontando para o ombro) e, caso se mantiver sem dor, para o outro lado. O próximo passo então é com a cabeça rodada de volta à sua posição habitual, solicitar ao paciente que flexione e estenda o pescoço. Não se deve auxiliar o doente nas tentativas de movimentar a coluna cervical. Dor e/ou sensibilidade em qualquer momento da avaliação indica suspensão e RMC.

Deformidade anatômica da coluna:

• Palpação de crepitações ou alterações anatômicas no sentido cranio-

caudal, antero-posterior ou latero-lateral da coluna vertebral.

Avaliação de déficits motores:

• Atentar-se à redução de força (fraqueza muscular), analisando-se os 4 membros. Observar assimetrias superior-inferior e direita-esquerda.

• Para verificar a função motora dos membros superiores, solicite ao paciente para: flexionar o cotovelo de forma ativa e contra resistência (testa a função motora de C6 e C7), estender o cotovelo de forma ativa (C7), apertar as mãos do examinador (C7 e C8) e abduzir os dedos contra resistência (C8 e T1).

• Para verificar a função motora dos membros inferiores, peça ao paciente para: plantiflexionar os pés (S1 e S2) e dorsiflexionar os pés (L5).

Para avaliação dos membros inferiores, em paciente DEAMBULANDO

OU SENTADO EM CADEIRA, se não houver lesões impeditivas óbvias, peça para, alternadamente:

•Movimentar os pés contra a mão do socorrista, que deve colocar a palma da mão contra o dorso do pé do paciente.

•Movimentar os pés contra a mão do socorrista, que deve colocar a palma da mão contra a planta do pé do paciente.

Para avaliação dos membros inferiores, em pacientes EM DECÚBITO DORSAL, VENTRAL, LATERAL OU SENTADO NO SOLO, se não houver lesões impeditivas óbvias, peça para, alternadamente:

•Movimentar os pés contra a mão do socorrista, que deve colocar a palma da mão contra o dorso do pé do paciente.

•Movimentar os pés contra a mão do socorrista, que deve colocar a palma da mão contra a planta do pé do paciente.

A escala da Medical Research Council é uma alternativa para avaliação.

Qualquer pontuação < ou igual a 4 indica RMC. Os movimentos avaliados são: abdução do ombro, flexão do cotovelo, extensão do punho, flexão do quadril, extensão do joelho e dorsi flexão do tornozelo.

Graus	Significado
0	Não se percebe nenhuma contração muscular
1	Traço de contração muscular, sem produção de movimento
2	Contração muscular fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que no nível anterior

Avaliação de déficits sensitivos:

- Sensibilidade é a interface do indivíduo com o meio ambiente, sua percepção de tato, dor, temperatura, pressão e vibração.

- Avaliar a presença de hipoestesias (redução de sensibilidade), anestesias (ausência de sensibilidade), hiperestesia (aumento de sensibilidade) e parestesias (sensações cutâneas subjetivas), analisando-se os 4 membros. Observar assimetria s superior-inferior e direita-esquerda.

- Deve-se questionar o paciente sobre sintomas de queimação, dormência, adormecimento, pressão, agulhadas, formigamentos, “sensações estranhas” para caracterizar o déficit sensitivo

Durante o exame físico do paciente consciente e cooperativo, a equipe deve: Avaliar a percepção de tato superficial a partir do toque:

Analisar a função tátil superficial (toque leve em mãos e pés) e dolorosa (preensão em mãos e pés).

•Paciente deve fechar os olhos, enquanto o socorrista toca levemente uma de suas mãos e questiona: “O senhor sente eu tocar no seu corpo? Pode me dizer em qual mão ou dedo estou tocando?

•Repetir a ação nos pés.

Avaliar a percepção de dor a partir do toque:

•Paciente deve fechar os olhos, enquanto o socorrista faz um movimento de preensão (beliscão) nas mãos e pergunta: “Onde está doendo?”

•Repetir a ação nos pés.

Evolução TEMPORAL da avaliação do paciente:

Checklist:

Indicador	Sim	Não
Idade acima de 65 anos		
GCS < ou igual a 14		
Intoxicação exógena		
Mecanismo perigoso		
Lesão do tipo distração		
Barreira linguística		
Dor ou sensibilidade em coluna		
Deformidade anatômica		
Déficit sensitivo		
Déficit motor		
INDICAÇÃO DE RMC		

OBSERVAÇÃO Todos os achados devem ser rigorosamente registrados na ficha de atendimento/prontuário eletrônico .

Pacientes com déficits sensitivos e motores prévios devem sofrer restrição da coluna espinhal, uma vez que sua avaliação é prejudicada. Um dos profissionais estabiliza manualmente a coluna cervical desde o início do atendimento, enquanto outros membros da equipe realizam a avaliação primária e secundária, sendo analisada a indicação ou não da restrição de movimento da coluna.

A idade por si só não deve ser um fator decisivo para restrição da coluna vertebral, tanto para a criança pequena como para a criança que pode fornecer uma história confiável. Crianças pequenas apresentam barreiras de comunicação, mas isso não deve obrigar a indicação de restrição da coluna vertebral puramente pela idade.

A RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DA COLUNA NÃO ESTÁ INDICADA NO TRAUMA PENETRANTE ADULTO OU PEDIÁTRICO. NESSES CASOS, APRIORIDADE É O TRANSPORTE IMEDIATO AO HOSPITAL APROPRIADO.

Na escala de coma de Glasgow (GCS), a pontuação tem variação de 3

- 15 (estudo original) e é baseada na melhor resposta do paciente. A GCS de 15 indica uma vítima alerta, consciente, orientada, com abertura ocular espontânea e que obedece a comandos simples. Dentre os 3 indicadores da GCS, a “melhor resposta motora” é a que confere relação mais precisa coma gravidade e o prognóstico da vítima de trauma**.**

RECOMENDAÇÕES:

Após admitido a vítima na unidade de saúde, realizar avaliação e atentar para que o paciente fique o menor tempo possível sobre a tábua rígida, devido os riscos secundários.

Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .
Objetivos do Procedimento	Imobilizar a região cervical; Possibilitar maior segurança para a mobilização da vítima no local do acidente; Diminuir o risco de lesões secundárias.
Justificativa	Procedimento que visa reduzir o risco de lesão secundária.
Quando aplicar	O colar cervical deve ser colocado em vítimas de trauma, conforme o protocolo especifico de Restrição de Movimento da Coluna.
Executante:	Equipe de enfermagem/médica.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (luvas de procedimento, jaleco) colar cervical de diversos tamanhos PP, P, M, G. tábua, cintos, imobilizador lateral da cabeça, álcool gel a 70%.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da **"REGRA DOS TRÊS ESSES"**

Organizar o material necessário;

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Mensurar e colocar o colar cervical conforme técnica descrita abaixo;

Retirar os EPIs; após o término dos procedimentos citados abaixo descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Técnica para a escolha do tamanho do colar cervical:

Verificar com os dedos a distância da mandíbula a base do pescoço da vítima na linha do músculo trapézio, utilizando essa medida na seleção do tamanho

adequado do colar.

Técnica para colocar o colar cervical em vítima em pé:

Retirar adornos do pescoço da vítima antes de colocar o colar cervical;

Posicionar-se o profissional 1 tanto pela frente como por trás da vítima, realizando a estabilização e o alinhamento da cabeça e do pescoço da vítima; em seguida o profissional 2 seleciona o colar com o tamanho adequado passando o colar cervical pelo pescoço e fixar o velcro; mantendo a estabilização manual;

Técnica para colocar o colar cervical em vítima deitada:

Retirar adornos do pescoço da vítima antes de colocar o colar cervical;

Posicionar-se por trás da cabeça mantendo a estabilização neutra alinhada da cabeça e do pescoço da vítima, fixando-a com as duas mãos, apoiando os polegares na mandíbula e os demais dedos ao longo do crânio a partir do occipital, a fim de permitir o posicionamento do colar. O outro profissional deverá posicionar-se, inicialmente, a face posterior do colar por trás do pescoço da vítima e então, trazer a face anterior do colar para frente do pescoço posicionando-o na linha média;

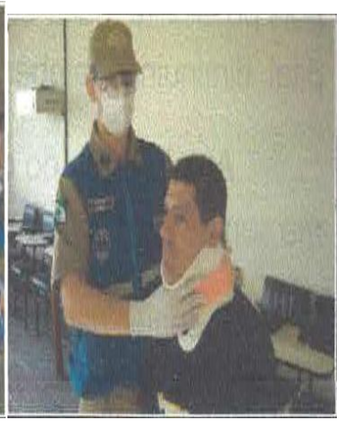
Verificar se o colar está apoiado na mandíbula, no occipital e no tronco, depois disso o segundo profissional deve aplicar uma leve compressão lateral e fechar o colar com a tira de velcro;

Técnica para colocar o colar cervical com a vítima sentada:

Retirar adornos do pescoço da vítima antes de colocar o colar cervical; Aproximar-se por trás da vítima posicionando os polegares no nível do occipital e os dedos indicadores e médios pressionando a mandíbula, após posicionar as mãos realizar os movimentos de alinhamento leve, apoiando a região hipotênar das mãos junto à base do pescoço. Este movimento deverá conduzir a cabeça da vítima até o total alinhamento tanto antero posterior quanto lateral. Em seguida outro profissional posiciona o colar cervical previamente selecionado por baixo da mandíbula da vítima. Na sequência, apoia a extremidade inferior do colar no externo, garantindo seu alinhamento junto à linha média da vítima, para que o primeiro profissional possa elevar os dedos indicadores e médios para possibilitar o posicionamento da parte posterior do colar cervical;

Deverá o segundo profissional posicionar a porção posterior do colar apoiando-a no occipital e na parte superior do tronco o qual deve envolver totalmente o pescoço evitando compressão da via aérea e dos vasos sanguíneos,

pressionará para isso levemente as porções laterais do colar a fim de garantir o ajuste adequado, este ainda deverá estender a tira de velcro e prende-la na outra face para fixar o colar, tendo cuidado para não realizar uma tração excessiva da tira de velcro uma vez que pode desalinhar o colar.



RECOMENDAÇÕES

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Em todas as posições após a colocação e fixação do colar cervical, a estabilização manual da cabeça e do pescoço é mantida até que a vítima seja fixada na tábua e o equipamento de imobilização lateral da cabeça seja colocado.

Quando a vítima se encontra em decúbito ventral a vítima deve ser girada na direção oposta daquela para onde sua face está direcionada. Um profissional alinha e estabiliza manualmente a cabeça e o pescoço da vítima, enquanto o segundo profissional ajoelha-se na direção da metade do tórax da vítima e segura o ombro, o punho e a pelve do lado oposto. O terceiro profissional ajoelha-se na altura dos joelhos da vítima e segura o punho, a pelve e as extremidades inferiores.

A prancha longa é colocada na borda lateral e posicionada entre a vítima e os profissionais; sendo a mesma rolada lateralmente, portanto a cabeça roda menos do que o tronco, de tal forma que, no momento em que a vítima estiver sobre seu lado perpendicular ao chão, a cabeça e o tronco estarão adequadamente alinhados.

Assim que a vítima estiver deitada em posição supina sobre a prancha longa, deve ser movimentada para cima e na direção do centro da prancha, portanto os profissionais devem tomar cuidado para não puxar a vítima, mas sim para manter a estabilização alinhada em posição neutra, portanto assim que a vítima estiver posicionada corretamente sobre a prancha/tábua longa, o colar cervical deve ser colocado seguindo a mesma técnica em vítima deitada.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 40
ABORDAGEM SECUNDÁRIA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Identificar lesões ou problemas não observados durante a avaliação primária.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Em casos de vítimas de acidentes.	
Executante:		Equipe de enfermagem/médica.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs, (luvas de procedimento, jaleco, máscara cirúrgica e óculos de proteção), álcool gel a 70%.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Promover a privacidade do paciente;

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Iniciar a abordagem secundária depois de completa a abordagem primária; pois é um exame mais profundo, baseado no exame físico, só deve ser realizado se o tempo e a condição do paciente permitir.

Expor a vítima preferencialmente dentro da ambulância, preservando o seu pudor.

Obter a história clínica da vítima, utilizando o método SAMPLA:

Nome e idade;

Queixa principal; **S:**

verificação de Sinais Vitais:

- Respiração (frequência, ritmo e amplitude);
- Pulso (frequência, ritmo e Amplitude);
- Pressão arterial;

- Saturação de Oxigênio;
- Pele (Temperatura, cor, turgor e umidade);
- Mensurar a glicemia capilar se possível;

A: alergias (perguntar à vítima sobre possíveis alergias);

M: medicamentos (perguntar sobre as medicações que faz uso);

P: passado medico (o paciente possui histórico de problemas de saúde ou doença prévia);

L: líquidos e alimentos (horário da última ingestão de líquidos ou alimentos);

A: ambiente que levou ao trauma (que eventos levaram ao incidente).

Realizar a avaliação da cabeça aos pés:

Realizar a inspeção: cor da pele, sudorese, simetria, alinhamento, deformidade e ferimento;

Verificar na palpação: deformidade, crepitação, rigidez, flacidez, temperatura e sudorese, durante todo o exame segmentar, manter-se atento a sinais de dor ou a modificações das condições verificadas na abordagem primária da vítima;

Iniciar o exame físico detalhado no sentido cefalopodálica:

Cabeça: Inspeção e palpação de crânio e face, a procura de deformidades, crepitações, observar perda de liquor ou sangue pelas narinas (rinorragia) e pela orelha (otorragia), verificar se há hematoma retro auricular (sinal de Batlle), observar equimose periorbitária (olhos de Guaxinim) que indica lesão cerebral de base do crânio; verificar pupilas quanto ao diâmetro, reação a luz e simetria pupilar; palpe o maxilar e a mandíbula;

Pescoço: Caso não tenha feito o exame físico na abordagem primária quando colocou o colar cervical proceda da seguinte maneira: Mantendo o controle cervical, retire o colar e os lateralizadores, a fim de inspecionar o alinhamento da traqueia se desviada é sinal de trauma torácico, assimetria no pescoço, enfisema subcutâneo (sugestivo de lesão pulmonar), veias jugulares ingurgitadas, palpar a coluna cervical verificando o alinhamento ou a rigidez muscular, após o exame detalhado do pescoço, recolocar o colar cervical e os lateralizadores;

Tórax: observar presença de ferimentos e simetria anatômica, respiração paradoxal (irregular), uso da musculatura acessória, áreas de palidez, hematomas, deformidades, crepitações, rigidez, temperatura e sudorese. Palpar as costelas e os ossos da clavícula observando crepitação sinal que indica fratura das costelas; escute os sons da respiração nas bases e ápices dos pulmões;

Abdômen: inspecionar sinais de distensão e rigidez (abdômen em tábua) que pode indicar hemorragia interna (rompimento de baço); palpando gentilmente o abdômen;

Quadril: comprima gentilmente a pelve e as cristas ilíacas. Palpar o púbis no sentido antero posterior e inspecionar genitais se sugerir lesões;

Membros inferiores: inspecionar e palpar até os pés, observando ferimento, alinhamento, deformidade, flacidez, rigidez e crepitação. Onde suspeitar de ferimento ou fratura cortar a roupa. Retirar calçados e meias. Examinar a mobilidade articular ativa e passiva. Realizar movimentos suaves e firmes de flexão, extensão e rotação de todas as articulações. Proceder a palpação de pulsos, tornozelos e pés. Verifique pulso, enchimento capilar, mobilidade articular, força motora e sensibilidade;

Membros superiores: inspecionar e palpar dos ombros em direção as mãos, observando ferimentos, alinhamento, deformidade, flacidez, rigidez e crepitação, cortar a roupa onde houver suspeita de ferimento ou fratura. Executar movimentos suaves e firmes de flexão, extensão e rotação em todas as articulações. Testar a simetria da força muscular nas mãos. Verifique pulso, enchimento capilar, mobilidade articular, força motora, sensibilidade;

Dorso: Manter o controle cervical e o colar, retirar os lateralizadores, proceder a manobra de rolamento a noventa graus para examinar o dorso. Inspecionar alinhamento da coluna vertebral e simetria das duas metades do dorso. Palpar a coluna vertebral em toda a sua extensão, a procura de edema, hematoma e crepitação. Terminado o exame do dorso, rolar a vítima sobre a tábua; mantendo sempre o controle cervical, colocar os cintos de fixação no tórax, pelve, o imobilizador lateral de cabeça e o cinto nos membros inferiores;

Proceder à reavaliação do **XABCDE** quantas vezes for necessário, principalmente em vítimas inconscientes, reavaliando escala de **Glasgow** e de Trauma;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos

Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento com o nome completo e Coren do profissional.

RECOMENDAÇÕES:

Após admitido a vítima na unidade de saúde, realizar avaliação e atentar para que o paciente fique o menor tempo possível sobre a tábua rígida, devido os riscos secundários.

Parâmetros da respiração:

Frequência: normal, lenta, rápida.

Amplitude: profunda ou superficial, silenciosa ou ruidosa.

Ritmo: regular e irregular.

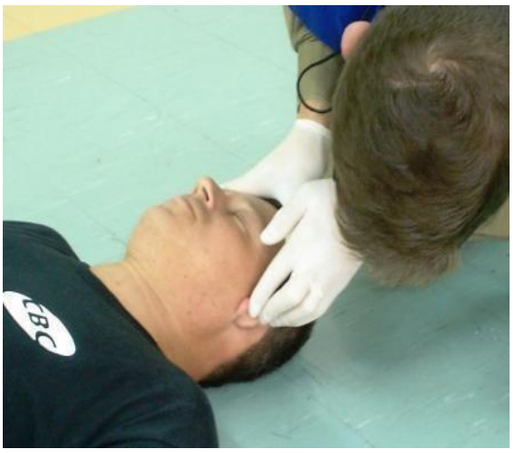
Parâmetros do pulso:

Frequência: normal, lento, rápido.

Amplitude: forte- cheio, fraco- fino ou filiforme.

Ritmo: regular e irregular.

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti -sepsia das mãos



Escore de Trauma no Adulto

Pontuação	FR	PA	Glasgow
0	0	0	3
1	1 - 5	1 - 49	4 - 5
2	6 - 9	50 - 75	6 - 8
3	> 29	76 - 89	9 - 12
4	10 - 29	>89	13 - 15

- Trauma Grave: 0 - 6[
- Trauma Moderado: 7 - 10[
- Trauma Leve: 11 - 12[

Escore de Trauma em Crianças

Avaliação	Escore		
	+2	+1	-1
Peso	>20 kg	10 a 20 kg	<10 kg
Vias Aéreas	Normal	Vias Aéreas Nasal ou Oral	Intubação ou Traqueostomia
Pressão Arterial	>90 mmHg	50 a 90 mmHg	<50 mmHg
Nível de Consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
Lesões Abertas	Nenhuma	Menor	Maior ou Penetrantes
Fraturas	Nenhuma	Menor	Múltiplas ou Penetrantes

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 41
RETIRADA DE CAPACETE			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Prevenir lesões secundárias removendo o capacete, fazendo a restrição do movimento da coluna.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Em vítimas de acidentes automobilísticos.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS EPIs (jaleco, luvas de procedimento), colar cervical de tamanho apropriado PP,P,M,G prancha, cintos e imobilizador lateral de cabeça, álcool gel a 70%.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da "**REGRA DOS TRÊS ESSES"**

Higienizar as mãos;

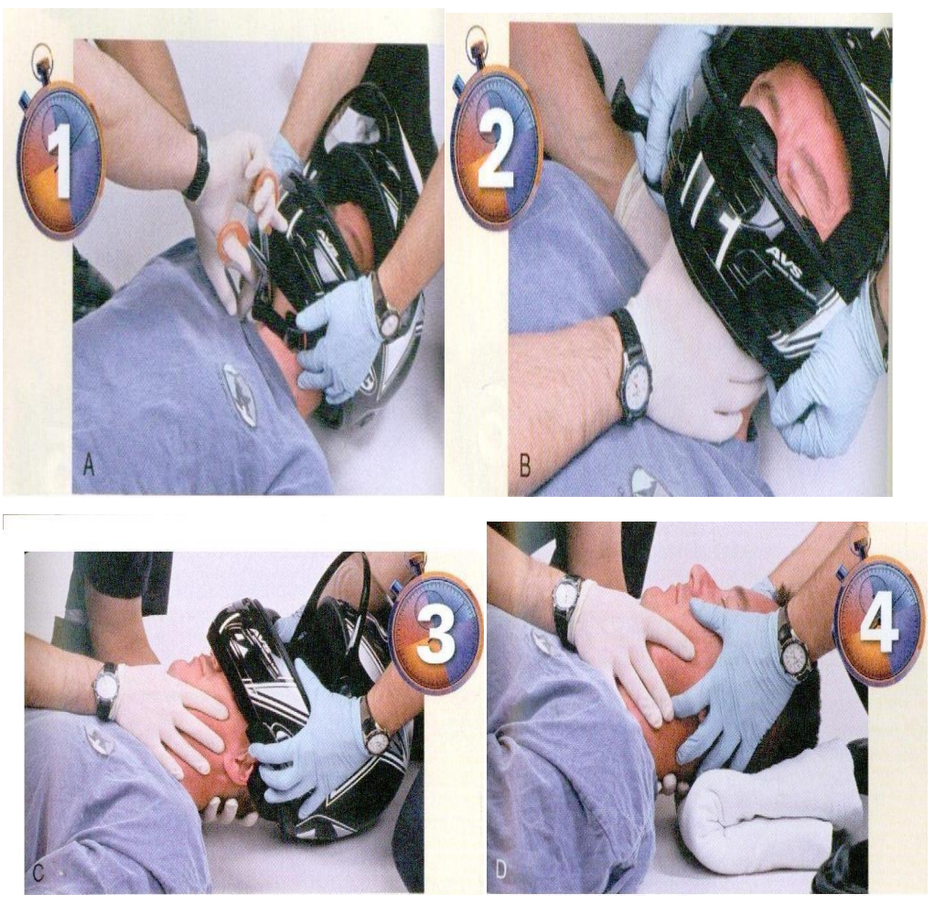
Colocar os EPIs;

Deverá o profissional abordar a vítima por trás da cabeça, com suas palmas pressionadas sobre as laterais do capacete e as pontas dos dedos curvadas sobre a borda inferior, estabilizando o capacete, a cabeça e o pescoço o mais possível próximo da posição de alinhamento neutro;

Proceder o profissional 2 da seguinte maneira: ajoelha-se ao lado da vítima, se necessário, abre ou remove a proteção de rosto e desfaz ou corta a tira de fechamento, a mandíbula da vítima é segura entre o polegar e os dois primeiros dedos na altura do ângulo da mandíbula. A outra mão é colocada por baixo do pescoço da vítima no occipício do crânio para assumir o controle da estabilização manual, portanto os antebraços deste profissional devem estar apoiados sobre o solo ou sobre as suas coxas para suporte adicional;

Deverá o profissional 1 puxar levemente para fora os lados do capacete,

afastando da cabeça da vítima e movimentando o mesmo para cima e para baixo em movimentos de balanço, lento e controlado tracionando-o para fora da cabeça da vítima, tendo o cuidado para liberar o nariz da mesma, enquanto o profissional 2 mantém o controle manual sem deixar a cabeça se movimentar; Colocar pelo profissional 1 os coxins atrás da cabeça, assim que o capacete for removido afim de mantê-la em posição neutra e alinhada e em seguida mensurar o colar cervical, conforme POP específico colocando na vítima, enquanto o profissional 2 mantêm o alinhamento, em seguida o profissional 1 trás a prancha e realiza as manobras de rolamento, fixa os cintos na seguinte sequência tórax, pelve, imobilizador lateral de cabeça e membros inferiores, continuando com o atendimento e avaliação durante o transporte.



RECOMENDAÇÕES

Na vítima em decúbito ventral, necessita primeiramente fazer a técnica de rolamento de 180°, movimentando a vítima em bloco, passando para a prancha longa em decúbito dorsal, sempre estabilizando a coluna cervical para depois retirar o capacete.

A retirada do capacete só será feita na posição de decúbito dorsal, exceto quando a mesma estiver presa em algum lugar que não possibilite colocar nesta posição. Não retirar o capacete se possuir um objeto transfixado.

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das

mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 43
IMOBILIZAÇÃO LATERAL DE CABEÇA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Imobilizar lateralmente a cabeça para transporte em caso de trauma.	
Justificativa		Procedimento que visa reduzir o risco de lesão secundária.	
Quando aplicar		O imobilizador deve ser colocado em todas as vítimas de trauma.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Imobilizador lateral da cabeça.			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO Priorizar a segurança através da "**REGRA DOS TRÊS ESSES";** Organizar o material necessário; Posicionar os coxins um de cada lado da cabeça da vítima, empurrando-os contra a base do pescoço e em seguida ajustar nas laterais da cabeça da vítima, sendo que a vítima já deverá estar com o colar cervical; Passar a primeira faixa de fixação do imobilizador lateral de cabeça na testa da vítima, pressionando a faixa contra os coxins, e a segunda faixa do imobilizador lateral de cabeça no mento (queixo) em cima do colar cervical, pressionando a mesma contra os coxins.			

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 44
COLOCAÇÃO DA VITIMA NA PRANCHA E TIPOS DE ROLAMENTO		

Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Evitar lesões secundárias na vítima traumatizada; Facilitar e dar segurança para a restrição de movimento da coluna	
Justificativa		Procedimento que visa reduzir o risco de lesão secundária.	
Quando aplicar		Em vítimas de trauma.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Prancha/tábua, cintos, imobilizador lateral de cabeça e EPIs (luvas de procedimento e jaleco), álcool gel a 70%**.**

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da **"REGRA DOS TRÊS ESSES";**

Higienizar as mãos com álcool gel;

Colocar os EPIs;

Verificar peso, posições e lesões da vítima, percurso que será feito até a ambulância e ajuda disponível no momento; Transportar a vítima de trauma em prancha rígida;

Atentar o profissional sempre que possível à ergonomia;

Utilizar de várias técnicas de rolamento e elevação para que seja feita a imobilização dorsal, ou seja, com a vítima sobre a tábua:

Rolamento de 90° com Dois Profissionais

Deverá o profissional 1 apoiar uma das mãos no chão e deslocar para o alto da cabeça da vítima, desta forma alinhando o pescoço;

Instalar o colar cervical pelo profissional 2, que também alinha os braços da vítima junto ao tronco, podendo deixar o antebraço contrário ao rolamento sobre o tronco, assim como alinhar as pernas da vítima e posteriormente amarrar uma

bandagem / atadura no tornozelo da vítima para facilitar o movimento de rolamento;

Deverá o profissional 2 posicionar a tábua de imobilização ao lado da vítima, observando, para que a tábua fique ao lado contrário do rolamento; Deslocar-se-á o profissional 1 para o lado em que a vítima será rolada, colocando uma das mãos sob a coluna cervical e a outra no ombro da vítima; Posicionar uma das mãos na pelve da vítima e outra segurar a bandagem amarrada nos tornozelos da vítima, procedimento este realizado pelo profissional 2, sob o comando do profissional 1, ambos realizarão o rolamento de 90°, lateralizando a vítima, neste período, portanto o profissional 2 deverá manter o alinhamento das pernas da vítima em relação ao corpo;

Deverá o profissional 2 puxar a tábua para próximo da vítima com a mão que estava posicionada na pelve, sendo auxiliado pelo profissional 1 o qual verifica se a tábua está devidamente posicionada para receber a vítima e então comanda o rolamento sobre a tábua, caso a vítima fique descentralizada na tábua, o profissional 1 mantém uma das mãos sob a coluna cervical e a outra posiciona no ombro da vítima, no lado contrário do deslocamento, enquanto o profissional 2 coloca uma das mãos na pelve da vítima e a outra na perna, também ao lado contrário do deslocamento, sob o comando do profissional 1 a vítima é então centralizada corretamente;

Proceder à colocação da vítima caso tenha que ser posicionada mais para cima ou para baixo da tábua, o profissional 1 deverá pinçar os ombros da vítima e manter o controle da cabeça com os antebraços, enquanto isso o profissional 2 posiciona-se com a vítima entre as pernas segurando-a pela pelve, obedecendo o comando do profissional 1 os dois profissionais realizarão o alinhamento da vítima, terminado o rolamento centralizada e alinhada a vítima o profissional 2 deve realizar a fixação da vítima na tábua utilizando o imobilizador lateral da cabeça em seguida os cintos de fixação na seguinte sequência: tórax, pelve, e o cinto nos membros inferiores.

Rolamento de 90° com um Profissional

Realizar a abordagem pelo lado em que a vítima está olhando e consecutivamente realizar o controle cervical;

Proceder ao alinhamento dos braços e pernas da vítima cruzar o tornozelo contrário ao rolamento por cima do outro; pois o cruzamento dos tornozelos permite o deslocamento facilitado dos membros inferiores, sem mover a coluna. Posicionar uma das mãos sob a coluna cervical da vítima e a outra na pelve, efetuando o rolamento lateralizando a, tomando cuidado para não mover inadequadamente a coluna.

Rolamento de 180° com dois Profissionais

Proceder a abordagem da vítima o profissional 1 e consecutivamente realizar o controle cervical, enquanto o profissional dois realiza o alinhamento dos braços e das pernas da vítima, fazendo um leve alinhamento e posteriormente amarra uma bandagem nos tornozelos da vítima afim de facilitar o movimento de rolamento;

Deverá o profissional 2 posicionar a tábua de imobilização no lado contrário ao que a vítima está olhando, deixando-a cerca de 10 cm da vítima, atentando para deixar os cintos de fixação previamente expostos na tábua, os profissionais com um dos joelhos apoiando sobre a tábua (os dois profissionais devem estar com o mesmo joelho apoiado sobre a tábua);

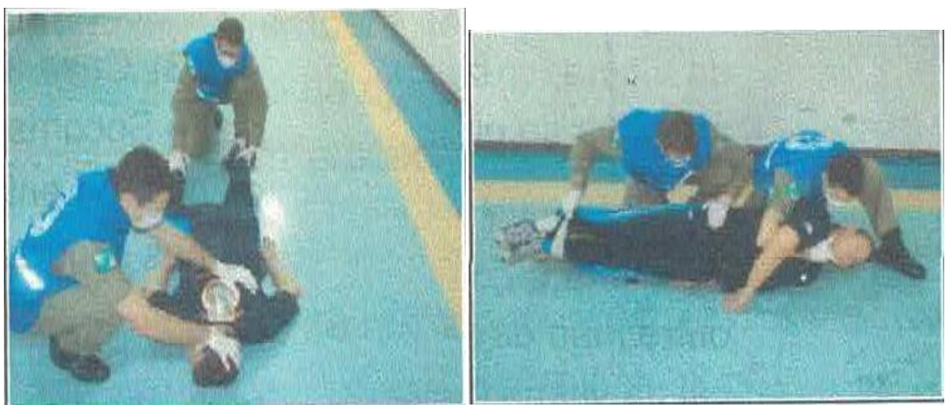
Passar um dos antebraços por baixo da axila da vítima e com a mão segurar a mandíbula e com a outra mão deverá apoiar o occipital e a coluna cervical da vítima, procedimento que deve ser realizado pelo profissional 1, enquanto o profissional 2 deverá segurar a pelve e a bandagem localizada no tornozelo da vítima. Sob o comando do profissional 1 os dois profissionais realizarão o rolamento de 90° lateralizando a vítima;

Deverá o profissional dois manter o alinhamento das pernas da vítima, o profissional 1 realiza o alinhamento da coluna cervical, sob o comando do profissional 1, ambos rolam a vítima sobre a tábua, enquanto o profissional dois procede a colocação do colar cervical na vítima;

Proceder a colocação da vítima na tábua o profissional 1, caso fique descentralizada mantendo uma das mãos sob a coluna cervical e a outra posiciona no ombro da vítima no lado contrário ao do deslocamento, o

profissional dois coloca uma das mãos na pelve da vítima e a outra na perna, também no lado contrário ao do deslocamento, sob o comando do profissional 1 a vítima é corretamente centralizada.

Posicionar se necessário a vítima mais para cima ou para baixo da tábua, para isso o profissional poderá pinçar os ombros da vítima e manter o controle da cabeça com os antebraços, enquanto o profissional 2 deverá posicionar-se com a vítima entre as pernas segurando a pelve da vítima. Sob o comando do profissional 1 os dois realizarão o alinhamento. Terminado o rolamento centralizado e alinhada a vítima, o profissional 2 deve realizar a fixação da vítima na tábua com a utilização dos cintos de fixação na seguinte sequência: tórax, pelve, o imobilizador lateral de cabeça e o cinto nos membros inferiores.



Rolamento de 180° com um Profissional

Realizar a abordagem da vítima pelo lado em que a vítima está olhando e pr oceder ao controle cervical;

Proceder ao controle dos braços e pernas da vítima, cruzar o tornozelo contrário ao rolamento por cima do outro;

Passar um dos antebraços por baixo da axila da vítima e com a mão segurar a mandíbula, com a outra mão deverá apoiar o occipital e a coluna cervical da vítima;

Puxar o tronco da vítima para si quando estiver devidamente posicionado e realizar o rolamento de 180º utilizando a força do braço e do antebraço que passou sob a axila da vítima, tomando cuidado para não movimentar a cabeça da mesma, após completar o rolamento o profissional irá passar o controle da cabeça que estava na mandíbula para a testa, fixando-a contra o solo, e alinhar a coluna cervical da vítima.

RECOMENDAÇÕES

Retirar os EPIs; após o término dos procedimentos citados acima descartando,

conforme resíduos de serviço de saúde; Higienizar as mãos.
Após admitido a vítima na unidade de saúde, realizar avaliação e atentar para que o paciente fique o menor tempo possível sobre a tábua rígida, devido os riscos secundários

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 45
DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Desobstruir as vias aéreas, promovendo a respiração.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando a vítima apresentar parada respiratória.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS EPIs (jaleco, luvas de procedimento).			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Organizar o material necessário;

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Observar se há ausência de respiração;

Colocar o ouvido próximo a via respiratória, durante 5 a 10 segundos. Ver (se o tórax sobe e desce). Ouvir (se o ar é expelido durante a exalação). Sentir (a respiração contra a face);

Posicionar a vítima em decúbito dorsal em uma superfície firme e plana, colocando o braço da vítima ao longo do corpo e ajoelhar-se ao lado dela, caso haja necessidade de movê-la a mesma deverá ser rolada como um todo para que a cabeça, os ombros e o tronco não sejam torcidos (denominada em bloco), mantendo o alinhamento neutro da cabeça e do pescoço;

Proceder à retirada de qualquer objeto (chicletes, prótese) ou líquido (vômito, sangue) caso a vítima apresente, com auxílio de uma pinça, dedos médio e indicador, aspirador ou através do rolamento de 90º;

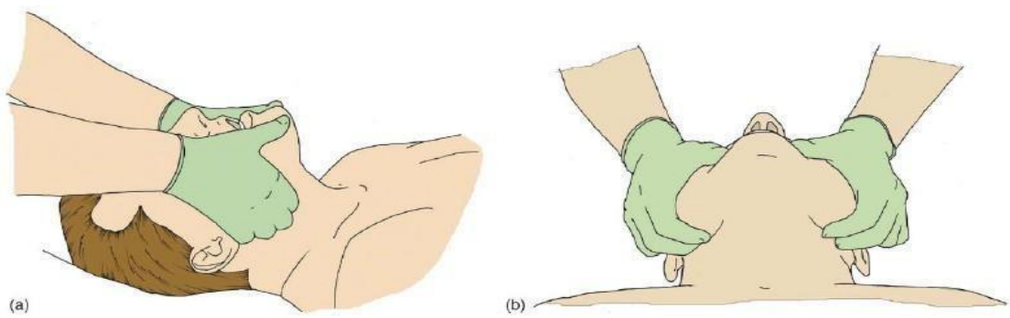
Manter a prótese caso esteja bem fixa na vítima consciente, pois ela ajuda a manter os contornos da boca, auxiliando em uma boa vedação para a

ventilação, em casos de vítimas inconscientes devem ser retiradas as próteses móveis.

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde; Higienizar as mãos.

Tração da Mandíbula

Tracionar a mandíbula em vítimas inconsciente com suspeita de lesão na coluna cervical ou TCE (Traumatismo Craniano Encefálico) procedendo da seguinte maneira: deslize suas mãos para cada lado da cabeça, apoiando as pontas dos dedos nos ângulos da mandíbula, coloque os polegares sobre a parte anterior da mandíbula e tracione deslocando o mento para frente sem movimentar a cabeça, em caso dos lábios se fecharem afaste-os com os dedos.



Manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo

Recomendar esta técnica para abertura de vias aéreas sem instrumentos, podendo ser utilizada em situações de trauma após três tentativas sem sucesso com a tração da mandíbula: Com uma das mãos apoie na testa da vítima e exerça uma tração pequena para trás, realizando uma pequena extensão do pescoço, ao mesmo tempo em que você apoia a mão na testa com a outra mão faça uma pinça através dos dedos elevando o queixo e abrindo-o.

RECOMENDAÇÕES

Devemos ter cuidados especiais com as crianças, pois estender demais a cabeça e o pescoço da criança pode ocasionar o fechamento da traqueia, jamais inclinar a cabeça de um bebê além da posição neutra, lembrando sempre de colocar o coxim/ toalha/cobertor sob o tronco do bebê e criança a fim de manter cabeça em posição neutra.

DESOBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS MANOBRA DE HEIMLICH/ADULTO/ OBESOS /GESTANTE/CRIANÇA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Desobstruir as vias aéreas.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Em caso de obstrução das vias aéreas, engasgos ou sinais de sufocação.	
Executante:		Equipe de enfermagem/ médica.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (jaleco, luvas de procedimento), álcool gel a 70%.

Priorizar a segurança através da **"REGRA DOS TRÊS ESSES"**

Higienizar as mãos; (quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos).

Colocar os EPIs;

Avaliar a severidade:

- Obstrução leve: paciente capaz de responder se está engasgado, consegue falar e respirar e tossir;
- Obstrução Grave: paciente consciente e que não consegue falar, pode não respirar ou apresentar respiração ruidosa, tosse silenciosa e/ou inconsciência; **Conduta em Obstrução leve:**

Paciente Responsivo:

- Não realizar manobras de desobstrução (não interferir);
- Acalmar o paciente;
- Incentivar tosse vigorosa;

- Monitorar o suporte de o², se necessário;
- observar atentamente se não evolui para obstrução grave;

Obstrução grave: Paciente Responsivo

Executar manobra de Heimlich.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO – COMPRESSÃO ABDOMINAL

Vítima em pé ou sentada

Deverá o profissional posicionar-se atrás da vítima, abraçando-a em torno do abdômen;

Segurar o punho da sua outra mão e realizar a compressão contra o abdômen, entre o apêndice xifóide e a cicatriz umbilical no sentido superior (tórax) com movimentos rápidos e direcionada para dentro e para cima (J), repetindo a manobra até a desobstrução ou a vítima tornar-se não responsiva;

Ampliar sua base de sustentação, se a vítima estiver em pé, afastando as pernas e posicionar uma entre as pernas da vítima, para evitar-lhe a queda caso fique inconsciente.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO – COMPRESSÃO TORÁCICA EM PACIENTES OBESOS E GESTANTES NO ULTIMO TRIMESTRE: Deverá o profissional posicionar-se atrás da vítima, abraçando-a em torno do tórax; Segurar o punho da sua outra mão e realizar compressões contra o esterno (linha intermamilar), acima do apêndice xifoide; repetindo a manobra até a desobstrução ou a vítima tornar-se não responsiva;

Ampliar sua base de sustentação, se a vítima estiver em pé, afastando as pernas e posicionar uma entre as pernas da vítima, para evitar-lhe a queda caso fique inconsciente.

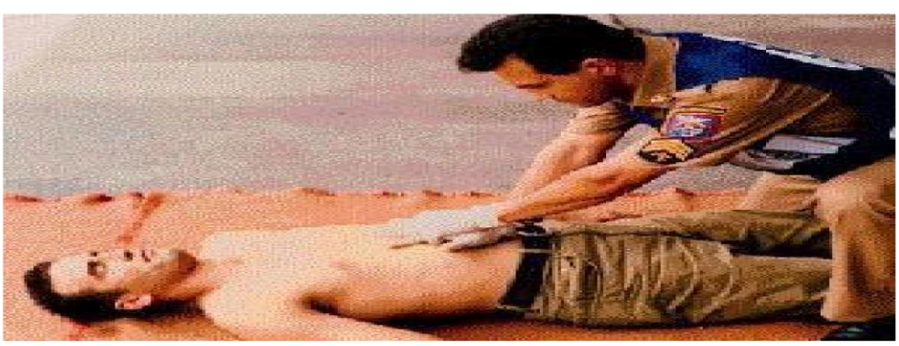
Figura – ***Compressões torácicas em vítimas de engasgo grávidas ou obesas***

Compressão abdominal vítima deitada

Utilizar esta manobra ao paciente obeso consciente com grande circunferência abdominal onde não é possível abarca-lo com as mãos.

Colocar a vítima em decúbito dorsal ficar a cavaleiro sobre ela no nível de suas coxas, com seus joelhos tocando-lhe o corpo lateralmente.

Posicionar a palma da mão, região tênar sobre o abdômen da vítima entre o apêndice xifoide e a cicatriz umbilical mantendo as mãos sobrepostas, realizando compressões abdominais no sentido do tórax repetindo a manobra até a desobstrução, a manobra será modificada se o paciente tornar inconsciente iniciar RCP, conforme POP específico



Obstrução Grave: Paciente Irresponsivo:

Posicionar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida, diante da ausência da respiração com pulso e irresponsividade, executar compressões torácicas com objetivo de remoção do corpo estranho;
Abrir vias aéreas visualizando a cavidade oral e remover o corpo estranho, se visível e alcançável (com dedos/pinça) se nada visualizado, realizar 1 insuflação e visualizar a passagem de ar e se o tórax expande, se não expandir

reposicionar o paciente e insuflar novamente, em seguida verificar a presença de pulso. Pulso presente manobras de desobstrução, na ausência de pulso proceder a RCP, conforme POP específico transportando imediatamente para atendimento médico.

MANOBRAS DE DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS EM CRIANÇA Conduta em Obstrução leve: Criança Responsiva:

- Não realizar manobras de desobstrução (não interferir);
- Acalmar o paciente;
- Incentivar tosse vigorosa;
- Monitorar o suporte de o², se necessário;
- observar atentamente se não evolui para obstrução grave;

Obstrução grave: Criança Responsiva:

<u>Executar manobra de Heimlich.</u>

- Abaixar-se, posicionando-se atrás do paciente com os braços à altura da crista ilíaca;
- Fechar uma das mãos em punho e posicioná-la no abdômen do paciente na linha média acima do umbigo, com o polegar voltado para o abdômen;
- Com a outra mão espalmada sobre a primeira, comprimir o abdômen em movimentos rápidos, direcionados para dentro e para cima (J);
- Repetir a manobra até a desobstrução ou o paciente tornar-se Irresponsivo;
- Após a expulsão do corpo estranho, realizar a avaliação primaria e oferecer oxigênio por mascara se necessário;

Obs: lembrar-se de reduzir a força aplicada nos pacientes pediátricos.

Obstrução grave: Criança Irresponsiva:

Se a criança tornar-se Irresponsiva, o profissional deve interromper a manobra de Heimlich e iniciar manobras de RCP.

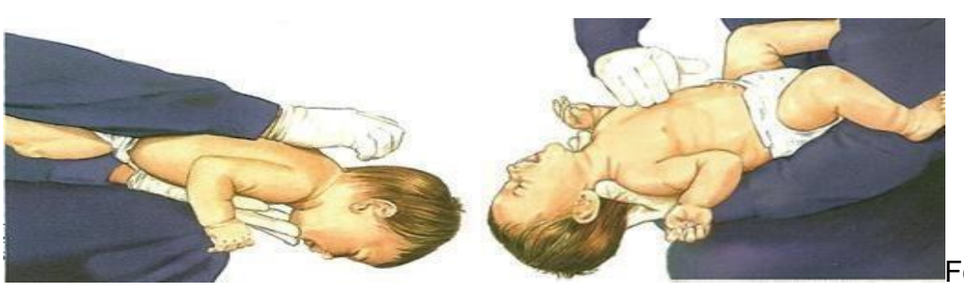
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida;

- Iniciar manobras aplicando inicialmente 30 compressões torácicas com o objetivo de expelir o corpo estranho;
- Abrir vias aéreas e, antes de ventilar, inspecionar a cavidade oral e remover o corpo estranho se visível e facilmente alcançável (com os dedos ou pinça);
- Caso não seja encontrado, realizar uma insuflação com AMBU, se o ar não passar ou o torar não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;
- Se ainda assim o ar não passar ou o torar não expandir, realizar 30 compressões torácicas (1 profissional) ou 15 compressões (2 profissionais) e inspecionar cavidade oral;
- Na ausência de sucesso repetir ciclos de compressões e ventilações;
- Considerar o transporte imediato, mantendo as manobras básicas de reanimação;
- Se o objeto for expelido e ocorrer a passagem do ar (torar expandir) realizar avaliação primaria e oferecer oxigênio;
- Na ausência de responsividade e de movimentos respiratórios palpar pulso;
- Atentar para ocorrência de parada cardiorrespiratória;

OBSTRUÇÃO GRAVE EM LACTENTE RESPONSIVO

Realizar a inspeção visual das vias aéreas do lactente, a procura de corpos estranhos;

- O profissional deve sentar-se para realizar a manobra;
- Posicionar o bebê em decúbito ventral sobre o antebraço do profissional, que deve apoiar a região mentoniana do bebê com os dedos em fúrcula;
- Apoiar o antebraço que suporta o bebê sobre sua coxa, mantendo a cabeça em nível discretamente inferior ao tórax;
- Aplicar ciclos repetidos de cinco golpes no dorso (entre as escápulas e com o calcanhar da mão), seguidos de cinco compressões torácicas logo abaixo da linha intermamilar, até que o objeto seja expelido ou o bebê torne-se irresponsivo.



Fonte: AHA. SBV para profissionais da saúde. Manual do aluno, 2006, p. 65.

OBSERVAÇÕES:

Repetir a técnica das manobras citadas acima quantas vezes forem necessárias, caso a vítima fique inconsciente iniciar as manobras de RCP, encaminhar imediatamente para atendimento de Suporte Avançado de Vida.

OBSTRUÇÃO GRAVE EM BEBÊ IRRESPONSIVO

- Assim que o bebê tornar-se irresponsivo, o profissional que realiza as manobras deve parar de aplicar golpes no dorso e, imediatamente, iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida;
- Iniciar as manobras aplicando inicialmente 30 compressões torácicas sobre o esterno, logo abaixo da linha intermamilar, com o objetivo de expelir o corpo estranho;
- Abrir vias aéreas e, antes de ventilar, inspecionar a cavidade oral e remover

(com os dedos) o corpo estranho, se visível e facilmente alcançável;

- Caso nada seja encontrado, realizar uma insuflação com dispositivo bolsa-valva-máquina; se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;
- Se ainda assim o ar não passar ou o tórax não expandir, realizar 30 compressões torácicas (um profissional) ou 15 compressões (dois profissionais) e inspecionar a cavidade oral;
- Repetir ciclos de compressões e ventilações até que o objeto seja expelido;
- Considerar o transporte imediato, mantendo as manobras básicas de reanimação, com ciclos de 30 compressões torácicas (com um profissional) ou 15 compressões (com dois profissionais) e duas ventilações após inspecionar a cavidade oral;
- Se o objeto for expelido e ocorrer a passagem do ar (tórax expandir), realizar a avaliação primária e oferecer oxigênio se necessário ;

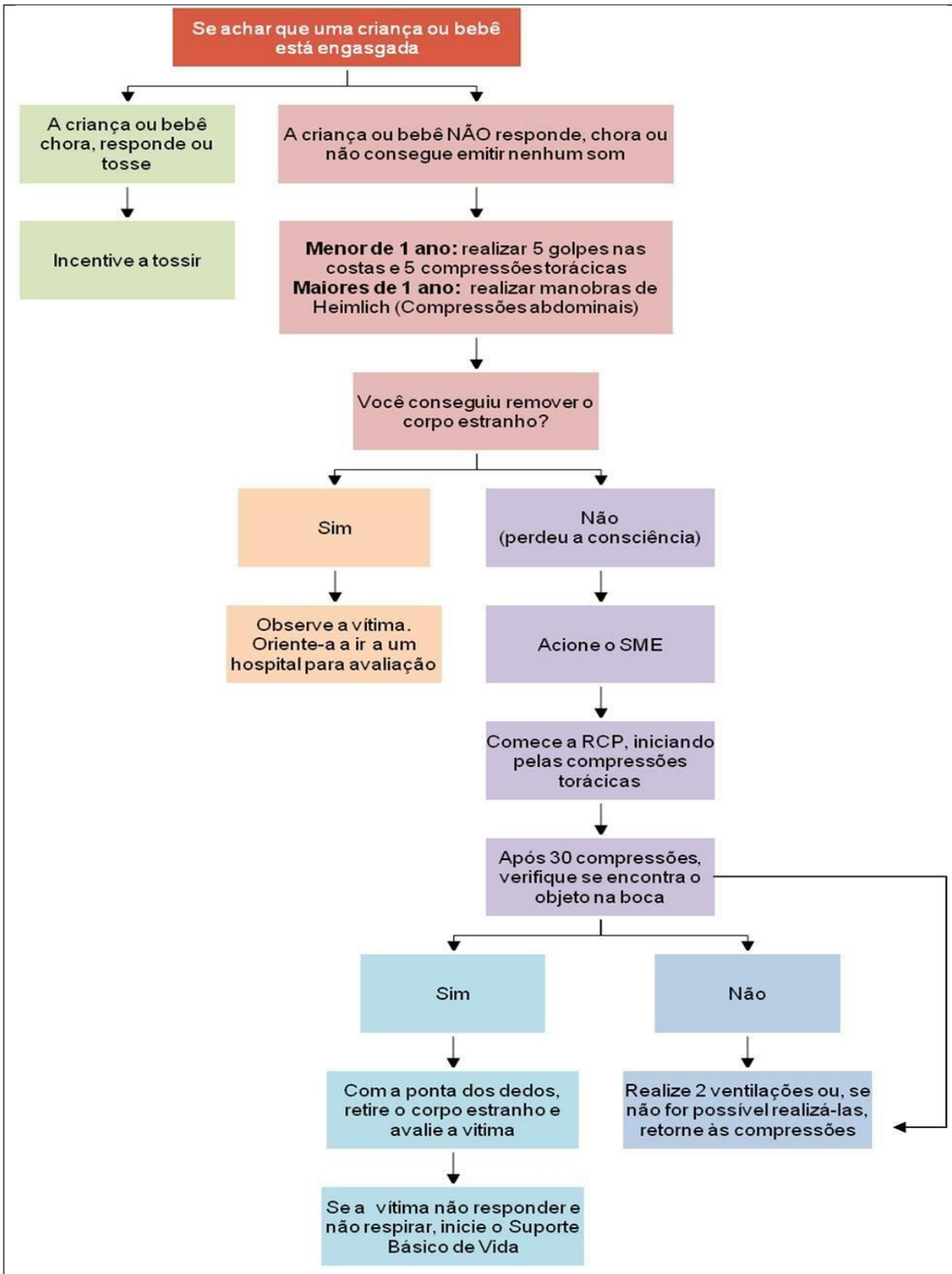


Figura _ *Algoritmo de tratamento da obstrução de vias aéreas superiores em pediatria. RCP: ressuscitação cardiopulmonar; SME: serviço médico de emergência.*

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 48
CÂNULA OROFARÍNGEA OU DE GUEDEL			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Evitar queda de língua; Promover a perviedade das vias aéreas.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando a vítima apresentar inconsciente.	
Executante:		Enfermeiro, téc de enfermagem e médico	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (jaleco, luvas de procedimento), cânulas de guedel de vários tamanhos, espátulas (abaixador de língua), álcool gel a 70%.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Organizar o material necessário;

Promover a privacidade do paciente;

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Deverá o profissional 1 posicionar a vítima em decúbito dorsal em uma superfície firme e plana, colocando o braço da vítima ao longo do corpo e ajoelhar-se ao lado dela, caso haja necessidade de movê-la a mesma deverá ser rolada como um todo para que a cabeça, os ombros e o tronco não sejam torcidos (denominada em bloco), mantendo o alinhamento neutro da cabeça e do pescoço;

Proceder à retirada de qualquer objeto (chicletes, prótese) ou líquido (vômito, sangue) caso a vítima apresente, com auxílio de uma pinça, dedos médios e indicador, aspirador ou através do rolamento de 90°;

Proceda a tração da mandíbula/Manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo;

Medir o tamanho da cânula verificando a distância da comissura labial da vítima

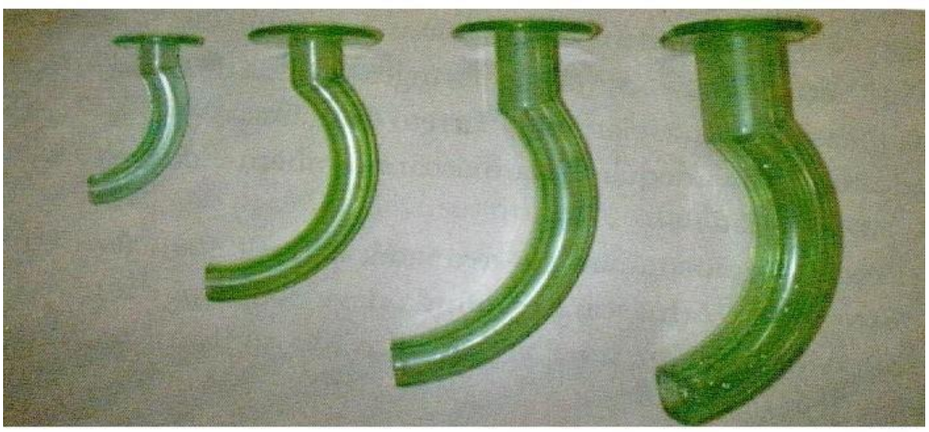
até o lóbulo da orelha. Inserir a cânula direcionada ao palato duro e girar a cânula ao mesmo tempo em que é empurrada para o interior da boca; Este procedimento é feito para evitar empurrar a língua de volta para a faringe e realizado pelo profissional 2;

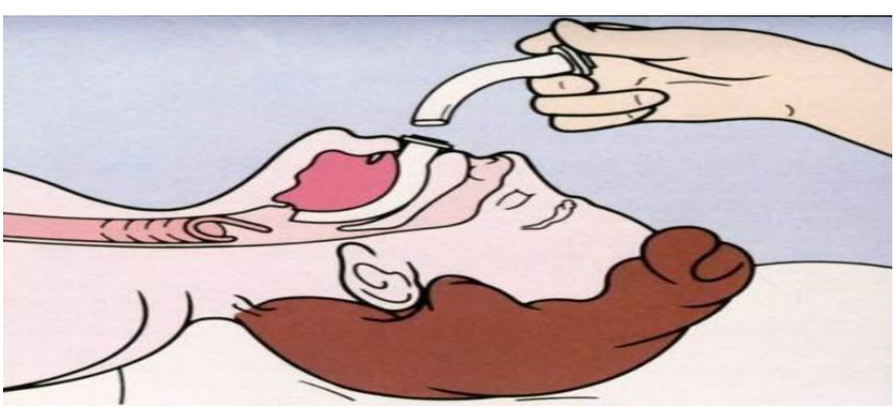
Colocar a cânula em crianças diretamente na sua posição normal sem girar, auxiliando se necessário com um abaixador de língua;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletrônico / ficha de atendimento com o nome completo e Coren do profissional.





RECOMENDAÇÃO

É necessários cuidados na colocação da cânula, pois a inserção incorreta pode empurrar a língua para trás, na faringe, produzindo obstrução de via aérea, manifestada por troca insuficiente de ar, indicada por tosse ineficaz e fraca, ruídos respiratórios estridentes, dificuldade respiratória acentuada e até mesmo cianose. Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a antissepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 48
RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.		
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .		
Objetivos do Procedimento	Reduzir os riscos de morte e lesões cerebrais, devido à falta de circulação e oxigênio, através do atendimento imediato da vítima.		
Justificativa	Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.		
Quando aplicar	Verifique se a vítima responde, se apresenta ausência da respiração ou apenas gasping (ou seja sem respiração normal), nenhum pulso definido em 10 segundos, portanto a verificação da respiração e do pulso pode ser realizada simultaneamente, em menos de 10 segundos.		
Executante:	Enfermeiro, téc de enfermagem e médico		
MATERIAIS NECESSÁRIOS Prancha/tábua, ambu com máscara e reservatório, cilindro de oxigênio com fluxômetro e umidificador, água destilada, cânula de guedel de diversos tamanhos, desfibrilador, EPIs(luvas de procedimento, jaleco), álcool gel a 70%.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO Priorizar a segurança no local por meio da Regra dos **“TRÊS ESSES”** Organizar o material necessário; Colocar os EPIs; Checar responsividade tocando os ombros e chamar a vítima, observando se a vítima está inconsciente sem respiração ou se há respiração anormal com gasping, verificando o pulso carotídeo em no máximo 10 segundos. Proceder da seguinte maneira se não responsivo, respiração ausente ou em

gasping, posicionar a vítima em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca, solicitar ajuda e iniciar imediatamente a RCP, utilizar o DEA assim que ele estiver disponível no local do atendimento.

Realizar as compressões cardíacas traçando uma linha entre os mamilos, posicionar uma mão sobre a outra entrelaçando os dedos que devem ser mantidos esticados, colocando a região hipotênar da mão no centro do tórax entre as linhas dos mamilos;

Proceder à compressão torácica com os braços esticados, com o peso do corpo voltado para a vítima, durante a realização da manobra de reanimação os cotovelos do profissional deve ficar estendido;

Realizar pelo profissional 1, 30 compressões, no mínimo 100 e no máximo 120 compressões por minuto e cada compressão deve obter uma compressão torácica entre 5 cm a 6cm, permitindo que o tórax retorne totalmente à sua posição normal entre as compressões;

Deverá o profissional 2 após as 30 compressões abrir as vias aéreas com a hiperextensão do pescoço, mensurar a cânula de guedel da comissura labial ao lóbulo da orelha onde deve ser direcionada ao palato duro, empurrando e girando simultaneamente para o interior da boca, em seguida coloca-se a máscara sobre o nariz e a boca e apoia-se o terceiro, quarto e quinto dedo na mandíbula, conservando a inclinação da cabeça e a tração da mandíbula em suspeita de vítima de trauma para manter as vias aéreas abertas, com o polegar e o indicador pressiona-se a máscara contra a face para formar uma vedação e evitar o escape de ar, a outra mão comprime portanto a bolsa e observa-se a elevação do tórax realizando 2 ventilações com bolsa valva- máscara com reservatório e oxigênio adicional a 12 l por minuto;

Realizar 30 compressões e 2 ventilações por 5 ciclos ou 2 minutos seguidas reavaliando o pulso, as manobras são mantidas até a chegada do DEA. E depois a RCP deve ser iniciada imediatamente após o choque, conforme a instrução do DEA;

Poderá também optar em administrar 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações por minuto), enquanto são aplicadas compressões torácicas contínuas, devendo ser feita a troca de posição a cada 2 minutos.

Trocar de posição a cada 2 minutos ou 5 ciclos os profissionais 1 e 2 lembrando que todos os esforços devem ser feitos para realizar a troca em menos de 10 segundos, a fim de evitar a fadiga e para prevenir a redução da qualidade no atendimento;

Instalar pelo profissional 3 o desfibrilador (DEA), enquanto o profissional 1 e 2 procede a massagem; e outro a ventilação 30X2 sempre 5 ciclos;

Remover as roupas do tórax, ligar o DEA, imediatamente o aparelho emite mensagens sonoras indicando os passos a serem seguidos: Conectar o cabo das pás adesivas, após abertura da embalagem, conectar o plugue no local

indicado no aparelho, mantendo as compressões torácicas interrompendo somente quando solicitado a pausa para análise;

Colocar as pás adesivas no tórax da vítima, retirando a película protetora e aplicar as apás da seguinte maneira, uma das apás é fixada na borda esternal direita abaixo da clavícula e a outra inferiormente ao mamilo esquerdo, normalmente a posição correta das apás é ilustrada na embalagem;

Afastar todas as pessoas e permitir que o DEA analise o ritmo cardíaco (a seguir o DEA vai indicar se é necessário choque se sim aplique 1 choque e após o mesmo, reinicie a RCP imediatamente por cerca de 2 minutos, 30 compressões/ 2 ventilações 5 ciclos (até ser avisado pelo DEA para a verificação do ritmo)

Continuar as compressões e as ventilações até o novo comando do DEA para análise do ritmo cardíaco; se o ritmo não for chocável imediatamente reinicie a RCP por cerca de 2 minutos ou 5 ciclos, 30 compressões para 2 insuflações (até ser avisado pelo DEA para a verificação do ritmo. Em ambos os casos citados continue os procedimentos até que Suporte Avançado de Vida assuma ou até que a vítima comece a se movimentar.

Auxiliar se necessário na intubação caso o médico solicite, conforme, POP específico de intubação;

Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs;

Higienizar as mãos;

Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletrônico / ficha de atendimento com nome completo e Coren do profissional.

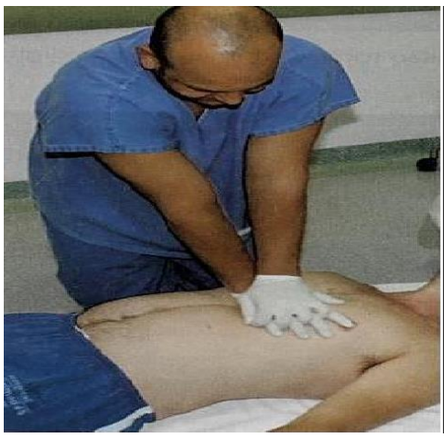
RECOMENDAÇÕES

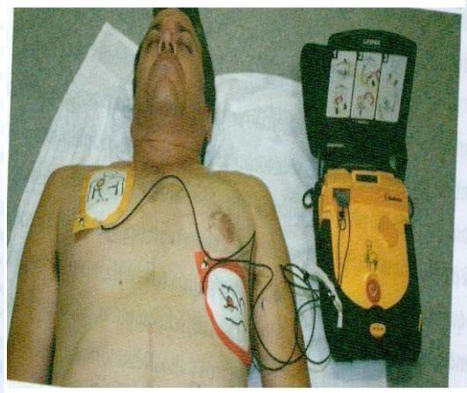
Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a antissepsia das mãos.

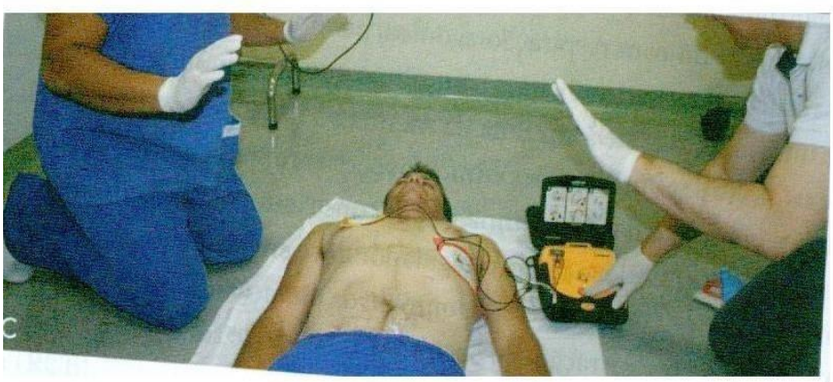
Na PCR Presenciada se o DEA estiver disponível imediatamente instalar o DEA, em seguida o aparelho emite mensagens sonoras indicando os passos a serem seguidos conforme citado acima, se não estiver disponível proceder com as mesmas orientações que estão descritas acima.

Na PCR não presenciada proceder da seguinte maneira se não responsivo, respiração ausente ou em gasping, posicionar a vítima em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca, solicitar ajuda e iniciar imediatamente a RCP, realizando 100 a 120 compressões por minuto a cada 2 minutos trocar com o colega até a equipe de suporte chegar a qual vai utilizar o DEA e vai fazer 30 compressões para 2 ventilações 5 ciclos (até ser avisado pelo DEA para a verificação do ritmo) Continuar as compressões e as ventilações até o novo comando do DEA para análise do ritmo cardíaco; se o ritmo não for chocável imediatamente reinicie a RCP por cerca de 2 minutos ou 5 ciclos, 30

compressões para 2 insuflações (até ser avisado pelo DEA para a verificaçãodo ritmo. Em ambos os casos citados continue os procedimentos até queSuporte Avançado de Vida assuma ou até que a vítima comece a se movimentar







Proceder da seguinte maneira na vítima com suspeita de trauma , avaliar se a vítima respira e adotar o protocolo de Suporte Básico de Vida, portanto o profissional que está realizando o controle cervical abre as vias aéreas fazendo a tração da mandíbula, enquanto o profissional 2 avalia a existência de hemorragia exsanguinantes , seguindo a sequência no trauma **X ABCDE**.

Não aplicar o choque na vítima se ela estiver molhada ou em ambiente molhado, nesta situação, movê-la para ambiente seco, e secar rapidamente a vítima;

Retirar adesivos medicamentos caso a vítima possua antes de aplicar as pás;

Caso a vítima possua marca-passo implantado; colocar as pás

aproximadamente 2cm abaixo distantes da protuberância do marca-passo ou na posição anterior e posterior do tórax.

Proceder a retirada dos pelos do tórax com auxílio de uma lâmina antes de posicionar as pás, pois quando há excesso de pelo poderá interferir no choque Retirar adesivos de medicamentos que estejam na região da colocação das pás adesivas.

Não deixar a fonte de oxigênio próximo às apás adesivas no tórax da vítima pelo risco de ocorrerem explosões.

Somente interromper a RCP nesses seguintes critérios: Interrupção da RCP em andamento sem indicação de choque pelo DEA, acompanhada de exaustão da equipe e após autorização do médico. RCP em andamento quando as condições ambientais se tornam inseguras ou insalubres ou quando as condições de segurança pessoal na cena se tornam comprometidas

Sempre que possível os familiares devem ser orientados quanto aos procedimentos que serão adotados.

Quando não iniciara RCP pelo Suporte Básico de Vida

Quando houver sinais evidentes de morte como rigidez cadavérica, estado de decomposição, despostejamento, decapitação ou hemicorpectomia, carbonização total do corpo ou esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de sinais vitais, devendo entrar em contato com o médico e aguardar orientações sobre os procedimentos.

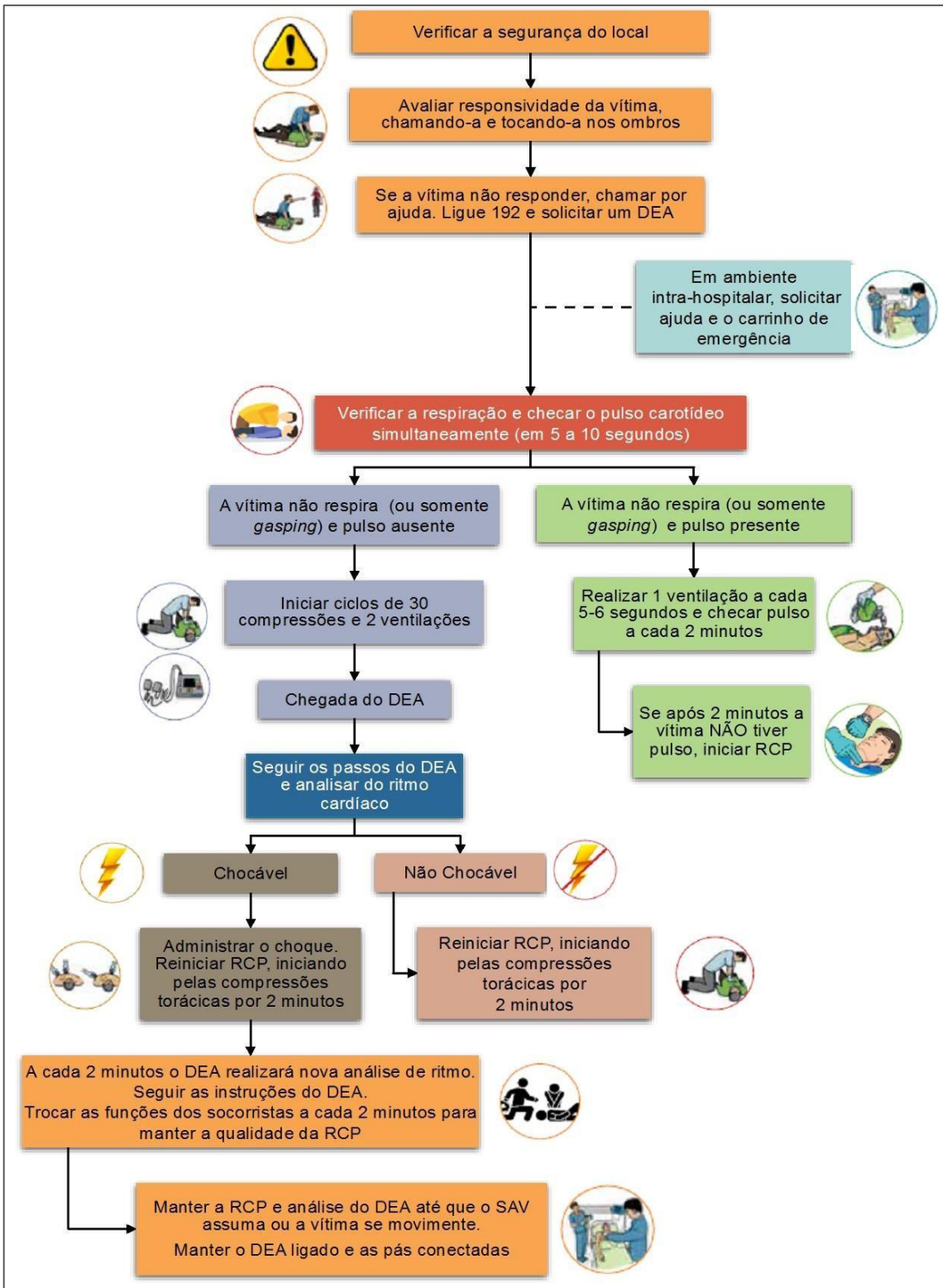


Figura _ ***Suporte Básico de Vida para profissionais de saúde. DEA: desfibrilador externo automático; RCP: ressuscitação cardiopulmonar; SAV: Suporte Avançado de Vida.***

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 49
PARADA RESPIRATÓRIA NO ADULTO		

Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		Reduzir os riscos de morte e lesões cerebrais, devido a falta de circulação e oxigênio, através do atendimento imediato da vítima.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida	
Quando aplicar		Quando a vítima apresentar irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica, com pulso central palpável	
Executante:		Enfermeiro, téc de enfermagem e médico	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Prancha/tábua, ambu com máscara com reservatório, cilindro de oxigênio, com fluxômetro e umidificador, água destilada, cânula de guedel de diversos tamanhos, EPIs (luvas de procedimento, jaleco), álcool gel a 70%.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança no local por meio da Regra dos **"TRÊS ESSES"**

Organizar o material necessário;

Colocar os EPIs;

Checar responsividade tocando os ombros chamar a vítima, observando se a vítima está inconsciente sem respiração ou se há respiração anormal com gasping verificando o pulso carotídeo em no máximo 10 segundos;

Desobstruir as vias aéreas com a extensão da cabeça e elevação do queixo se não houver história de trauma, porém na presença de trauma desobstrua as vias aéreas sem a extensão da cabeça, utilizando a tração da mandíbula; Inspecionar a via respiratória e avaliar a necessidade de retirada de secreção ou corpo estranho;

Mensurar a cânula de Guedel, medindo a distância entre a comissura labial e lóbulo da orelha em seguida colocar na vítima inconsciente,

Efetuar 1 insuflação com bolsa valva máscara (AMBU) com fluxo de oxigênio de 10 a 12l minuto, a cada 5 a 6 segundos ou cerca de 10 a 12 respirações por minuto;

Continuar as ventilações de resgate, verificando o pulso a cada 2 minutos na ausência de pulso iniciar a RCP conforme POP específico;

Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs;

Higienizar as mãos;

Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento com nome completo e Coren do profissional .

RECOMENDAÇÕES

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a antissepsia das mãos.

A insuflação de boa qualidade deve ser de 1 segundo e obter visível elevação do tórax.

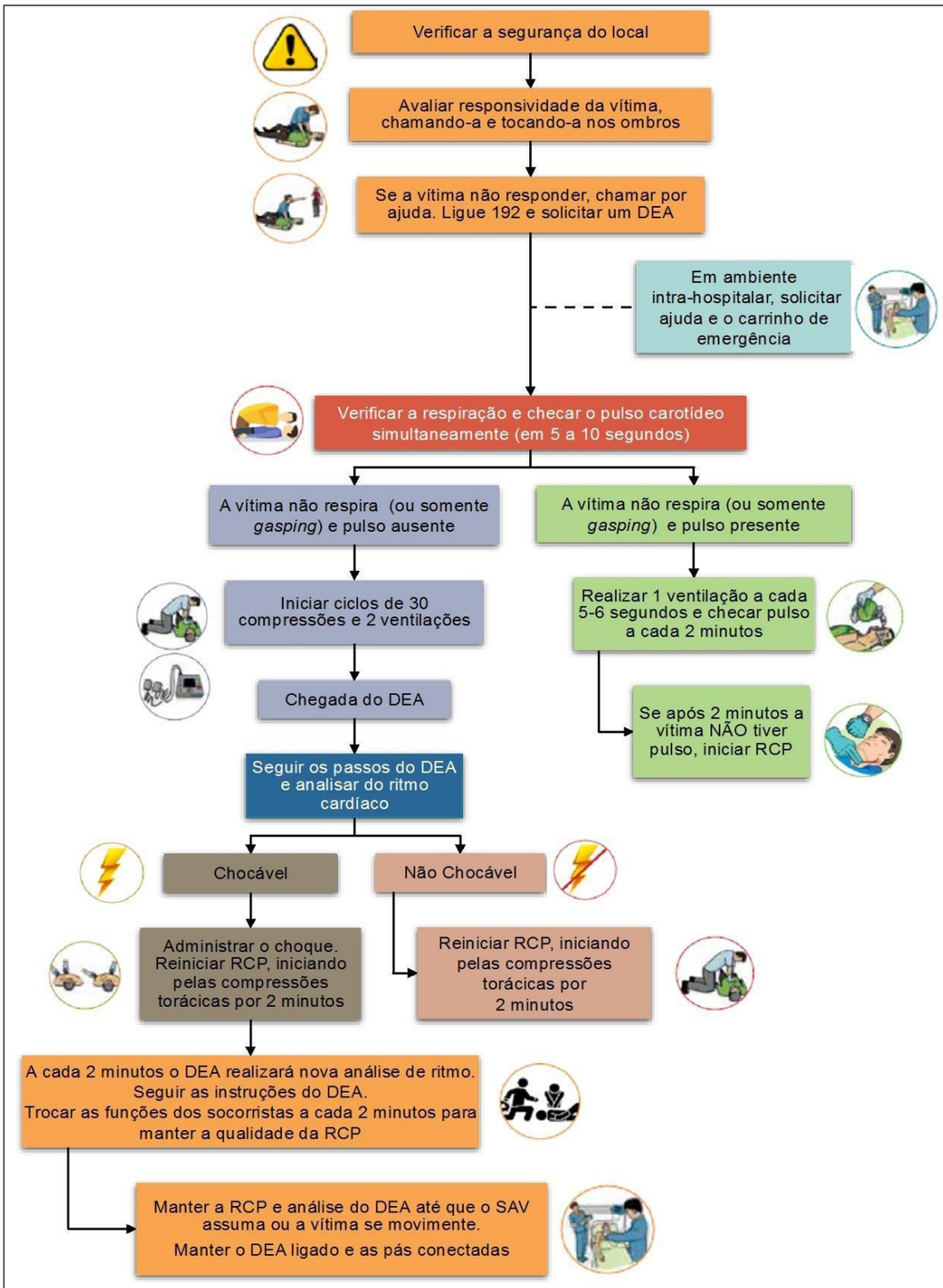


Figura _ ***Suporte Básico de Vida para profissionais de saúde. DEA: desfibrilador externo automático; RCP: ressuscitaçãoo cardiopulmonar; SAV: Suporte Avançado de Vida***

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**		**POP N° 50**
RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR EM BEBÊS COM MENOS 1 ANO DE IDADE E CRIANÇAS DE 1 ANO ATÉ A PUBERDADE ENTRE 10 A 14 ANOS			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**

Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .
Objetivos do Procedimento	Reduzir os riscos de morte e lesões cerebrais, devido a falta de circulação e oxigênio, através do atendimento imediato da vítima.
Justificativa	Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida
Quando aplicar	Verifique se a vítima responde, se apresenta ausência da respiração ou apenas gasping (ou seja sem respiração normal), nenhum pulso definido em 10 segundos, portanto a verificação da respiração e do pulso pode ser realizada simultaneamente, em menos de 10 segundos.
Executante:	Enfermeiro, téc de enfermagem e médico

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Prancha/tábua, ambu infantil com máscara e reservatório, cilindro de oxigênio com fluxômetro e umidificador, coxim/ toalha/cobertor, água destilada, cânula de guedel de diversos tamanhos, abaixador de língua, desfibrilador, EPIs (luvas de procedimento, jaleco).

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança no local por meio da Regra dos **“TRÊS ESSES”**

Organizar o material necessário;

Colocar os EPIs;

Checar responsividade tocando os ombros e chamar a vítima, observando se a

vítima está inconsciente sem respiração ou se há respiração anormal com gasping, verificando o pulso carotídeo em no máximo 10 segundos;

Proceder da seguinte maneira se não responsivo, respiração ausente ou em gasping, posicionar a vítima em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca, solicitar ajuda e iniciar imediatamente a RCP, utilizar o DEA assim que ele estiver disponível no local do atendimento;

Realizar em lactentes as compressões torácicas na metade inferior do esterno, logo abaixo da linha mamilar com uma profundidade de 4 cm comprimindo pelo menos um terço do diâmetro do tórax e para crianças entre 1 a 8 anos traçar uma linha entre os mamilos, realizando a compressão torácica com as com uma das mãos com uma profundidade de 5cm comprimindo pelo menos um terço do diâmetro do tórax permitindo que o tórax retorne totalmente á sua posição normal entre as compressões e para as demais idades realizar a compressão torácica com as mãos entrelaçadas;

Proceder à compressão torácica com os braços esticados, com o peso do corpo voltado para a vítima, durante a realização da manobra de reanimação os cotovelos do profissional deve ficar estendidos e no caso das compressões realizadas com as polpas dos digitais os cotovelos devem ficar flexionados; Realizar pelo profissional 1, 15 compressões, no mínimo 100 e no máximo 120 compressões por minuto;

Deverá o profissional 2 após as 15 compressões colocar o coxim/ toalha/cobertor sob o tronco do bebê, a fim de manter cabeça em posição neutra, em seguida abrir as vias aéreas com a hiperextensão do pescoço, mensura e coloca a cânula de guedel, colocando em seguida a máscara sobre o nariz e a boca e apoia-se o terceiro, quarto e quinto dedo na mandíbula, conservando a inclinação da cabeça e a tração da mandíbula em suspeita de vítima de trauma para manter as vias aéreas abertas, com o polegar e o indicador pressiona-se a máscara contra a face para formar uma vedação e evitar o escape de ar, a outra mão comprime portanto a bolsa e observa-se a elevação do tórax realizando 2 ventilações com bolsa valva-máscara com reservatório e oxigênio adicional a 12 litros por minuto; Realizar 15 compressões e 2 ventilações por 10 ciclos ou 2 minutos seguidos reavaliando o pulso, as manobras são mantidas até a chegada do DEA. E depois a RCP deve ser iniciada imediatamente após o choque, conforme a instrução do DEA, e se for 1 profissional 30/2 , 5 ciclos;

Trocar de posição a cada 2 minutos ou 10 ciclos os profissionais 1 e 2 lembrando que todos os esforços devem ser feitos para realizar a troca em menos de 10 segundos, a fim de evitar a fadiga e para prevenir a redução da qualidade no atendimento; **A partir de um ano**

Instalar pelo profissional 3 o desfibrilador (DEA), enquanto o profissional 1 e 2

procede a massagem; e outro a ventilação 15X2 sempre 10 ciclos, portanto se estiver somente um profissional será 30 compressões para 2 ventilações 5 ciclos.
Remover as roupas do tórax, ligar o DEA, imediatamente o aparelho emite mensagens sonoras indicando os passos a serem seguidos: Conectar o cabo das pás adesivas, após abertura da embalagem, conectar o plugue no local indicado no aparelho, mantendo as compressões torácicas interrompendo somente quando solicitado a pausa para análise;
Colocar as pás adesivas infantis no tórax da seguinte maneira para criança a partir de 1 ano até 8 anos com menos de 25 kg de peso, retirando a película protetora e aplicar as apás da seguinte maneira, uma das apás é fixada na borda esternal direita abaixo da clavícula e a outra inferiormente ao mamilo esquerdo, normalmente a posição correta das apás é ilustrada na embalagem, se não for possível ficar uma distancia de 4 cm entre as apás posicionando uma no peito e outra nas costas da criança,
Afastar todas as pessoas e permitir que o DEA analise o ritmo cardíaco (a seguir o DEA vai indicar se é necessário choque se sim aplique 1 choque e após o mesmo, reinicie a RCP imediatamente por cerca de 2 minutos 15compressões / 2 ventilações 10 ciclos(até ser avisado pelo DEA para a verificação do ritmo)
Continuar as compressões e as ventilações até o novo comando do DEA para análise do ritmo cardíaco; se o ritmo não for chocável imediatamente reinicie a RCP por cerca de 2 minutos ou 10 ciclos, 15 compressões para 2 insuflações (até ser avisado pelo DEA para a verificação do ritmo. Em ambos os casos citados continue os procedimentos até que Suporte Avançado de Vida assuma ou até que a vítima comece a se movimentar;
Auxiliar se necessário na intubação caso o médico solicite, conforme POP específico de intubação;
Recolher o material após o termino do procedimento descartando conforme resíduos de serviço de saúde;
Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
Higienizar as mãos;
Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento com nome completo e Coren do profissional.

Técnica de compressão torácica com as polpas digitais dos polegares para recém _ nascidos e lactentes.

Técnica com compressão torácica com umas das mãos para crianças entre 1 e 8 anos.

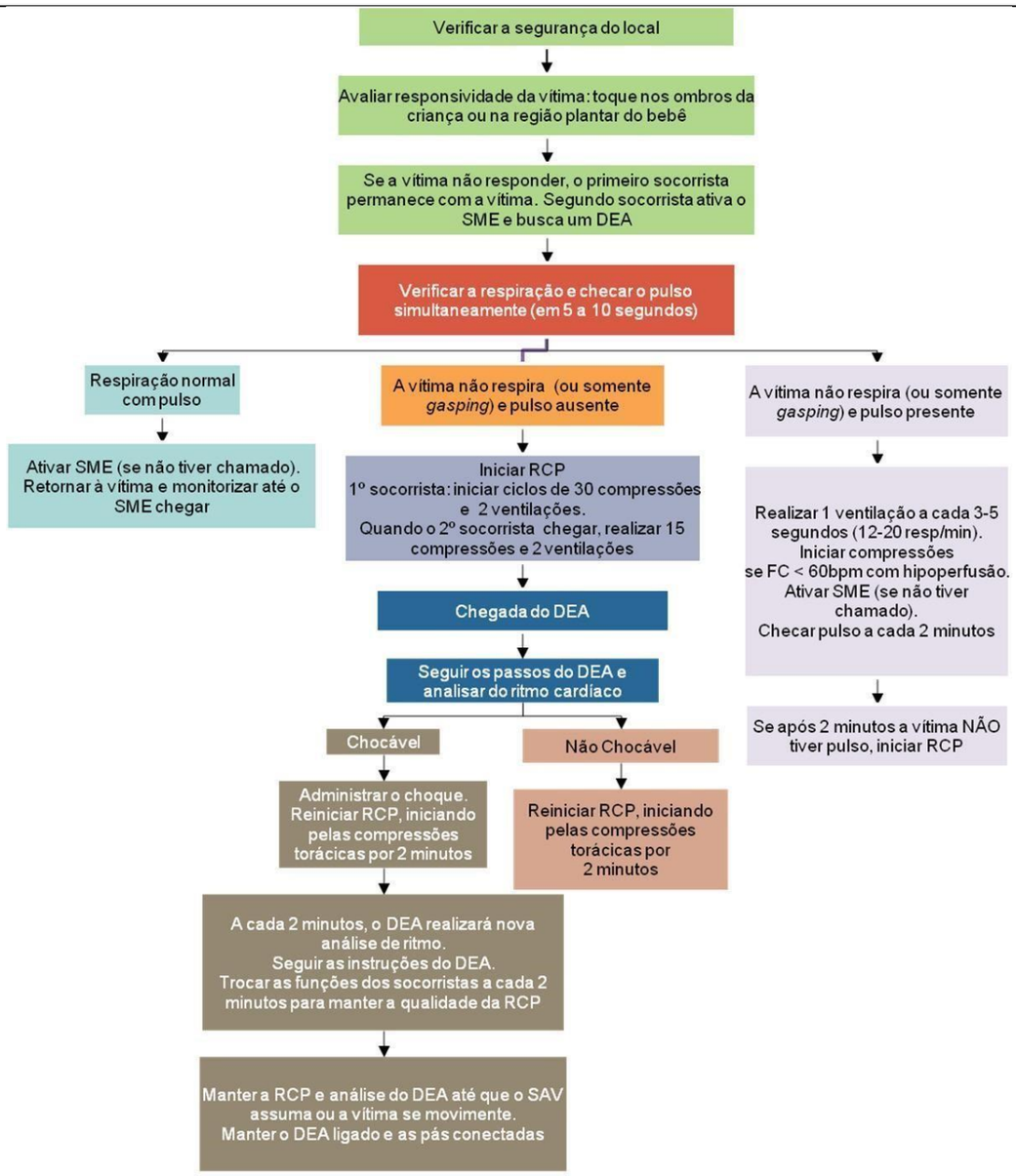


Figura – ***Algoritmo de Suporte Básico de Vida (SBV) pediátrico para profissionais de saúde para dois ou mais ressuscitadores. DEA: desfibrilador externo automático; FC: frequência cardíaca; RCP: ressuscitação cardiopulmonar; SME: serviço médico de emergência***

RECOMENDAÇÕES

Vítimas em parada cardiorrespiratória ou com nível de consciência rebaixado é necessário pôr a cânula de guedel no bebê e na criança procedendo da seguinte maneira: mensurar a distância da comissura labial e o lóbulo da orelha e com auxílio do abaixador de língua introduzir com sua extremidade distal voltada para baixo, diminuindo assim possíveis lesões palatinas.

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a antissepsia das mãos.

Na PCR Presenciada se o DEA estiver disponível imediatamente instalar o DEA, em seguida o aparelho emite mensagens sonoras indicando os passos a serem seguidos conforme citado acima, se não estiver disponível proceder com

as mesmas orientações que estão descritas acima.

Na PCR não presenciada proceder da seguinte maneira se não responsivo, respiração ausente ou em gasping, posicionar a vítima em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca, solicitar ajuda e iniciar imediatamente a RCP, realizando 100 a 120 compressões por minuto a cada 2 minutos trocar com o colega até a equipe de suporte chegar a qual vai utilizar o DEA e vai fazer 15 compressões para 2 ventilações 10ciclos (até ser avisado pelo DEA para a verificação do ritmo) Continuar as compressões e as ventilações até o novo comando do DEA para análise do ritmo cardíaco; se o ritmo não for chocável imediatamente reinicie a RCP por cerca de 2 minutos ou 10 ciclos, 15 compressões para 2 insuflações (até ser avisado pelo DEA para a verificação do ritmo. Em ambos os casos citados continue os procedimentos até que Suporte Avançado de Vida assuma ou até que a vítima comece a se movimentar **Proceder da seguinte maneira na vítima com suspeita de trauma**, avaliar se a vítima respira e adotar o protocolo de Suporte Básico de Vida, colocar o coxim sob o tronco e ombros do bebê/ criança, a fim de manter cabeça em posição neutra, observa se há presença de hemorragias e em seguida realiza o controle cervical abre as vias aéreas fazendo a tração da mandíbula, enquanto o profissional 2 faz a ventilação e compressão mesmo ciclo citado acima, seguindo a sequência no trauma XABCDE. Colocar o coxim sob o tronco do bebê, a fim de manter cabeça em posição neutra, em seguida abrir as vias aéreas com a hiperextensão do pescoço.

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**	**POP N° 51**

REANIMAÇAO NEONATAL			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Reduzir os riscos de morte e lesões cerebrais, devido a falta de circulação e oxigênio, através do atendimento imediato da vítima.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando o RN apresentar parada cardiorrespiratória	
Executante:		Enfermeiro, téc de enfermagem e médico	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (luvas de procedimento, máscara, óculos de proteção se necessário) Aspirador a vácuo e conexões, luvas estéril, água destilada, seringa de 20 ml, sondas de aspiração nº 6, 8,10, ambu com máscara, tamanho neonatal, fonte de oxigênio com fluxômetro e umidificador, estetoscópio.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da "**REGRA DOS TRÊS ESSES"**

Promover a privacidade do paciente;

Higienizar as mãos,

Colocar os EPIs;

Observar falta de responsividade, ausência de respiração, do pulso,

Solicitar ajuda, não se afastar do RN;

Realizar passos iniciais de reanimação;

A: Atentar em manter o RN aquecido e seco, secando o corpo e a cabeça, principalmente a região das fontanelas. Observar a via aérea, posicionar em Trendenlemburg a 20 graus, somente se tiver secreção aspirar delicadamente as vias aéreas com sonda nº 8 ou 10 clampeada conectada ao aspirador à vácuo sobre pressão negativa máxima de 100mmHg, aspirar boca e nariz em

seguida retirar a sonda com movimentos giratórios, se apresentar bradicardia, interromper o procedimento, reavaliar a FC, a aspiração de vias aéreas está reservada aos pacientes que apresentam obstrução à respiração espontânea por secreções ou que vão necessitar de ventilação por pressão positiva.

B: Respiração: estimular a respiração com movimentos suaves de fricção no tronco;

C: Circulação (Avaliar frequência cardíaca e cor);

Avaliar a respiração e a frequência cardíaca pela ausculta do precórdio com estetoscópio, contando por 6 segundos e multiplicando por 10. Se respiração é regular e frequência cardíaca maior que 100bpm, o RN deverá receber os cuidados de rotina.

Deverá proceder das seguintes maneiras:

RN estiver em apneia e FC normal: estimular a respiração pelo método tátil por meio das palmadinhas ou pirapotes nas solas dos pés, movimentos suaves de fricção no dorso, tronco ou nas extremidades observando por 10 segundos para verificar a respiração;

RN estiver em apneia, respiração irregular e/ou frequência cardíaca menor que 100bpm: Ventilar com VPP já no primeiro minuto de vida (minuto ouro), sem oxigênio suplementar por 30 segundos (aperta, solta, solta), num ritmo de 40 a 60 insuflações por minuto, acompanhando a frequência cardíaca e a saturação de oxigênio pelo oxímetro de pulso. Para que o pulmão expanda por meio de ambu e máscara, se o RN pesar aproximadamente 1 kg equivale 1 dedo de pressão no ambu, 2 kg equivale a 2 dedos de pressão e assim sucessivamente em seguida reavalio respiração, frequência cardíaca e cor em 6 segundos se necessário aspirar ou deixar lateralizado;

Agir do seguinte modo se o RN estiver respirando após 30 segundos de VPP, FC maior que 100: cianose central oferecer oxigênio suplementara 5 l por minuto na região do nariz por curtos períodos através de cateter de oxigênio (com a mão em concha ao seu redor, próximo a face do bebê) 1 cm 80%, 2.5 cm- 60% 5,0 cm -40 % o oxigênio deve ser retirado de modo gradual até observar a coloração rosada;

Deverá proceder da seguinte maneira se após os 30 segundos de VPP a cianose persistir, apneia, gasping, frequência cardíaca menor que 100 bpm, agir do seguinte modo: Posicionar-se atrás da cabeça do RN, verificar permeabilidade de vias aéreas superiores aspirar se necessário, adaptar a máscara a face do RN (cobrir ponta do queixo boca e nariz), conectar o ambu a uma fonte de oxigênio com fluxo a 5l/min, utilizando uma pressão em torno de 20 a 30 cm H2O,

Deverá proceder a massagem cardíaca quando após 30 segundos de VPP com ambu com reservatório conectado à fonte de oxigênio a 5l por minuto com uma concentração de oxigênio de 90-100% e frequência cardíaca menor que 60bpm

iniciar massagem cardíaca com ventilação comprimindo com os dois polegares posicionando-os abaixo da linha intermamilar evitando o apêndice xifoide, 3 compressões para 1 ventilação , e reavaliar de 30 em 30 segundos observando se o pulso está palpável e se a frequência cardíaca está aumentando se FC maior que 60 bpm suspender a massagem e manter VPP, a ventilação poderá ser suspensa quando a FC estiver maior que 100bpm, se permanecer com FC menor que 60 bpm continuar a massagem e VPP, reavaliando a FC sempre de 30 em 30 segundos realizando todo o procedimento até 5 minuto em seguida considerar intubação procedimento realizado pelo médico se não houver evolução neste tempo , realizar a mesma conduta de compressão e ventilação citada acima até avaliação medica;

Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletrõnico/ ficha de atendimento, com nome completo e Coren do profissional .

RECOMENDAÇÕES

A massagem cardíaca é eficaz quando é realizada de maneira coordenada mantendo uma relação de 3 massagens para 1 ventilação (3:1), o que deve ser contado em voz alta entre os profissionais a fim de manter o ritmo sincronizado. Deste modo, será obtido uma frequência de 90 massagens para 30 ventilações no período de 1 minuto.

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 52
INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Estabelecer uma via aérea permeável durante a RCP; Permitir um bom volume corrente com ventilações de altas frações de oxigênio; Proteger as vias aéreas de aspiração de conteúdo gástrico.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando houver critério médico.	
Executante:		Médico, enfermeiroe téc de enfermagem.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Cânula traqueal descartável, com numeração apropriada ao paciente, seringa de 20ml, luva estéril com numeração adequada, laringoscópio com lâmina, fio guia, EPIs (máscara, jaleco, luvas de procedimento), cânula de Guedel com tamanho apropriado ao paciente, ambu com máscara e reservatório, aspirador completo, lidocaína gel, esparadrapo ou micropore, fonte de oxigênio disponível com umidificador e fluxômetro, água destilada, oxímetro de pulso, aparelho de pressão arterial, caixa de emergência.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Organizar o material necessário; conferindo se o aspirador e os dispositivos para fornecer ventilação com pressão positiva estão disponíveis e funcionante,

Promover a privacidade do paciente;

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Posicionar o paciente em decúbito dorsal com inclinação cervical de 30º; e posicionar-se atrás da cabeça da vítima, solicitando aos profissionais que

estabilize a cabeça e pescoço do paciente nos casos com suspeita de trauma cervical;

Pré-oxigenar o paciente utilizando oxigênio a 100% com ambu e máscara com reservatório por 3 a 5 minutos antes da intubação**.**

Procedimentos Médico Higienizar

as mãos;

Calçar as luvas estéreis;

Testar o balonete da cânula;

Comprimir a cartilagem cricóide em direção posterior, cranial e para a direita;

Administrar sedativo e analgesia, obtido o relaxamento da vítima, introduzir com delicadeza, e com a mão esquerda segurando o cabo, a lâmina do laringoscópio pelo canto direito da boca. Empurrar a língua e centrar o laringoscópio. Colocar a ponta da lâmina na valécula, levantar com movimento de báscula do laringoscópio para visualizar a glote. Com a mão direita, introduzir a prótese endotraqueal na glote. A marca preta circular presente na maioria das sondas deve ficar na altura das cordas vocais.

Insuflar o balão e confirmar o posicionamento do tubo por meio da ausculta torácica e epigástrica.

Regular os parâmetros no Respirador

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde; Higienizar as mãos.

Procedimento do Técnico de Enfermagem e Enfermeiro.

Puncionar acesso venoso periférico, preparar e administrar as medicações Conforme a Prescrição Médica;

Ventilar o doente administrando 1 ventilação a cada 6 segundos ou seja 10 respirações por minuto até o médico conectar no respirador com os parâmetros ajustáveis;

Proceder à fixação da cânula com cadarço, cortando o mesmo no tamanho adequado, dobrando o cadarço ao meio formando uma alça, passar a alça do cadarço em volta do tubo, na altura da arcada dentária, de uma volta ao redor do tubo, em seguida de 03 nós a seguir uma das tiras deve ser passada ao redor da cabeça e amarre as duas pontas, garantindo boa fixação.

Realizar se necessária aspiração orotraqueal;

Recolher o material após o término do procedimento e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 53
AUTO EXTRICAÇÃO CONTROLADA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.		
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .		
Objetivos do Procedimento	Evitar lesões secundárias na vítima traumatizada; Facilitar e dar segurança para a mobilização da vítima.		
Justificativa	Procedimento que visa reduzir o risco de lesão secundária.		
Quando aplicar	É necessário avaliar alguns pré-requisitos para que o indivíduo se enquadre nessa técnica. Para tal, a vítima precisa estar : • Consciente • Sem sinais de intoxicação, • Obedecendo a comandos, • Hemodinamicamente estável, • Sem fraturas e/ou contusões importantes, • Sentada em veículo de passeio, Com os quatro pneus no solo Com acesso direto à saída.		
Executante:	Equipe de enfermagem.		

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Maca da ambulância , cintos, imobilizador lateral de cabeça, EPIs (luvas de procedimento, jaleco) colar cervical de tamanho adequado para o paciente (PP, P, M, G), álcool gel a 70%.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da **"REGRA DOS TRÊS ESSES"**

Higienizar as mãos; Colocar

os EPIs.

Técnica na qual o paciente se auto-extrica do veículo, com auxílio do profissional da saúde. Estudos conduzidos por *Shafer, J. S, et. al, Engsberg JR,*

et. al e *Dixon M, et. al*, nos anos de 2009 a 2015, demostraram que a técnica de auto-extricação controlada é a que menos gera movimentos da coluna cervical, quando comparada com as técnicas tradicionais de extricação.

Dixon M, *et al* (2014), sugere que a técnica seja realizada em 7 (sete) passos que seguem:

1. **Você entende o que estou pedindo a você? Tente manter a cabeça o mais parada possível. E caso sinta qualquer desconforto ou sensação estranha no corpo, pare o movimento.**
2. **Devagar, você vai colocar seu pé esquerdo no chão, fora do carro.**
3. **Apoie-se no volante e se puxe para frente.**
4. **Mantenha mão direita no volante e ponha sua mão esquerda no banco, atrás de você.**
5. **Devagar vire seu corpo para o lado de fora, seu pé direito deve acompanhar o movimento e você deve se manter sentado.**
6. **Com os dois pés no chão, levante-se com auxílio dos braços para se equilibrar.**
7. **Dê dois passos afastando-se do carro.**

Segue-se demonstradas abaixo as técnicas para abordagem da vítima de trauma e também como retirar a prancha rígida .

1 Abordagem à vítima e solicitação para que o paciente mantenha sua cabeça o mais parada possível

2- Estabilização manual da coluna vertebral.

3- Medição do colar cervical.

4- Posicionamento do colar cervical.

5- Solicitação para que, vagarosamente, o paciente mexa o seu pé esquerdo, colocando-o no chão, fora do carro.

6- Solicitação para que o paciente use o volante como apoio, se puxando para frente.

7- Solicitação para que o paciente mantenha sua mão direita no volante e sua mão esquerda no canto do banco, atrás dele.

8- Solicitação para que o paciente mantenha sua mão direita no volante e sua mão esquerda no canto do banco, atrás dele.

9- Solicitação para que o paciente vire lentamente no banco para o lado de fora. Sua perna direita deve seguir o movimento. Deve permanecer sentado.

10- Solicitação para que o paciente, com ambas as plantas dos pés firmes no chão, levante-se. Deve usar os braços para manter o equilíbrio

11- Paciente em posição ortostática. Solicitação para que o paciente dê 2 passos à frente.

12 Socorristas auxiliam a vítima. Posição das mãos

13- Controladamente, o paciente deve assumir a posição sentada na maca. Socorristas auxiliam a vítima.

14- Rotação controlada do paciente na maca.

15- Paciente em decúbito dorsal na maca.

16- Leve aumento de decúbito, para conforto do paciente.

17- Se transporte longo (acima de 30 minutos), prancha longa rígida é retirada antes do deslocamento:

18- Retirada da prancha na maca, se estimativa do transporte for longo. Se transporte rápido retirada na chegada ao hospital.

19- Paciente em decúbito dorsal na maca, sem prancha.

ABORDAGEM EM PÉ DOIS PROFISIONAIS

1) **Abordagem da vítima e estabilização da coluna cervical pelo primeiro profissional.**

2) Aferição do colar cervical pelo segundo profissional o qual mensura o colar cervical, conforme POP específico .

3 _ Colar cervical no ante braço do primeiro profissional

4 - Estabilização manual da coluna cervical pelo segundo profissional

5- Posicionamento do colar cervical pelo primeiro profissional, enquanto o segundo permanece com a estabilização manual da coluna vertebral .

6 _ Encostar a maca mais próximo da vítima solicitando para que a mesma mantenha sua cabeça o mais parada possível.

7- Controladamente, a vítima deve assumir a posição sentada na maca sendo auxiliada pelos profissionais sempre reavaliando novamente os déficits neurológicos e focais

8 _ Pegar nos MMII e fazer rotação controlada da vítima na maca

9- Rotação controlada até a vítima ficar em decúbito dorsal na maca, podendo realizar um leve aumento de decúbito para conforto do paciente.

ATENDIMENTO EM POSIÇÃO SENTADA

1 – Abordagem á vítima e estabilização manual da coluna vertebral

2- Estabilização manual da coluna vertebral. Colar cervical no antebraço do socorrista

3- Troca do socorrista com

estabilização manual da coluna vertebral.

4- Posicionamento do colar cervical: Enquanto o segundo profissional mensura o colar cervical, conforme POP específico e em seguida coloca o mesmo com o tamanho adequado

5- Solicitação para que o paciente mantenha sua cabeça o mais parada possível. Controladamente, o paciente deve assumir a posição ortostática . Socorristas auxiliam a vítima.

6- Controladamente, o paciente deve assumir a posição ortostática. Profissionais auxiliam a vítima.

7- Paciente em posição ortostática

8- Profissionais auxiliam a vítima. Posição das mãos.

9- Trazer a maca da ambulância o profissional 1 e solicitar para que o paciente mantenha sua cabeça o mais parada possível. Controladamente o paciente deve assumir a posição sentada na maca, enquanto ambos os profissionais auxiliam a vítima para sentar .

10- Rotação controlada do paciente na maca que ficará em decúbito dorsal . Leve aumento de decúbito para conforto do paciente

11- Paciente em decúbito dorsal na maca

RECOMENDAÇÕES

Caso o paciente se encontre impossibilitado de realizar a auto-extricação, este pode ser retirado, utilizando-se técnicas à 0º, 20º, 30º, 50º, 60º e 90º a depender de sua posição no interior do veículo.

Retirar os EPIs; após o término dos procedimentos citados acima descartando- o, conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**		**POP N° 54**
ELEVAÇÃO DA TÁBUA COM DOIS PROFISSIONAIS			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**

Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .
Objetivos do Procedimento	Evitar lesões secundárias na vítima traumatizada. Facilitar e dar segurança para remoção e mobilização da vítima.
Justificativa	Procedimento que visa reduzir o risco de lesão secundária.
Quando aplicar	Em vítimas de trauma.
Executante:	Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Prancha/tábua, EPIs (luvas de procedimento, jaleco), álcool gel a 70%.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da "**REGRA DOS TRÊS ESSES"**

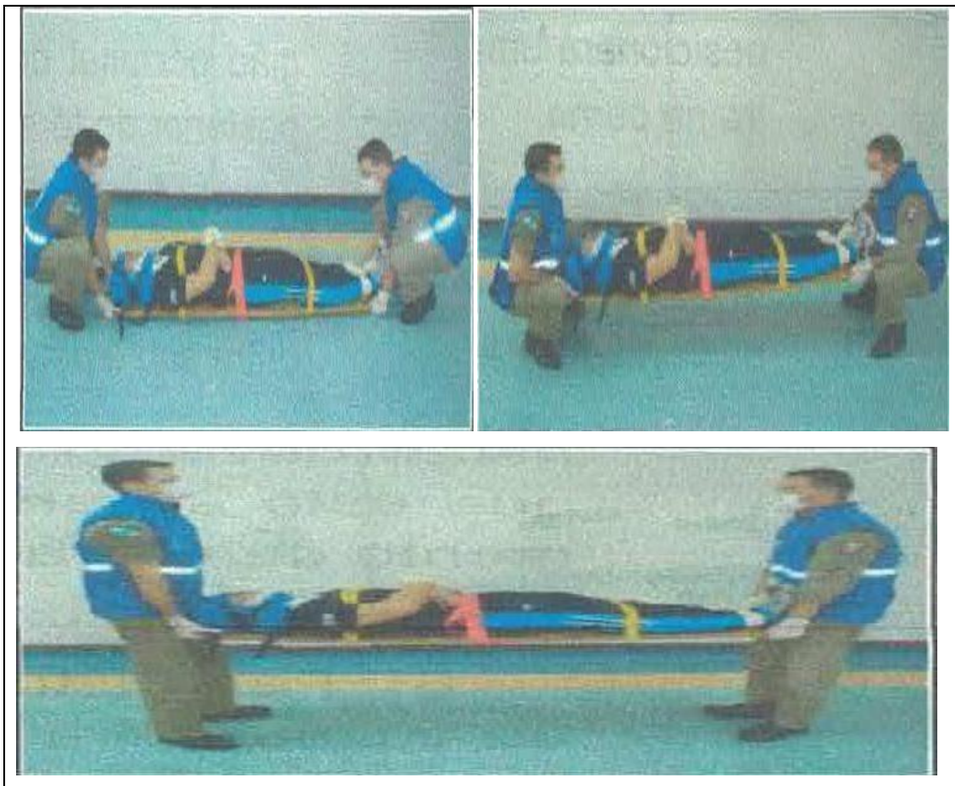
Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Deverá o profissional 1 posicionar na cabeceira da tábua enquanto o profissional 2 na outra extremidade, ambos com os dois pés totalmente no chão e dobrando os joelhos, objetivando manter a coluna na posição mais vertical possível, os dois profissionais posicionam as mãos nas extremidades laterais da tábua, próximos às extremidades;

Elevar a tábua com a vítima sob o comando do profissional 1 até a altura dos joelhos, apoiando com os cotovelos na coxa, cuidando para que a vítima esteja alinhada horizontalmente, por fim sob o comando deste mesmo profissional, os dois profissionais levantam-se ao mesmo tempo, deixando os braços esticados, a partir deste momento estão aptos a deslocar com a vítima;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde; Higienizar as mãos.



RECOMENDAÇÕES

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 55
ELEVAÇÃO A CAVALEIRO COM TRÊS PROFISSIONAIS			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Evitar lesões secundárias na vítima traumatizada. Facilitar e dar segurança para a remoção e mobilização da vítima.	
Justificativa		Procedimento que visa reduzir o risco de lesão secundária.	
Quando aplicar		Em vítimas de trauma.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Prancha/tábua, EPIs(luvas de procedimento e jaleco) álcool gel a 70%.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da **"REGRA DOS TRÊS ESSES"**

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Deverá este procedimento ser realizado por 3 componentes;

Realizar a abordagem o profissional 1 pelo lado em que a vítima está olhando e consecutivamente realizar o controle cervical;

Apoiar uma das mãos do profissional 2 no chão e deslocar para o ápice da cabeça da vítima procedendo o alinhamento do pescoço;

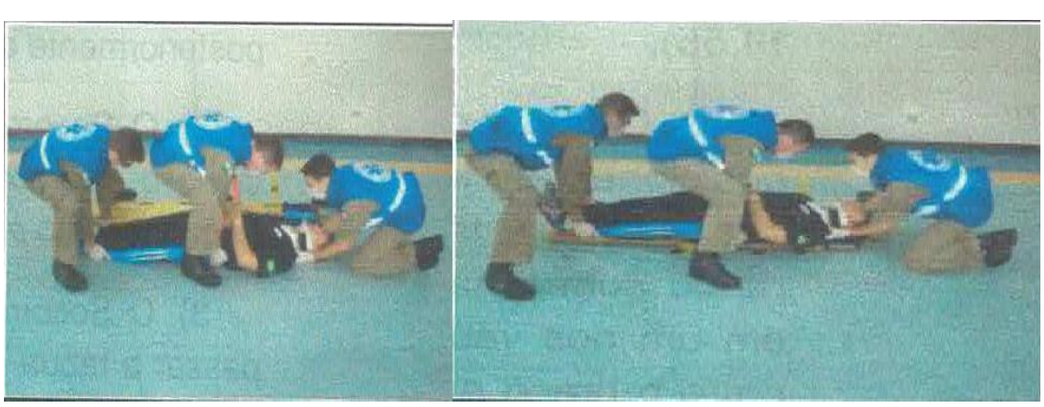
Instalar pelo profissional 2 o colar cervical alinhando os braços da vítima junto ao tronco, podendo deixar o antebraço contrário ao rolamento sobre o tronco; Alinhar pelo profissional 3 as pernas da vítima, fazendo uma leve tração e posteriormente amarrar com uma atadura/ bandagem nos tornozelos da mesma a fim de facilitar o movimento de rolamento;

Deverá o profissional 3 posicionar a tábua de imobilização ao lado da vítima, portanto após ter realizado o alinhamento da vítima e posicionado a tábua profissional 1 sem perder o controle cervical, deve pinçar os ombros da vítima

mantendo o controle cervical com os antebraços, bem como, posicionar o joelho contrário a tábua ao lado da cabeça da vítima e posicionar o pé do outro membro inferior, logo após a tábua;

Posicionar os profissionais 2 e 3 com as pernas abertas sobre a vítima e segurando respectivamente a pelve e as pernas em seguida sob o comando do profissional 1 todos os demais realizarão a elevação e a transferência da vítima para a tábua, tomando cuidado para manter a altura e o alinhamento da vítima; Proceder da seguinte maneira caso a vítima não fique centralizada ou alinhada na tábua os profissionais aproveitando a posição favorável em que se encontram e ao comando do profissional 1, deverão fazer a devida centralização ou alinhamento.

Deverá o profissional 2 realizar a fixação da vítima na tábua com a utilização dos lateralizadores, cintos de fixação no tórax, pelve e membros inferiores Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde; Higienizar as mãos.



RECOMENDAÇÃO : **Se a vítima se encontrar em decúbito dorsal horizontal a primeira opção para a sua retirada será a prancha scoop, como não disponibilizamos no serviço poderemos optar pela segunda opção a elevação a cavaleiro e na impossibilidade optar por rolamento a 90° sendo considerada a terceira opção.** Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**		**POP N° 56**
REMOÇÃO DE VÍTIMA DE VEÍCULOS			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Evitar lesões secundárias na vítima traumatizada; Facilitar e dar segurança para a mobilização da vítima.	
Justificativa		Procedimento que visa reduzir o risco de lesão secundária.	
Quando aplicar		Em situações que a vítima esteja em risco eminente de morte como, por exemplo: parada cardiorrespiratória, risco de incêndio e explosão.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS EPIs (jaleco, luvas de procedimento), álcool gel a 70%.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

REMOÇÃO DE EMERGÊNCIA: Esta remoção é realizada por um único profissional em situações de extremo risco como, por exemplo: parada cardiopulmonar, incêndios, risco de explosão etc.

Priorizar a segurança através da **"REGRA DOS TRÊS ESSES";**

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Deverá o profissional abrir a porta e fazer o controle cervical, fixando o occipital, em seguida fixar a mandíbula com o antebraço passando sob axila da vítima, realizando o alinhamento manual do pescoço e do tronco;

Trazer a vítima ao encontro ao seu ombro fixando-a firmemente, com a mão direita, passar por baixo da outra axila da vítima, segurando o punho da mesma fazendo o início da tração da vítima para fora do veículo;

Sentar a vítima sobre a superfície ao atingir uma distância segura, mantendo o alinhamento do dorso;

Deverá o profissional deslocar a mão que segura o punho da vítima para o occipital, com o objetivo de apoiar a vítima e deitá-la na superfície.

REMOÇÃO RÁPIDA DA VÍTIMA NO VEÍCULO COM A UTILIZAÇÃO DE TÁBUA/PRANCHA

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Tábua/ Prancha, EPIs, (luvas de procedimento, jaleco) colar cervical de tamanho adequado para o paciente PP,P,M, G, álcool gel a 70%.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da "**REGRA DOS TRÊS ESSES"**

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Deverá o profissional 1 abrir a porta e fazer o procedimento neutro de estabilização e alinhamento da cabeça e do pescoço da vítima por trás da mesma e se não for possível realizar pelo lado, da vítima , em seguida o profissional 2, realiza a avaliação rápida da vítima, mensura o colar , conforme POP específico, colocando em tamanho adequado, o profissional 3 posiciona a tábua no banco próximo a vítima;

Permanecer o controle cervical peloprofissional 1 para que o profissional 2mude-se para o banco da frente ao lado da vítima examinando as pernas e fixando-as com a bandagem, caso o veículo possua um console central (acessório), as pernas da vítima devem ser movidas, uma de cada vez sobre o console . O profissional 1 realiza chave de hi -tech elevando e rolando a vítima para a tábua na posição a cavaleiro, enquanto o profissional 2 acompanha o giro mantendo o alinhamento das pernas;

Deitar a vítima na tábua pelo profissional 1 saindo da posição cavaleiro e mantendo o controle cervical, neste momento o profissional 2 fixa o cinto do tórax, enquanto o profissional 1 mantém o controle cervical o profissional 3 ajudas com a tábua a colocá-la no chão para fixação dos cintos na seguinte sequência tórax, pelve imobilizador lateral de cabeça e cinto nos membros inferiores;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos.

RECOMENDAÇÕES

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a antissepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 55
RETIRADA DE VEÍCULO COM UTILIZAÇÃO DO COLETE DE IMOBILIZAÇÃO DORSAL – KED			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Retirada de vítimas na impossibilidade de proceder com outras técnicas de extração e de angulação, com restrição do movimento da coluna.	
Justificativa		Procedimento que visa reduzir o risco de lesão secundária.	
Quando aplicar		Na impossibilidade de realizar outras técnicas de extração das vítimas.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS KED, tábua/prancha e EPIs (luvas de procedimento, jaleco) colar cervical de tamanho adequado para o paciente PP, P, M, G, álcool gel a 70%.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança no local por meio da Regra dos “TRÊS ESSES”;

Higienizar as mãos

Colocar os EPIs;

Realizar o XABCD, verificando se a vítima está estável, decidindo o uso da técnica, caso a vítima esteja grave, aplicar a técnica de retirada rápida;

Abordar fazendo a estabilização e o alinhamento da coluna cervical o profissional 1, enquanto o profissional 2 mensura o colar cervical, conforme POP específico, colocando o mesmo, em seguida pega o colete, antes de colocar o colete atrás da vítima, os dois tirantes longos (tirantes da virilha), são abertos e posicionados atrás do colete, após posicionar o colete atrás da vítima, as abas laterais são colocadas em torno da mesma e movimentadas até tocarem as suas axilas; Posicionar o corpo da vítima á frente em movimento monobloco para permitir a

colocação do colete imobilizador, portanto este movimento deve ser sutil não forçando a coluna na região lombar e cintura pélvica, observando possíveis fragmentos de vidro, ferimentos ou objetos transfixados procedimento este realizado pelo profissional 2;

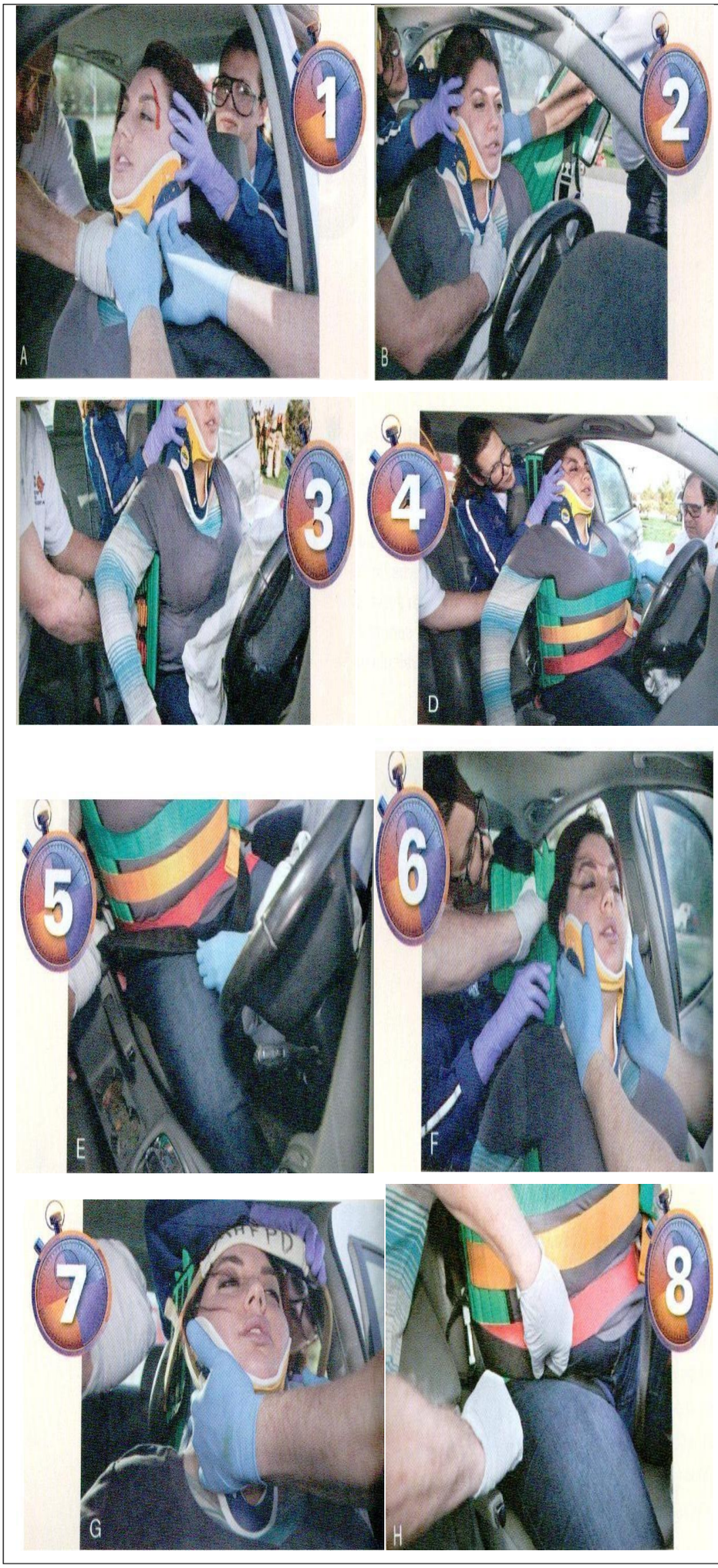
Deverá o profissional 2 colocar o KED entre a vítima e o banco, enquanto o profissional 1 permanece sustentando a cabeça com o colar cervical, em seguida ajustando-o de modo que as abas laterais fiquem de baixo das axilas , procurando soltar os tirantes dos membros inferiores antes do encaixe do equipamento, passando os tirantes da seguinte maneira:

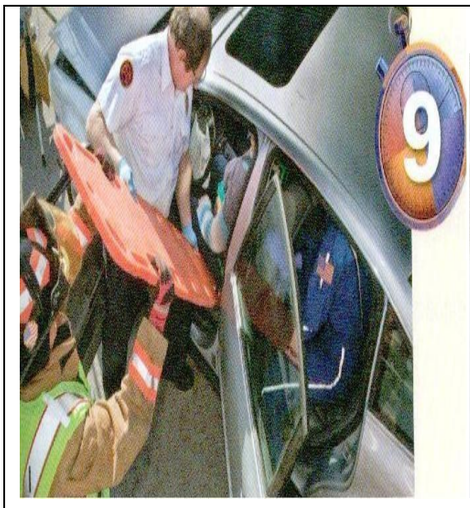
1. Tirante abdominal: amarelo (do meio).
2. Estabilizar a lateral da cervical colocando em seguida a almofada entre a cabeça e o colete fixando em seguida o tirante frontal e depois o inferior, não devendo ficar muito apertada e nem impedir movimentos da mandíbula e abertura da boca. Só agora o profissional 1 que desde o início está no controle cervical pode soltar e passar a segurar o KED pela alça superior.
3. Tirante torácico: verde (superior), sem ajustá-lo demasiadamente.
4. Tirante pélvico: vermelho (inferior).
5. Tirantes dos membros inferiores preto passando de fora para dentro por baixo um de cada lado, (obs.: o uso dos tirantes dos membros inferiores não é recomendado em caso de suspeita de fratura pélvica ou de fêmur).

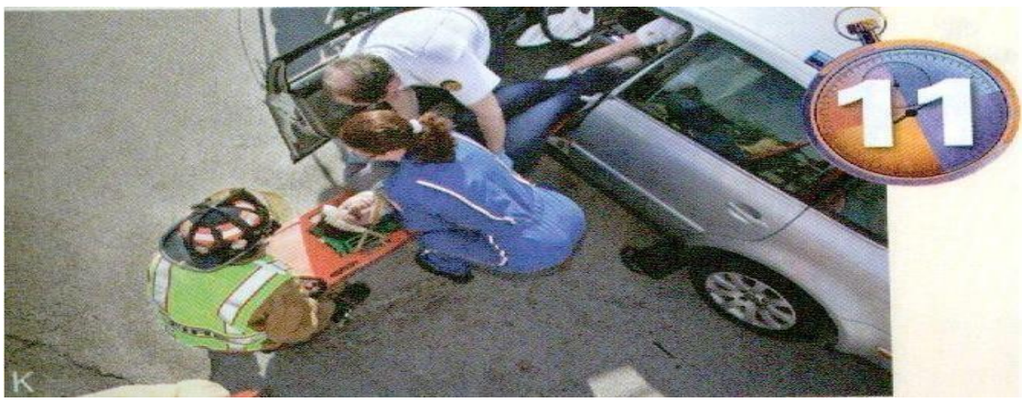
Ajustar os tirantes á medida que são colocados na vítima e revisar o aperto dos mesmos, portanto o tirante torácico ou verde deverá ser levemente ajustado, Trazer a maca da ambulância com a prancha longa o profissional 2, até a abertura da porta do veículo, onde a prancha será posicionada debaixo das nádegas da vítima.

Movimentar a vítima os profissionais puxando as alças do KED girando em torno do eixo longitudinal da vítima, enquanto a mesma é girada suas extremidades inferiores devem ser elevadas para o assento, portanto se o veículo tem um console central, as pernas do doente devem ser levantadas por cima do console, uma por vez e movido para fora do veículo. Assim que a vítima tiver sido girada de forma que suas costas fiquem voltadas para o centro da prancha longa, a mesma é deitada na prancha mantendo as pernas elevadas;

Deverá em seguida colocar a vítima sobre a prancha e logo após os dois tirantes da região inguinal devem ser soltos e as pernas da vítima abaixadas, sendo a mesma posicionada á medida que é movimentada para cima na prancha com o colete, neste momento o profissional pode soltar o tirante superior do tórax, portanto assim que a vítima for posicionado na prancha longa, o colete é mantido imobilizando a cabeça, o pescoço e o tronco, as extremidades inferiores também são imobilizadas na prancha, sendo a mesma fixada na maca da ambulância.


1
A
2
B
3
4
D
5
E
6
F
7
G
8
H





RECOMENDAÇÕES:

Não fixar o tirante pélvico em gestantes.

O KED deve estar com os tirantes enrolados em forma de sanfona antes de ser utilizado.

Preferencialmente retirar a vítima pelo lado da porta de seu assento;

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Utilizar este procedimento em pacientes que não tem a possibilidade de realizar a técnica de autoextricação assistida e de ângulos de extração a 0º ,30º, 60°, 90º pois estudos demonstram que a utilização do KED pode aumentar em até 4x a movimentação da coluna cervical durante a extricação do que a autoextricação assistida.

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**		**POP N° 56**
REMOÇÃO DE VÍTIMA DEITADA NO BANCO DIANTEIRO			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**

Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .
Objetivos do Procedimento	Evitar lesões secundárias na vítima traumatizada; Facilitar e dar segurança para a remoção e mobilização da vítima.
Justificativa	Procedimento que visa reduzir o risco de lesão secundária.
Quando aplicar	Indicado para retirada de vítimas de traumas que se encontram deitada no banco dianteiro do veículo.
Executante:	Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Tábua/prancha e EPIs (luvas de procedimento, jaleco), imobilizador lateral de cabeça e cintos, álcool gel a 70%.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança no local por meio da Regra dos **"TRÊS ESSES";**

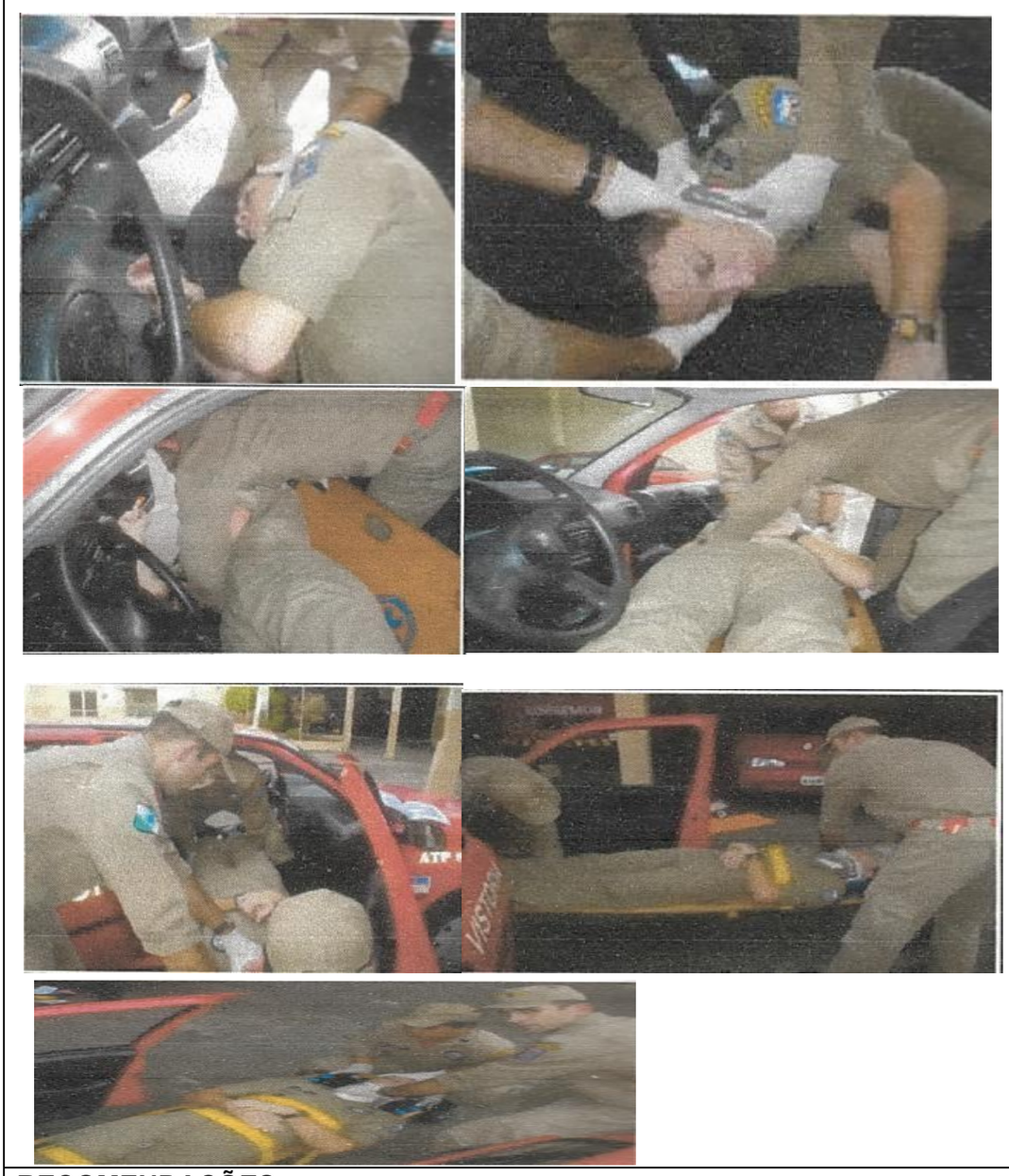
Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Abordar fazendo o controle cervical o profissional 1, mantendo o alinhamento para colocação do colar cervical, enquanto o profissional 2 mensura o colar e instala o mesmo, logo após o profissional 3, fixa as pernas com bandagem após examiná-las, segurando-as alinhadas, enquanto o profissional 2 afasta suavemente a vítima do banco para a passagem da tábua;

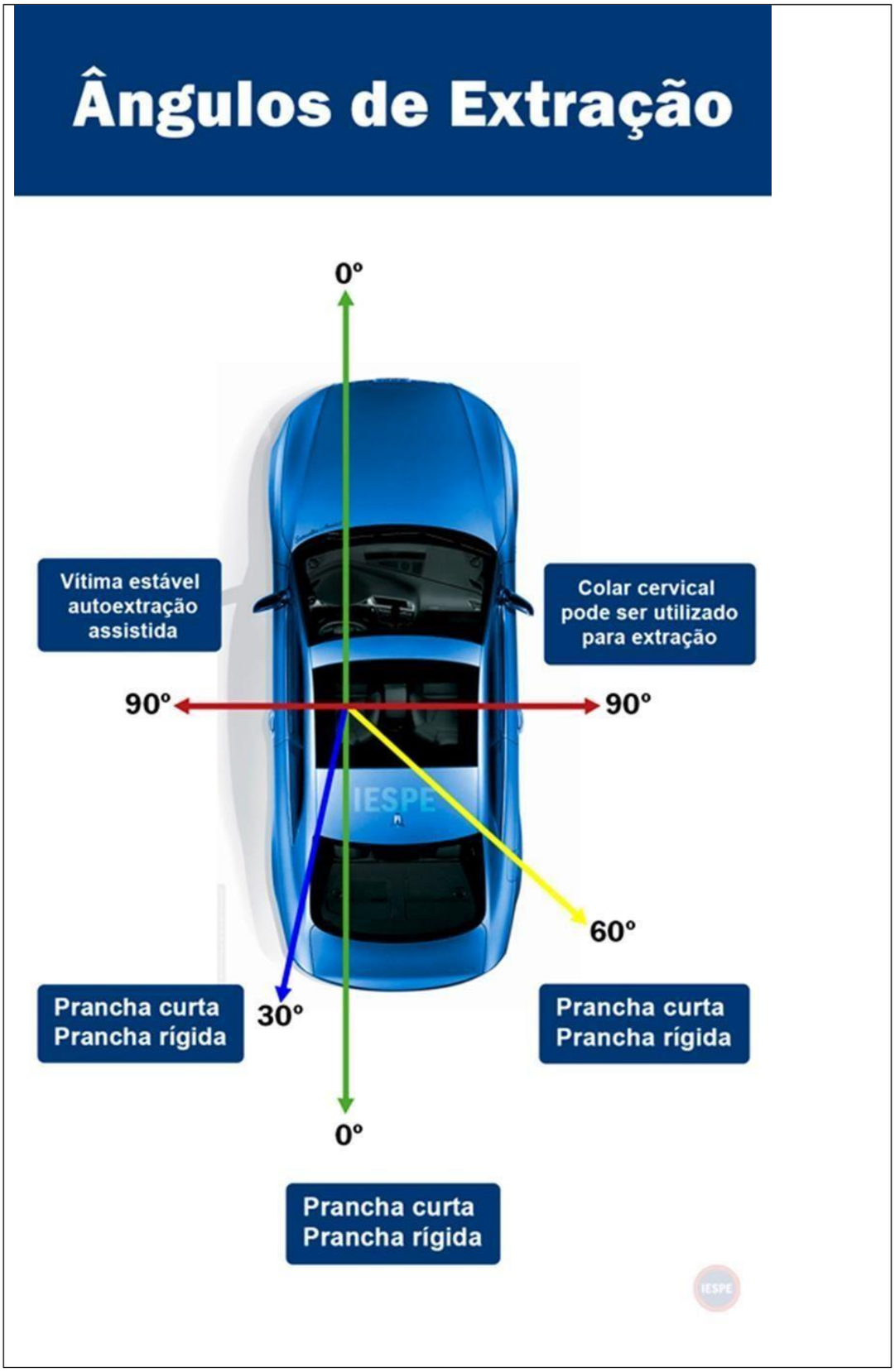
Deverá o profissional 1 após coordenar a passagem da tábua, segurar com a mão esquerda na face e a direita na tábua, enquanto o profissional 2 com a mão direita no pegador mais próximo e adiante da tábua e a mão esquerda segura no pegador mais próximo da cintura da vítima e com esse braço ajuda a apoiá-la na tábua para o giro;

Coordenar o giro o profissional 1 e simultaneamente o avanço da tábua sem perder o controle da cabeça, em seguida o profissional 2 posiciona-se na frente e a cavalo sobre a vítima para na nova contagem do líder que não perde o controle da cabeça, para que seja liberado o tórax da vítima para a fixação do primeiro cinto. Os profissionais realizam o segundo avanço para a fixação do segundo cinto, neste momento deve ser utilizado o auxílio do profissional 3 para ajudar o profissional 1 a segurar a tábua, sem perder o controle da cabeça; Fixar o terceiro cinto após o terceiro avanço os profissionais 1 e 3 que estão na cabeça auxiliados pelo profissional 2 que acabou de sair do veículo colocam a tábua no chão para findar as fixações, logo após os profissionais 1 e 3 instalam devidamente o imobilizador lateral de cabeça para a devida remoção.



RECOMENDAÇÕES

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.



Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP	POP N° 57
REMOÇÃO DE VÍTIMA DEITADA NO BANCO TRASEIRO		

Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Evitar lesões secundárias na vítima traumatizada; Facilitar e dar segurança para a remoção e mobilização da vítima.	
Justificativa		Procedimento que visa reduzir o risco de lesão secundária.	
Quando aplicar		Indicado para retirada de vítimas de traumas que se encontram deitada no banco traseiro do veículo.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Tábua/prancha e EPIs (luvas de procedimento, jaleco); imobilizador lateral de cabeça, cintos, colar cervical em diversos tamanhos, álcool gel a 70%.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança no local por meio da Regras dos “ **TRÊS ESSES**”

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

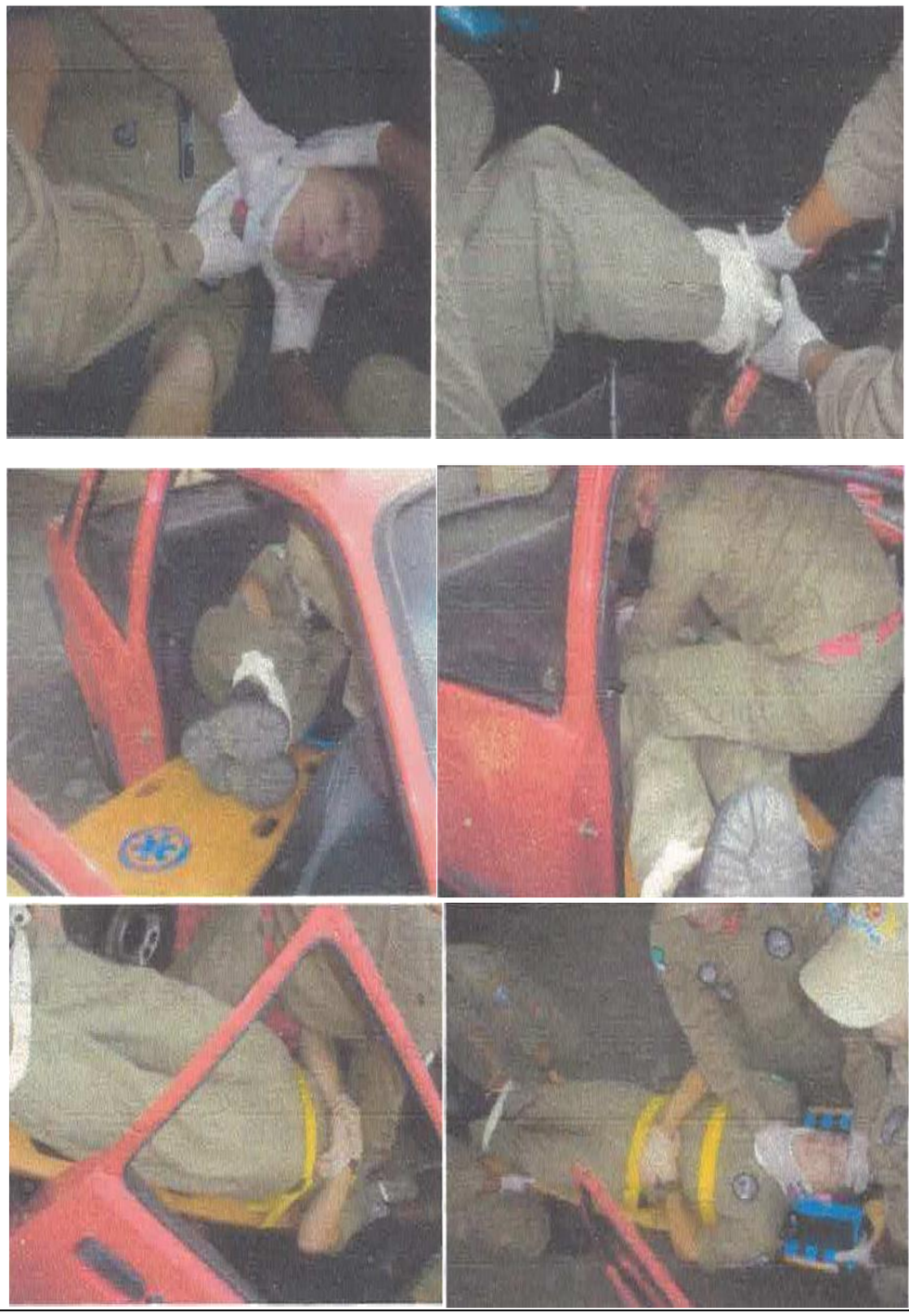
Abordar fazendo o controle cervical o profissional 1, enquanto o profissional 2 mensura e coloca o colar cervical, o profissional 1 realiza o alinhamento da coluna cervical. O profissional 3 palpa, amarra as pernas e posiciona a tábua embaixo da vítima;

Deverá o profissional 1 posicionar-se na cabeça, com o socorrista 2 segurando na crista ilíaca enquanto o profissional 3 está segurando nos tornozelos, após a contagem do profissional 1 a vítima é girada em parafuso para a tábua, o profissional 2 se reposiciona e na nova contagem, a vítima é novamente deslizada sobre a tábua;

Proceder pelo profissional 2 a fixação pelo menos um cinto e em seguida

posiciona-se fora do veículo para auxiliar o profissional 3 na retirada da tábua, ainda permanecendo no interior do veículo o profissional 1;

Ficar o profissional 3 na extremidade inferior da tábua, e o profissional 2 posiciona-se na cintura, enquanto o profissional 1 acompanha a retirada da tábua segurando a cabeça, em seguida a tábua é removida para o chão, os cintos são fixados na seguinte sequência: tórax, pelve, imobilizador lateral de cabeça e membros inferiores.



RECOMENDAÇÕES

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 58

IMOBILIZAÇÃO DA CRIANÇA RECÉM NASCIDO E CRIANÇAS ATÉ 7 ANOS COM SUSPEITA DE LESÕES VERTEBROMEDULARES

Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026

Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .
Objetivos do Procedimento	Evitar lesões secundárias na vítima traumatizada; Imobilizar a coluna da vítima com suspeita de lesão vértebromedular. Facilitar e dar segurança para a remoção e mobilização da vítima.
Justificativa	Procedimento que visa reduzir o risco de lesão secundária.
Quando aplicar	Indicado para retirada de vítimas
Executante:	Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Tábua/prancha e EPIs (jaleco, luvas de procedimento), cintos, cobertores/ toalhas, álcool gel a 70%.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança no local por meio da Regra dos **"TRÊS ESSES"**

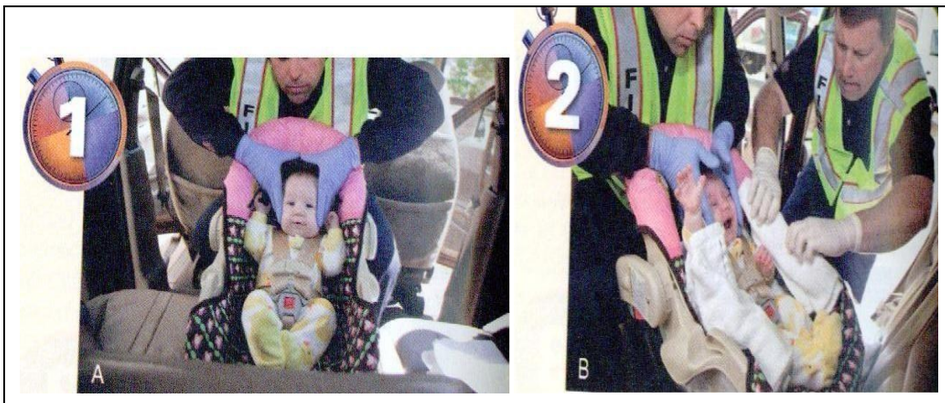
Higienizar as mãos;

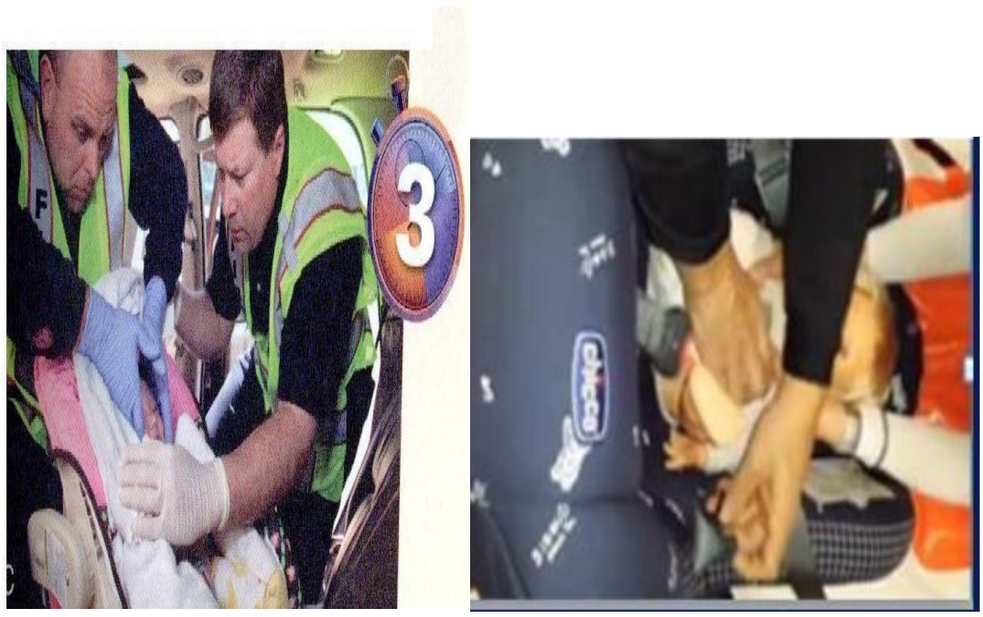
Colocar os EPIs;

Estabilizar a cabeça e o pescoço da vítima em posição neutra procedimento feito pelo primeiro profissional;

Deverá o segundo profissional dentro do veículo colocar coxins/ toalhas/cobertores dobrados enquanto o profissional 1 mantém a estabilização manual da cabeça e do pescoço da vítima;

Proceder da seguinte forma: retirar a criança com cadeira do veículo e quando chegar ao chão, virar a cadeirinha no sentido em que a cabeça fique na horizontal e colocar a criança estabilizando a cervical no ked infantil para proceder a restrição e o transporte.





RECOMENDAÇÕES

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**		**POP N° 59**
IMOBILIZAÇÃO DA CRIANÇA A PARTIR DE 8 ANOS e PRÉ ADOLESCENTE ATÉ OS 14 ANOS COM SUSPEITA DE LESÕES VERTEBROMEDULARES			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	

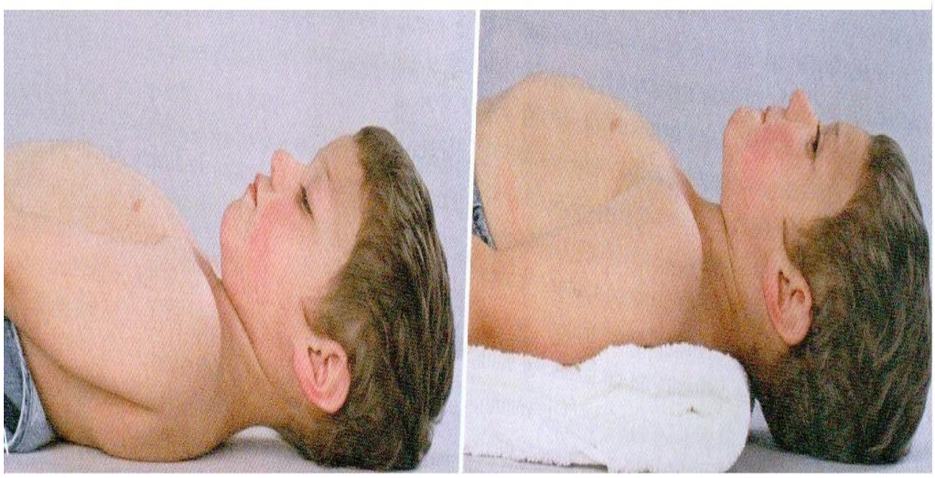
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .
Objetivos do Procedimento	Evitar lesões secundárias na vítima traumatizada; Imobilizar a coluna da vítima com suspeita de lesão vértebromedular Facilitar e dar segurança para a remoção e mobilização da vítima.
Justificativa	Procedimento que visa reduzir o risco de lesão secundária.
Quando aplicar	Indicado para retirada de vítimas.
Executante:	Equipe de enfermagem.
MATERIAIS NECESSÁRIOS Tábua/prancha, EPIs (luvas de procedimento e jaleco) imobilizador lateral de cabeça, cintos, coxim/ toalhas/ cobertor, álcool gel a 70%.	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO Priorizar a segurança no local por meio da Regra dos **"TRÊS ESSES"** Higienizar as mãos; Colocar os EPIs; Deverá o primeiro profissional se ajoelhar a cima da cabeça da vítima, fazendo a estabilização manual da cabeça e do pescoço, o segundo profissional mensura e coloca o colar cervical, enquanto o primeiro profissional mantém a estabilização neutra e alinhada, neste momento o segundo profissional alinha os membros superiores e inferiores se necessário; Trazer a tábua/ prancha o segundo profissional mais próxima da vítima e colocar sob a tábua/ prancha um coxim / toalha/ dobrada sob os ombros e o tronco da criança, devido a região occipital da criança ser mais proeminente, em	

seguida ajoelhar ao lado da vítima, entre os ombros e seus joelhos, segurando a vítima pelos ombros e quadris, de modo a manter os membros inferiores alinhados em posição neutra. Ao comando do primeiro profissional a vítima é levemente rolada de lado e posicionada na prancha;

Proceder da seguinte maneira neste momento: enquanto o primeiro profissional, mantém a estabilização da cabeça e do pescoço o segundo profissional coloca o imobilizador lateral da cabeça em seguida os cintos no tórax, pelve membros inferiores.

RECOMENDAÇÕES

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos



Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**		**POP N° 60**
CUIDADOS COM FRATURAS E LUXAÇÕES			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	

Objetivos do Procedimento	Executar a técnica correta minimizando a dor e reduzindo o inchaço no local da contusão com suspeita de fratura ou luxação, evitar maiores danos aos nervos e vasos sanguíneos.
Justificativa	Procedimento emergencial utilizado em casos de suspeita de fraturas ou de lesões extensas nas partes moles.
Quando aplicar	Quando houver suspeita de fratura/ luxação
Executante:	Equipe de enfermagem/médica

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Talas, ataduras, bandagem, fita adesiva, EPIs (jaleco e luvas), compressas, gelos, álcool gel a 70%.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da "**REGRA DOS TRÊS ESSES"**

Promover a privacidade da vítima;

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Retirar vestimentas, se necessário utilizar tesoura ponta romba e cortar entre as costuras;

Retirar adornos próximos da lesão. Não alinhar a área lesada em caso de fratura exposta;

Observar se há sinais e sintomas de fratura como: dor, deformidade, impotência funcional, aumento de volume e crepitação óssea;

Avaliar a cor da extremidade (a palidez pode ser considerada a primeira manifestação clínica de problema vascular do membro);

Imobilizar a articulação acima e abaixo da fratura com bandagem e quando utilizar ataduras sempre imobilizar iniciando da área distal para proximal, ou seja, no sentido do retorno venoso não movimentar a vítima antes de imobilizá- la adequadamente;

Forrar a tala se for de papelão, conforme a preferência as ataduras devem ficar firmes e não apertadas a ponto de prejudicar a circulação;

Executar manobras de alinhamento e tração com ênfase para retorno á posição anatômica, exceto se presença de dor significativa ou resistência ao reposicionamento, antes de imobilizá-la verificar o pulso, perfusão a sensibilidade e a mobilidade antes e depois de tracionar e alinhar;

Manter a tração e o alinhamento até que a tala de imobilização esteja posicionada e fixada e jamais moldar a tala sobre o membro fraturado da vítima; Deverá proceder da seguinte maneira em caso de ferimentos abertos irrigar com soro fisiológico 0,9% e cobrir com curativos estéreis para controlar o sangramento e prevenir infecção, para depois imobilizar, porém nas fraturas expostas proceder do mesmo modo, portanto não recolocar o osso para dentro; jamais alinhar e tracionar imobilizando na posição que se encontra;

Controlar também a hemorragia nos casos de ossos longos e ficar atento aos sinais vitais;

Aquecer a vítima para prevenir choque hipotérmico;

Proceder à imobilização com bandagem triangular ou ataduras, em todos os casos de luxações e fraturas;

Imobilizar na posição de deformidade em casos de luxação, buscando oferecer o máximo de conforto a vítima, pois as luxações causam dor, deformidade, impotência funcional, palidez localizada, edema e encurtamento, portanto as manobras nos casos das luxações cabem exclusivamente ao médico;

Cobrir com curativo estéril todas as lesões presentes;

Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento, com nome completo e Coren do profissional.

RECOMENDAÇÕES:

Caso a vítima apresente sinais de choque, alinhar os membros na posição anatômica normal com exceção da fratura exposta e providenciar transporte imediato.

O transporte deve ser realizado de maneira confortável e segura, evitando lesões secundárias e independentes do tempo e da distância a serem percorridas até o atendimento médico todas as fraturas devem ser imobilizadas.

Gelo envolvido em compressas também pode ser utilizado, para reduzir a dor e

o aumento de volume, colocado sobre o membro, próximo ao sítio suspeito de fratura/ luxação.

Sempre avaliar o ABCDE para verificar se há risco de vida.

Se houver risco de incêndio, desabamento ou explosão arraste-a por meio do maior eixo do corpo. Se houver necessidade de posicionar a vítima para instituir RCP, proceda de maneira a manter em alinhamento os segmentos fraturados. Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 61
TRAÇÃO FÊMUR			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Imobilizar o membro inferior com suspeita de fratura femoral em sua parte medial, auxiliando a reduzir o sangramento interno e a dor	
Justificativa		Redução da dor e prevenir lesões secundárias.	
Quando aplicar		Quando houver suspeita de fratura de fêmur na região medial.	
Executante:		Equipe médica e de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Tração de fêmur, ataduras, bandagem. EPI s (luvas de procedimento, jaleco); álcool gel a 70%.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Promover a privacidade da vítima e tranquilizá-lo;

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Examinar o membro o profissional 1, ficando responsável pela tração e alinhamento manual da fratura, enquanto o profissional 2 se responsabiliza pelo preparo adequado do aparelho de tração;

Deverá o profissional 1 preparar para realizar a tração e o alinhamento, enquanto o profissional 2, utiliza o membro inferior não–traumatizado como referência para estabelecer o comprimento da tração; posicionando a tração da crista ilíaca até o calcâneo para realizar a mensuração;

Proceder ao alinhamento e a tração do membro pelo profissional 1, enquanto o profissional 2, realiza o preparo da tração com a fixação dos fechos de comprimento, abertura de todas as faixas e liberação da faixa de tração, fixando inicialmente a cinta próxima a raiz da coxa, em seguida realizar a fixação da

tornozeleira com a cinta de velcro que substituirá a tração na instalação da tala;

Deverá o profissional 1 somente soltar a tração após o profissional dois instalar e fixar a tração pela catraca do equipamento, em seguida fixar as demais fitas da coxa ao tornozelo;

Terminar a instalação da tração com avaliação do pulso, sensibilidade e motricidade distal;

Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletrônico / ficha de atendimento, com nome completo e Coren do profissional.

RECOMENDAÇÕES:
Incluem-se as seguintes contra indicações ao uso de tração: suspeita de fratura pélvica, do colo do fêmur (quadril), avulsão ou amputação do tornozelo e do pé, suspeita de fratura adjacente ao joelho, fratura exposta. As fraturas abertas ou fechadas de fêmur também podem ser imobilizadas com talas rígidas e moldáveis utilizando nunca em número menor do que três e fixadas; visando impedir a movimentação do quadril ou do joelho. Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**		**POP N° 62**
FIXAÇÃO DA VÍTIMA COM TRAÇÃO DE FÊMUR NA TÁBUA DE REMOÇÃO			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Imobilizar na tábua de remoção a vítima com suspeita de fratura de fêmur na região medial.	
Justificativa		Redução da dor e prevenir lesões secundárias.	
Quando aplicar		Quando a vítima foi imobilizada com equipamento de tração de fêmur e precisa ser colocada em tábua.	
Executante:		Equipe de Enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Prancha/tábua, cintos, EPI s (luvas), bandagem/ faixa, álcool a 70% em gel.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Explicar o procedimento a vítima;

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Deverá os três profissionais ficar posicionados em linha, em seguida realizar o procedimento de rolamento de 90º para o posicionamento da tábua que deve ser feito pelo lado sem lesão, ficando um profissional responsável exclusivamente do apoio da tração de fêmur, acompanhando o giro dos demais; Centralizar a vítima na tábua;

Fixar o suporte elevado da tração com bandagem/ faixa, para que no transporte não haja a possibilidade de movimentação, os cintos de fixação não devem ser colocados por cima do membro afetado.

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

RECOMENDAÇÕES

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP		POP N° 63
ESTADO DE CHOQUE			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Evitar lesões secundárias na vítima traumatizada.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando a vítima apresentar o quadro clínico que resulta da incapacidade do sistema cardiovascular em fornecer circulação sanguínea suficiente para os órgãos.	
Executante:		Equipe de enfermagem / médica.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (luvas de procedimento, jaleco), esfignomanômetro, estetoscópio, oxímetro, cilindro de oxigênio com fluxômetro e umidificador, água destilada, máscara com reservatório/cateter de O2/ máscara de venturi ,colar cervical (PP,P,M,G), prancha, cintos e imobilizador lateral de cabeça, material para acesso venoso.(garrote, cateter venoso periférico, algodão, esparadrapo, álcool a 70%), soro fisiológico/ ringer/ equipo e polifix, manta térmica ou cobertor.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da **"REGRA DOS TRÊS ESSES"**

Promover a privacidade da vítima;

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Realizar a abordagem primária, estabilizando a coluna cervical se suspeita de trauma;

Controlar as hemorragias externas se pertinente considerando compressão, torniquete, conforme POP especifico de hemorragias, as fraturas devem ser estabilizadas para que a amplitude da lesão não favoreça sangramento. Portanto algumas medidas como colocação de talas em fraturas de ossos longos, e uso de lençol para estabilização da cintura pélvica podem evitar que o paciente evolua com quadro crítico de choque hemorrágico classe III ou IV Realizar a imobilização de maneira cuidadosa posicionando a vítima deitada com as pernas elevadas se não houver contra indicação; e na suspeita de trauma considerar os critérios de Restrição de Movimentos da coluna e se necessário imobilizar e estabilizar a coluna cervical, tronco e membros em prancha longa com alinhamento anatômico;

Proceder a abordagem secundária, com ênfase para coletar história **SAMPLA;**

Monitorar sinais vitais;

Oferecer oxigeno terapia em máscara com reservatório de 10 a 12 l/min independentemente da saturação de oxigênio, até avaliação médica;

Puncionar assim que for possível acesso venoso periférico calibroso e instalar soro ringer/ fisiológico se possível aquecido em forno micro-ondas a uma temperatura de 39°C, com gotejamento lento até a avaliação médica;

Manter a vítima aquecida utilizando manta térmica ou cobertor, a fim de prevenir a hipotermia;

Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento, com nome completo e Coren do Profissional.

RECOMENDAÇÕES

No APH, a conduta mais segura diante de um paciente traumatizado em choque é considerar a causa do choque como hemorrágica, até prova em contrário.

CLASSIFICAÇÃO DOS CHOQUES QUANTO Á ETIOLOGIA.

HIPOVOLÊMICO: Caracterizado pela perda de volume, portanto é o mais comum nas ocorrências de trauma devido às hemorragias e fraturas associadas.

CARDIOGÊNICO: Ocorre devido a falha cardíaca, provocada por traumas torácicos como tamponamento cardíaco, contusão direta do miocárdio e problemas clínicos como as arritmias**.**

DISTRIBUTIVOS (Neurogênicos Séptico e Anafilático). Falha na distribuição do oxigênio.

SINAIS ASSOCIADOS AOS TIPOS DE CHOQUE				
SINAIS	HIPOVOLÊMICO	NEUROGÊNICO	CARDIOGÊNICO	SÉPTICO
Temperatura da pele	Fria, úmida, pegajosa	Quente, seca	Fria, úmida, pegajosa	Fria, úmida, pegajosa
Coloração pele	Pálida, cianose		Rosada	Pálida, cianose Pálida, rendilhada
Pressão arterial	Normal ou diminuída	Normal ou diminuída	Normal ou diminuída	Normal ou diminuída
Nível de Consciência	Alterado	Alerta, lúcido, orientado		Alterado
Enchimento Capilar	> 2 seg	Normal: < 2 seg	> 2 seg	> 2 seg
Frequência Cardíaca	Aumentada	Aumentado	Aumentada	Aumentada

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 64
CHOQUE ELÉTRICO			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Evitar lesões secundárias na vítima traumatizada.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando a pessoa entrar em contato com uma corrente elétrica sem o devido isolamento térmico.	
Executante:		Equipe de enfermagem / médica.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS EPIs (luvas de procedimento, jaleco) ambu com reservatório e DEA(se necessário) esfignomanômetro, estetoscópio, oxímetro, cilindro de oxigênio com fluxômetro e umidificador, água destilada, máscara com reservatório/cateter de O2/ máscara de venturi ,(colar cervical PP,P,M,G), prancha, cintos e imobilizador lateral de cabeça., material para acesso venoso.(garrote, cateter venoso periférico, algodão, esparadrapo, álcool a 70%).			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da **“REGRA DOS TRÊS ESSES”**

Promover a privacidade do paciente;

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Desligar o sistema elétrico, jamais tocar no acidentado, enquanto o mesmo estiver submetido á corrente elétrica;

Realizar abordagem primária iniciando RCP caso necessário; observando sempre a cinemática do trauma;

Avaliar os critérios de Restrição de Movimento da Coluna, conforme POP específico e se necessário realizar a Restrição da coluna cervical, tronco e membros em prancha longa com alinhamento anatômico;

Proceder a abordagem secundária;

Monitorar os sinais vitais,

Oferecer oxigenoterapia em máscara com reservatório de 10 a 12 l/min independentemente da saturação de oxigênio , até avaliação médica.

Irrigar com soro fisiológico as queimaduras se apresentar;

Encaminhar ao atendimento médico;

Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Anotar no prontuário eletrônico / ficha de atendimento/os procedimentos realizados, com nome completo e Coren do profissional.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 65
CONTROLE DA HEMORRAGIA EXTERNA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Promover a hemostasia. Prevenir o choque hipovolêmico.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando paciente apresentar hemorragia externa.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS EPIs (jaleco; luvas de procedimento, e óculos), gazes, chumaço, ataduras, cilindro de oxigênio com fluxômetro e umidificador, máscara de Venturi/cateter nasal/máscara com reservatório, água destilada, material para punção venosa (algodão, álcool a 70%, garrote, cateter venoso periférico), soro fisiológico 0,9% de 250ml ou ringer lactato, equipo, polifix, álcool a 70% em gel.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da "**REGRA DOS TRÊS ESSES"**

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Realizar a abordagem primária observando a cinemática do trauma;

Realizar compressão direta com gazes/ chumaço estéril sobre o ferimento por no mínimo 10 minutos e passar bandagem/atadura, exceto quando no ferimento apresentar um objeto cravado ou osso em protrusão proceder da seguinte maneira; a pressão deve ser aplicada em um dos lados do objeto/ ou do osso e não sobre os mesmos, jamais remover;

Elevar a região que apresenta a hemorragia acima do nível do coração, exceto quando haja suspeita de fratura, deslocamento, objeto cravado ou lesão medular;
Verificar constantemente os pulsos distais e se a pele está cianótica ou as

unhas esbranquiçadas, sinais de que a bandagem está muito apertada, ocasionando isquemia na região;

Utilizar compressas frias sobrepostas a uma camada de gazes no ferimento, enquanto aplica-se a pressão direta, pois o frio pode desestimular o fluxo sanguíneo para a área; Monitorar os Sinais Vitais;

Oferecer oxigenoterapia em máscara com reservatório de 10 a 12 l/min independentemente da saturação de oxigênio , até avaliação médica.

Puncionar assim que for possível acesso venoso periférico calibroso e instalar soro ringer/ fisiológico se possível aquecido em micro ondas a uma temperatura de 39ºC com gotejamento lento até a avaliação médica;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde; Higienizar as mãos.

Anotar no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento/ os procedimentos realizados, com nome completo e Coren do profissional.

SANGRAMENTO NASAL

RECOMENDAÇÕES: Se existir a suspeita de que o sangramento nasal foi ocasionado por fratura do crânio (traumatismo craniano), não tentar interromper o fluxo de sangue, pois isso elevaria a pressão intracraniana, somente deverá cobrir o orifício nasal com um curativo estéril seco a fim de absorver o sangue, mas não apertar muito. Se suspeitar que a causa do sangramento nasal não seja uma fratura de crânio proceder da seguinte maneira:

Manter o paciente sentado, imóvel e inclinado para a frente, impedindo que o sangue seja aspirado, jamais fazer a vítima inclinar a cabeça para trás;

Realizar pressão sobre o nariz se não suspeitar de fratura nasal, fornecendo gazes á vítima para que ela mesma pressione as narinas ou inserir algumas gazes pequenas na narina, tomando o cuidado de deixar uma ponta da gaze para fora a fim de poder removê-la posteriormente;

Colocar compressa com gelo sobre o nariz, fazendo a vasoconstrição reduzindo o sangramento nasal;

Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o conforme resíduos de serviço de saúde Higienizar as mãos.

Anotar no prontuário eletrônico / ficha de atendimento/ os procedimentos

realizados, com nome completo e Coren do profissional.
RECOMENDAÇÕES Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 66
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LESÕES TORÁCICAS			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Assegurar a respiração adequada.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando o paciente apresentar lesões torácicas.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (jaleco e luvas de procedimento), gazes, chumaço, ataduras, cilindro de oxigênio com fluxômetro e umidificador, água destilada, máscara com reservatório e extensores, material para punção venosa (algodão, álcool a 70%, garrote, cateter venoso periférico)colar cervical (PP, P,M e G), soro fisiológico/ringer, equipo, polifix, prancha, cintos e imobilizador lateral de cabeça, estetoscópio, esfignomanômetro, oxímetro e termômetro, álcool a 70% em gel, papel alumínio/plástico.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO Priorizar a segurança através da **“REGRA DOS TRÊS ESSES”** Promover a privacidade do paciente; Higienizar as mãos; Colocar os EPIs; Realizar a abordagem primária; Realizar a restrição de movimento da coluna, tronco e membros seguindo os critérios de restrição conforme POP especifico na prancha longa com alinhamento anatômico; lembrando que lesões penetrantes isoladas por si só não constituem indicações para restrição de coluna. Proceder a Abordagem Secundária; Monitorar os Sinais Vitais, Oferecer oxigenoterapia em máscara com reservatório de 10 a 12 l/min

independentemente da saturação de oxigênio , até avaliação médica.

Puncionar assim que for possível acesso venoso periférico calibroso e instalar soro ringer/ fisiológico com gotejamento lento até a avaliação médica;

Deverá proceder se houver um objeto cravado no tórax da seguinte maneira: cortar as roupas afim de expor o ferimento, realizar um curativo no ferimento ao redor do objeto para controlar o sangramento, estabilizando o objeto com bandagens ou curativos grandes, prendendo com fita adesiva, jamais tentar remover o objeto cravado e não aplicar ataduras em volta do tórax(restringe os movimentos torácicos e favorece a atelectasia e pneumonia);

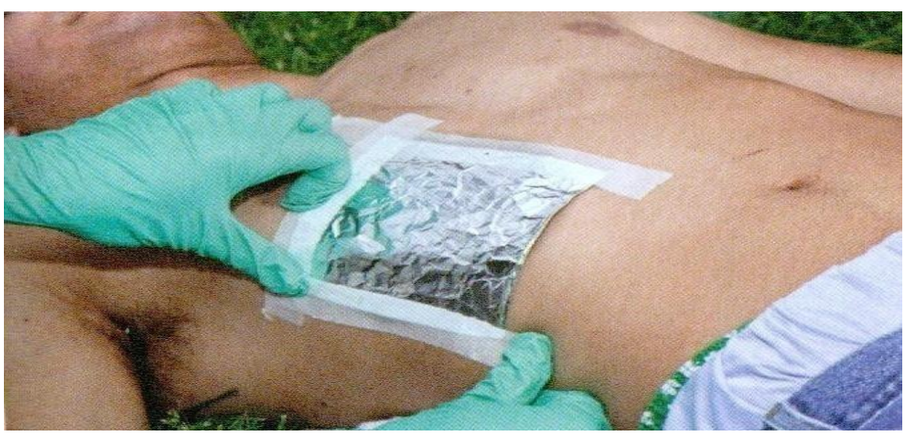
Realizar curativo de 3 pontas com um pedaço de papel metálico ou de plástico na parede torácica fixando em 3 lados quando suspeitar de lesão aberta no tórax com comunicação entre o ar ambiente e a cavidade pleural, evidenciada pela passagem visível do ar através do ferimento, pois com esse curativo se desfaz a comunicação pleurocutânea, portanto é confeccionado um mecanismo de válvula unidirecional pelo qual o ar sai e não entra;

Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs, após o término do procedimento descartando-o conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Anotar no prontuário eletrônico / ficha de atendimento os procedimentos realizados, com nome completo e Coren do profissional.



RECOMENDAÇÕES

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 67
ATENDIMENTO A VÍTIMA COM FERIMENTOS NO ABDOMEN		

Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo , Regianne Mara Pesck Betin	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Prestar atendimento a vítima que apresenta ferimentos no abdômen, a fim de reduzir os riscos com atendimento imediato	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando o paciente apresentar lesões na região do abdômen.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (jaleco e luvas de procedimento), gazes, chumaço, ataduras, cilindro de oxigênio com fluxômetro e umidificador, água destilada, máscara com reservatório e extensores, material para punção venosa (algodão, álcool a 70%, garrote, cateter venoso periférico) soro fisiológico/ringer, equipo, polifix, colar cervical (PP, P,M e G) , prancha, cintos e imobilizador lateral de cabeça, estetoscópio, esfignomanômetro, oxímetro e termômetro, álcool a 70% gel.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da **“REGRA DOS TRÊS ESSES”**

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Realizar a abordagem primária;

Cortar as roupas ao redor do objeto e estabilizá-lo com curativos;

Controlar os sangramentos externos, providenciando os seguintes cuidados com os ferimentos e objetos empalados ou encravados: os quais não devem ser movidos ou removidos, e sim fixados ou imobilizados com gazes e ataduras, a fim de evitar movimentação durante o transporte, caso ocorra sangramento ao

redor do objeto, fazer pressão direta sobre o ferimento ao redor do mesmo; Providenciar os seguintes cuidados com a evisceração: não tentar recolocar os órgãos de volta na cavidade abdominal, mantendo como foi encontrado e cobri-los com compressas estéreis umedecidas com soro fisiológico e periodicamente reumedecidos para evitar que sequem, por cima do curativo umedecido, pode se realizar um curativo grande seco, a fim de manter a vítima aquecida.

Realizar a restrição de movimento da coluna, tronco e membros seguindo os critérios de restrição conforme POP especifico na prancha longa com alinhamento anatômico; lembrando que lesões penetrantes isoladas por si só não constituem indicações para restrição de coluna.

Realizar a abordagem secundária;

Monitorar os Sinais Vitais;

Oferecer oxigenoterapia em máscara com reservatório de 10 a 12 l/min independentemente da saturação de oxigênio, até avaliação médica.

Puncionar assim que for possível acesso venoso periférico calibroso e instalar soro ringer/ fisiológico com gotejamento lento até a avaliação médica;

Manter a vítima em jejum;

Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Anotar no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento os procedimentos realizados, com nome completo e Coren do profissional.

RECOMENDAÇÕES

- O trauma abdominal é uma das principais situações onde está indicada a reanimação balanceada, portanto a administração agressiva de líquido por via intravenosa deve ser cautelosa, mantendo a pressão arterial para a perfusão de órgãos vitais, sem a restaurar para o normal. Em vítimas com suspeita de sangramento intra abdominal e lesão cerebral traumática, a pressão sistólica deve ser mantida em pelo menos 90 mmHg, na ausência de lesão cerebral traumática deve ser mantida em 80 a 90 mmHg.
- Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**	**POP N° 68**
ATENDIMENTO A VÍTIMACOM TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO		

Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regiane Mara Pesck Betin, Delis Renardin	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Prevenir lesões secundárias.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando o paciente apresentar alguma agressão ocasionada no crânio ou couro cabeludo resultando em deformidade, sangramentos e edema.	
Executante:		Equipe de enfermagem	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (jaleco e luvas de procedimento), gazes, ataduras, cilindro de oxigênio com fluxômetro e umidificador, água destilada, máscara com reservatório e extensores, material para acesso venoso periférico, (cateter, algodão, garrote, esparadrapo) soro fisiológico/ringer equipe, polifix esfignomanômetro, estetoscópio, termômetro, oxímetro, colar cervical (PP, P, M, G), prancha, cintos e imobilizador lateral de cabeça, álcool a 70% gel.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da **"REGRA DOS TRÊS ESSES"**

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Realizar a abordagem primária;

Controlar sangramentos externos utilizando a bandagem/ ataduras com gazes para proteção do ferimento, no entanto não devem ser aplicados curativos compressivos em fraturas abertas ou com afundamento de crânio, a menos que esteja com uma importante hemorragia, pois a compressão pode agravar a lesão cerebral e levar aumento da pressão intracraniana, nesses casos realizar uma discreta compressão sobre o ferimento;

Realizar a restrição de movimento da coluna de maneira cuidadosa, tronco

e membros em prancha longa com alinhamento anatômico, mantendo a vítima aquecida durante o atendimento;

Atentar para sinais de possível aumento da Pressão Intra Craniana (PIC):

O aumento da PIC pode ser indicado por uma combinação de sintomas conhecidos como tríade de cushing a qual é composta por:

- bradicardia;
- hipertensão arterial
- alteração no ritmo/padrão respiratório (Cheyne Stokes).

Em casos de sinais de PIC, é recomendado a não utilização do colar cervical, pois, o mesmo pode causar piora do quadro, indicado retirar o colar cervical se vítima já estiver em uso deste e manter imobilizado com os lateralizadores, fixadores e cintos na maca da ambulância.

Outros sinais que podem indicar aumento da PIC:

- diminuição da Escala de Glasgow de 2 pontos ou mais; - desenvolvimento de anisocoria ou pupilas não reativas; - desenvolvimento de hemiplegia ou hemiparesia.

Proceder a avaliação secundária com ênfase para avaliação da reação pupilar, Escala de Coma e Glasgow, exame da cabeça e da coluna e história pelo método SAMPLA S(sinais e sintomas) A (alergia) M (Medicação) P (Passado médico)L(Líquidos e alimentos ingeridos), A (Ambiente);

Deixar a vítima acordada se estiver consciente, perguntando se ela vomitou,

Monitorar os Sinais Vitais; a escala de coma e Glasgow durante o atendimento;

Monitorar a glicemia da vítima evitando hipo ou hiperglicemia, pois ambos podem ser danosas ao cérebro.

Manter a PA sistólica acima de 90 mmHg para garantir uma boa perfusão cerebral.

Oferecer oxigenoterapia em máscara com reservatório de 10 a 12 l/min independentemente da saturação de oxigênio, até avaliação médica.

Puncionar assim que for possível acesso venoso periférico calibroso e instalar soro ringer/ fisiológico com gotejamento lento até a avaliação médica Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde; Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Anotar no prontuário eletrônico / ficha de atendimento os procedimentos realizados, com nome completo e Coren do profissional.

RECOMENDAÇÕES:

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

O mais importante para a vítima com Lesão cerebral traumática durante o

transporte prolongado ou em ambiente hostis é a melhor manutenção possível da oxigenação e perfusão cerebral e todos os esforços possíveis para controlar o edema cerebral;

Devemos também observar as alterações das pupilas (especialmente a anisocoria), fenômeno de Cushing (vítima apresenta bradicardia com pulso entre 40 e 50bpm e hipertensão arterial maior de 160x100 mmHg);

Deve-se suspeitar de fraturas de base do crânio se possuir drenagem de Liquido cefalorraquidiano pelo nariz ou pelos ouvidos, jamais obstrua a saída de sangue ou líquido cefalorraquidiano;

Equimose periorbital ("olhos de guaxinim") e sinal de Battle, em que se observa equimose na região retroauricular sobre o mastóide, frequentemente estão presentes quando acontecem fraturas de base do crânio, embora estes sinais podem demorar algumas horas após a lesão se tornar aparentes.

Nível de consciência – Escala de Glasgow – COMA

VERIFIQUE

Fatores que interferem com a comunicação, capacidade de resposta e outras lesões

OBSERVE

A abertura ocular, o conteúdo do discurso e os movimentos dos hemicorpos direito e esquerdo

ESTIMULE

Estimulação sonora: ordem em tom de voz normal ou em voz alta

Estimulação física: pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária

PONTUE

De acordo com a melhor resposta observada

Abertura Ocular

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	✓	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	✓	Ao som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	✓	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	✓	Não testável	NT

Resposta Verbal

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	✓	Orientada	5
Resposta não orientada, mas comunicação coerente	✓	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	✓	Palavras	3
Apenas gemidos	✓	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que interfere a comunicação	✓	Não testável	NT

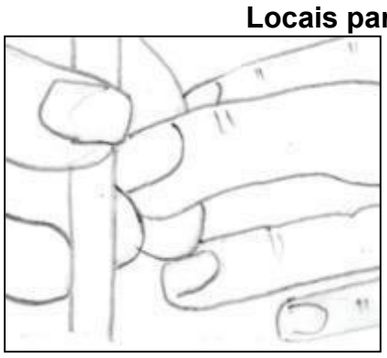
Melhor Resposta Motora

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	✓	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	✓	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	✓	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	✓	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	✓	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que limita a resposta motora	✓	Não testável	NT

- TCE grave: 03 a 08;
- TCE moderado: 09 a 12;
- TCE leve: 13 a 15

Obs: GCS-P é calculada subtraindo o Escore de Reatividade da Pupila (PRS) da pontuação total da Escala de Coma de Glasgow (GCS):
Reatividade da pupila:
Ambos os olhos - 0 pontos
Um olho – 1 ponto
Sem fotorreatividade - 2 pontos

Locais para estimulação física



Pressão na extremidade trapézio

Pinçamento do dos dedos

	Incisura supraorbitária	

Características da _____ resposta em flexão

Modificado com autorização a partir de Van Der NaalT
2004 Ned Tidschr Geneeskd

Flexão anormal

- Lenta;
- Esteriotipada;
- Aproximação do braço relativamente ao tórax;
- Rotação do antebraço
- Extensão do membro
- Cerramento do polegar;

Flexão normal

- Rápida ;
- Variável;
- Afastamento do braço relativamente ao corpo;

Escala de Coma de Glasgow Pediátrica (<3 anos)

Abertura do Olhos	Resposta Verbal	Resposta verbal
4 - Espontânea	5 - Sorri, vira-se para os sons, segue os objetos, interage	6 - Movimentação espontânea
3 - À voz	4 - Chora mas é consolável	5 - Localiza dor (retirada ao toque)
2 - À dor	3 - Choro Inconstante	4 - Retirada ao estímulo doloroso
1 - Nenhuma	2 - Choro persistente, não consolável, agitada, má interação	3 - Flexão ao estímulo doloroso (postura decorticada)
	1 - Sem resposta	2 - Extensão ao estímulo doloroso (postura descerebrada)
		1 - Ausente

- TCE severo: 3-8
- TCE moderado: 9-12
- TCE leve: 13-15

Escore de Tra uma no Adulto

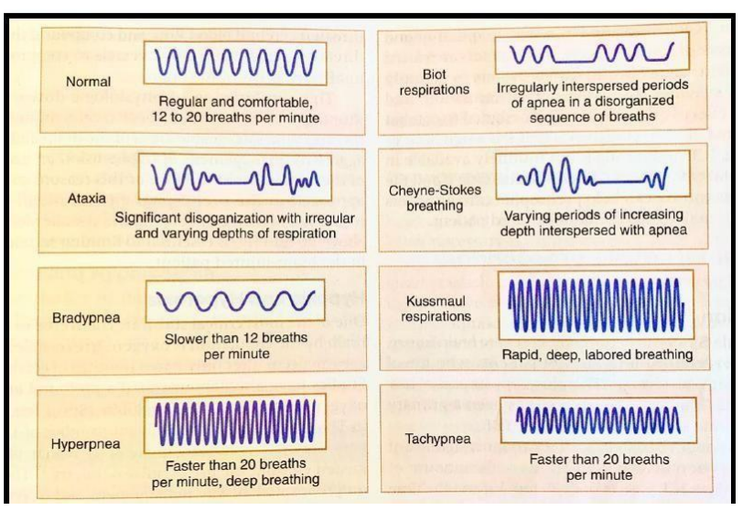
Pontuação	FR	PA	Glasgow
0	0	0	3
1	1 - 51	1 – 49	4 - 5
2	6 - 9	50 – 75	6 - 8
3	> 29	76 – 89	9 - 12
4	10 - 29	>89	13 - 15

- Trauma Grave: 0 - 6
- Trauma Moderado: 7 - 10
- Trauma Leve: 11 - 12

Escala de Trauma em Crianças

Avaliação	Escore		
Peso	+2	+1	-1
	>20 kg	10 a 20 kg	<10 kg
Vias Aéreas	Normal	Vias Aéreas Nasal ou Oral	Intubação ou Traqueostomia
Pressão Arterial	>90 mmHg	50 a 90 mmHg	<50 mmHg
Nível de Consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
Lesões Abertas	Nenhuma	Menor	Maior ou Penetrantes
Fraturas	Nenhuma	Menor	Múltiplas ou Penetrantes

PADRÕES RESPIRATÓRIOS



Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 69
ATENDIMENTO A VÍTIMA COM TRAUMA RAQUI-MEDULAR TRM			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Prevenir lesões secundárias.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando o paciente apresentar alguma secção da medula por um trauma grave, resultando no comprometimento neurológico e consequentemente fisiológico.	
Executante:		Equipe de enfermagem / médica.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (jaleco e luvas de procedimento), gazes, ataduras, cilindro de oxigênio com fluxômetro e umidificador, água destilada, máscara com reservatório/extensores, material para acesso venoso periférico, (cateter, algodão, álcool a 70%, garrote, esparadrapo) soro fisiológico/ringer, equipo, polifix, esfignomanômetro, estetoscópio, termômetro, oxímetro, colar cervical (PP,P,M,G), prancha, cintos e imobilizador lateral de cabeça, álcool a 70% em gel.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da **“REGRA DOS TRÊS ESSES”**

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Realizar a abordagem primária; analisando os as indicações para a Restrição de Movimento da Coluna, conforme POP específico.

Utilizar as técnicas adequadas de retirada de vítimas em veículos e as movimentações corretas na prancha, utilizando a técnica de autoextricação assistida, angulação de 0°, 30°, 45°, pois a movimentação angular sobre o eixo longitudinal da coluna é pequena, a partir de 60º essa rotação intervértebras

passa a ser maior com, possibilidade de agravamento de lesões primárias, portanto proceder com a retirada de 90° conforme a situação da cena e a utilização do KED apenas se não for possível realizar nenhuma das técnicas anteriores.

Manter a cabeça alinhada com leve tração utilizando o colar cervical e o imobilizador lateral da cabeça; portanto o alinhamento da cabeça está contraindicado e deve ser interrompido quando houver piora da dor referida e do padrão respiratório, resistência voluntária ao movimento, início ou aumento de déficit neurológico e espasmos dos músculos do pescoço. Nesses casos imobilizar com um cobertor ou uma toalha enrolada a cabeça na posição encontrada, a fim de ajudar na estabilização;

Colocar na prancha longa rígida em bloco se a vítima estiver deitada, sentada ou em pé;

Monitorar sinais vitais; durante o atendimento;

Oferecer oxigenoterapia em máscara com reservatório de 10 a 12 l/min independentemente da saturação de oxigênio, até avaliação médica .

Puncionar assim que for possível acesso venoso periférico calibroso e instalar soro ringer/ fisiológico com gotejamento lento até a avaliação médica Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde; Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Anotar no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento os procedimentos realizados, com nome completo e Coren do profissional.

RECOMENDAÇÕES:

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 70
TRAUMA NA GESTANTE			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo. Regianne Mara Pesck Betin	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Evitar lesões secundárias na vítima traumatizada.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando gestante sofrer traumas.	
Executante:		Equipe de enfermagem / médica.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS
EPIs (luvas de procedimento, jaleco) ambu com reservatório e DEA (se necessário) esfignomanômetro, estetoscópio, termômetro, oxímetro, cilindro de oxigênio com fluxômetro e umidificador, água destilada, máscara com reservatório, (colar cervical PP,P,M,G), prancha, cintos e imobilizador lateral de cabeça) glicosímetro, fitas reativas, lancetas, soro fisiológico/ringer , equipo e polifix.
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO
Priorizar a segurança através da "**REGRA DOS TRÊS ESSES";** Promover a privacidade da gestante; Higienizar as mãos; Colocar os EPIs; Realizar a abordagem primária. Iniciar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar em casos de parada cardiorrespiratória, portanto a ressuscitação e estabilização com algumas modificações são adaptadas ás características anatômicas e funcionais das pacientes grávidas; pois se a altura do fundo do útero for igual ou superior ao nível do umbigo, o deslocamento manual do útero para a esquerda pode ser benéfico para o alívio da compressão aortocava durante as compressões torácicas, realizando 30 compressões e 2 ventilações em 5 ciclos reavaliando a gestante conforme POP de PCR;

Realizar a mobilização de maneira cuidadosa e a restrição de movimento da coluna cervical, tronco e membros em prancha longa com alinhamento anatômico, mantendo a vítima aquecida durante o atendimento; transportando em decúbito lateral esquerdo sempre que possível, devido à compressão da veia cava inferior, a menos que tenha alguma contra-indicação, como por exemplo, suspeita de fratura de coluna ou bacia, neste caso transportá-la em decúbito dorsal e elevar o lado direito da prancha em 10 a 15 cm, empurrando o útero para o lado esquerdo ou elevar a perna direita, a fim de deslocar o útero para a esquerda

Proceder com a abordagem secundária obtendo informações se for possível da história clínica se a vítima utiliza medicamentos contínuos, a idade gestacional; se é alérgica a algum medicamento; avaliar a sensibilidade uterina (dor), a altura e o tônus (se apresenta-se contraído ou não), identificar a presença de abdômen, rígido, em tábua perda de líquido vaginal ou sangramento, que indicam descolamento da placenta (sangue vivo) ou rotura de bolsa amniótica (líquido claro), verificando a presença de movimentos fetais se for possível dependendo da idade gestacional;

Monitorar os Sinais Vitais; a escala de coma e Glasgow durante o atendimento; avaliando também a glicemia da vítima

Oferecer oxigenoterapia em máscara com reservatório de 10 a 12 l/min independentemente da saturação de oxigênio , até avaliação médica.

Puncionar assim que for possível acesso venoso periférico calibroso e instalar soro ringer/ fisiológico com gotejamento lento até a avaliação médica;

Recolher o material e descartá-lo, após o término do atendimento, conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o,conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Anotar no prontuário eletrônico/ficha de atendimento/ os procedimentos realizados com nome completo e Coren do Profissional .

OBSERVAÇÃO:

Devemos lembrar que ao atender uma gestante estamos diante de duas vítimas, devendo dispensar o melhor tratamento á mãe.

Hemorragia e choque podem ser frequentes nesses casos, sempre indicando que houve trauma a gestante.

Devido à dilatação dos vasos pélvicos há maior chance de sangramento e hemorragia retroperitoneal.

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**	**POP N° 71**

PARTO DE EMERGÊNCIA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo. Regianne Mara Pesck Betin	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Oferecer suporte básico de vida.	
Justificativa		Proporcionar cuidados necessários a parturiente e ao recém-nascido.	
Quando aplicar		Quando o feto já está coroando.	
Executante:		Equipe de enfermagem / médica.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Kit de material de parto, aspirador completo e sonda de aspiração de tamanho 4/6/8 se necessário, gazes, seringas, soro fisiológico, clamp, EPI s (luvas estéreis e de procedimento, avental descartável, máscara), seringa de 10 ml, absorventes, lençóis, travesseiros, pulseira de identificação, saco branco leitoso, esfignomanômetro, estetoscópio, termômetro, oxímetro

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Promover a privacidade da parturiente e do recém-nascido;

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Tranquilizar a parturiente explicando o procedimento;

Solicitar que a gestante não vá ao banheiro se estão constatados os sinais de parto iminente;

Posicionar a gestante de costas na posição ginecológica sentada/ lateralizada do lado esquerdo, ou seja a parturiente escolhe a posição de acordo com as possibilidades do local onde está acontecendo o parto,

Realizar a higienização da área genital com água e sabão ou soro fisiológico se for possível, elevando os glúteos da gestante alguns centímetros com cobertor/ lençol/toalhas dobradas;

Apoiar a cabeça, pescoço e os ombros da mãe com cobertores ou travesseiros dobrados para que a gestante não se sinta escorregando;

Observar o estado geral da gestante, verificando se não apresenta indícios de

algum distúrbio grave como, por exemplo: hemorragia, choque, convulsões etc;

Cobrir a gestante com lençóis limpos;

Orientar a gestante para inspirar pelo nariz e soltar o ar pela boca, deixe a boca relaxada ao expirar;

Fazer força durante a contração se sentir vontade, descansando no período do relaxamento;

Apoiar delicadamente com a mão a cabeça do recém nascido durante a saída, evitando que saia violentamente. Caso o saco amniótico não tenha sido rompido, abrir com os dedos, desviando da cabeça e da boca do recém nascido quando aparecer;

Verificar se o cordão umbilical, está envolvendo o pescoço do recém nascido. Se estiver, retirá-lo do pescoço utilizando os dedos;

Segurar firme o recém nascido, apoiando o seu corpo para evitar que não caia. Jamais puxar o recém nascido da vagina. Não devemos colocar o dedo na axila do mesmo, pois as pressões nas raízes nervosas podem causar paralisia. Quando os pés tiverem saído, devemos pegar, tomando o cuidado para não puxar o cordão quando for levantar ou retirar o recém nascido;

Pinçar o cordão umbilical, com pinças estéreis separadas por aproximadamente quatro dedos do coto umbilical em seguida cortar com tesouras estéreis entre as duas pinças;

Colocar o clamp no início do cordão umbilical e depois retira a 1º pinça que estava no cordão umbilical;

Envolver o recém nascido após a saída num campo estéril secar e aquecê-lo,

Estimular o recém-nascido com suaves fricção na região dorsal procedimento de primeira escolha e a opção de segunda escolha posteriormente proceder com palmadinhas ou pirapotes na região plantar dos pés, movimentos suaves de fricção tronco ou nas extremidades;

Limpar com uma gaze o sangue ou muco da boca enrole a gaze no dedo indicador para limpar por dentro da boca do recém-nascido, delicadamente, tentando retirar corpos estranhos e muco.

Realizar a aspiração somente quando tiver presença de secreção, utilizando uma seringa sem agulha sem ar ou sonda de aspiração. Aspirar primeiramente pela boca por desencadear reflexo de tosse eliminando secreção, depois o nariz por desencadear reflexo inspiratório, conduzindo as secreções para os pulmões aspirar utilizando a sonda adequada;

Deixar o recém nascido sobre o abdômen da mãe em decúbito lateral ou em Trendenlemburg a 20 graus, a fim de facilitar a drenagem do material presente em vias aéreas, evitando a broncoaspiração; pois é fundamental o contato da mãe com o recém nascido esse processo pode demorar o tempo que a mãe achar necessário e se avaliado que binômio passam bem mantê-los assim até que a mãe autorize sua retirada;

Iniciar manobras de ressuscitação nas seguintes situações: frequência respiratória maior que 60 respirações por minuto, frequência cardíaca <que 60bpm ou> que 180 bpm, esforço respiratório (retrações, batimentos de asa de nariz, gemido), cianose, apneia, nível de consciência alterado hipoatividade, irritabilidade, ausência de resposta a procedimentos dolorosos;

Avaliar **APGAR (ver recomendações);**

Esperar a expulsão da placenta, pois ela é expulsa normalmente entre 10 a 30 minutos após o nascimento do recém-nascido. Jamais puxar o cordão para verificar se a placenta separou-se do útero;

Pegar a placenta com cuidado e girá-la quando aparecer na vagina, não puxar, portanto se a placenta demorar mais que 30 minutos para sair, transportar a mãe urgente para o hospital;

Envolver em uma toalha a placenta e colocá-la em um saco branco leitoso para levá-la ao hospital. É necessário que o médico examine a placenta e confirme o parto completo;

Colocar um ou dois absorventes higiênicos sobre a região vaginal e oriente a mãe a manter as pernas unidas, se necessário elevar os membros inferiores;

Registrar a hora do parto, colocar pulseira de identificação no RN com o nome da mãe, sexo do RN, data de nascimento e hora, transportar para o Hospital de Referência a mãe o recém-nascido e a placenta, mantendo ambos aquecidos;

Monitorar os sinais vitais e observar qualquer intercorrências, tanto na parturiente quanto no recém-nascido;

Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletrônico / ficha de atendimento com nome completo e Coren do Profissional.

RECOMENDAÇÕES:

Método empregado para avaliar o ajuste imediato do recém-nascido à vida extrauterina, avaliando suas condições de vitalidade. Consiste na avaliação de 5 itens do exame físico do recém-nascido, com 1, 5 e 10 minutos de vida. Os aspectos avaliados são: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Para cada um dos cinco itens é atribuída uma nota de 0 a 2. Somam-se as notas de cada item e temos o total, que pode dar uma nota mínima de 0 e máxima de 10:

- **Nota de 8 a 10**, o Recém nascido nasceu em ótimas condições;
- **Nota 7** significa que o Recém nascido teve uma dificuldade leve;
- **Nota de 4 a 6** traduz uma dificuldade de grau moderado; **- Nota de 0 a 3** uma dificuldade de ordem grave.

O boletim **Apgar** de primeiro minuto é considerado como um diagnóstico da situação presente, índice que pode traduzir sinal de asfixia e da necessidade de ventilação mecânica;

O Apgar de **quinto minuto e o de décimo minuto** é considerado mais determinado, levando ao prognóstico da saúde neurológica da criança (seqüela neurológica ou morte).

Não amamentar o récem-nascido até fazer o Teste Rápido para HIV; Hepatites B e C e Sífilis.

ESCALA DE APGAR

Sinal	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	Lenta (abaixo de 100 batimentos por minuto)	Maior que 100 batimentos por minuto
Respiração	Ausente	Lenta, irregular	Boa, chorando
Tônus muscular	Flácido	Alguma flexão nas extremidades	Movimento ativo
Irritabilidade reflexa	Sem resposta	Careta	Tosse, espirro ou choro
Cor	Azul, pálido	Corpo rosado, extremidades azuis	Completamente rosado

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**		**POP N° 72**
ATENDIMENTO A VÍTIMA COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo. Regianne Mara Pesck Betin	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Prevenir lesões secundárias.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	

Quando aplicar	Quando o paciente apresentar dor precordial intensa, suor frio e abundante, náusea e vômitos, hipotensão ou hipertensão, palidez, dispnéia.
Executante:	Equipe de enfermagem / médica.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (jaleco e luvas de procedimento), gazes, ataduras, cilindro de oxigênio com fluxômetro e umidificador, água destilada, máscara com reservatório/ cateter nasal/máscara de Venturi, esfignomanômetro, estetoscópio, termômetro, oxímetro, álcool a 70% em gel.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança no local;

Promover a privacidade da vítima;

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Fazer a abordagem primária;

Observar os sinais vitais, se ausentes iniciar manobra de reanimação cardiopulmonar;

Tranquilizar a vítima, não permitindo que a vítima movimente-se sozinha;

Afrouxar as roupas;

Posicionar o paciente na maca, sem prancha em decúbito dorsal com cabeceira elevada em torno de 45°;

Investigar pelo método **SAMPLA** a caracterização da dor, qualidade, localização, irradiação;

Monitorar os sinais vitais;

Oferecer oxigenoterapia em cateter nasal a 3l por minuto até avaliação médica.

Seguir as orientações médicas quanto a administração de medicamentos e obter acesso venoso periférico se necessário;

Acompanhar a vítima ao hospital na ambulância, de preferência sem utilizar a sirene a fim de não causar ansiedade;

Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Anotar no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento/ os procedimentos realizados, com nome completo e Coren do profissional.

RECOMENDAÇÕES:

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 73
TRANSPORTE DE PACIENTE INTER-HOSPITALAR			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo. Regianne Mara Pesck Betin	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Transportar o paciente de forma segura entre Unidades Hospitalares.	
Justificativa		Proporcionar segurança ao paciente durante transporte inter-hospitalares.	
Quando aplicar		Quando houver necessidade de transferência inter-hospitalares.	
Executante:		Equipe de enfermagem/ médica.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Mala de transporte e transferência padronizada pela Secretaria de Saúde de Guamiranga PR que contém materiais para atendimento, necessário de acordo com a situação clinica do paciente (transporte “emergente”, “urgente” ou “eletivo”). EPIs (luvas de procedimento, jaleco e se necessário máscara cirúrgica ou PFF2/N95, gorro e óculos de proteção).

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO
Acionar a equipe, de acordo com a complexidade do paciente;
Confirmar previamente para onde o paciente será transportado e se a mesma está preparada para recebê-lo;
Avaliar: à distância/duração do transporte; intervenções médicas necessárias durante o transporte; disponibilidade de pessoal e recursos; o tipo de meio de transporte adequado;
Informar a Unidade Hospitalar de destino sobre as condições e necessidades do paciente;
Higienizar as mãos;
Colocar os EPIs necessários.
Orientar o paciente e/ou responsável sobre o transporte;
Separar as roupas e os demais pertences do paciente e entregar ao responsável;

Observar as medicações antes da transferência, checar horário e quais deverão ser encaminhados com o paciente;
Verificar sinais vitais do paciente e estabilização cardiorrespiratória antes de iniciar qualquer procedimento da transferência;
Registrar no prontuário eletrônico / ficha de atendimento: hora da transferência, sinais vitais, condição do paciente, orientações realizadas, com quem e para onde foi transferido; com nome completo e Coren do Profissional.
Preparar o material necessário para a transferência;
Colocar lençol na maca;
Colocar a maca ao lado da cama;
Travar as rodas da maca;
Fechar drenos, sondas e equipos;
Proceder com a técnica de passagem do paciente do leito para a maca;
Organizar fios e derivações, tubo orotraqueal, bolsas e recipientes coletores (devem ser esvaziados se possível) para não tracioná-los no momento da transferência;
Prestar cuidados de enfermagem durante a transferência tais como: monitorar sinais vitais, condições do paciente, promover conforto e segurança ao paciente;
Manter a estabilidade fisiológica do paciente;
Acionar a equipe ao chegar ao local de destino, para receber o paciente informando os sinais vitais, condições e estado do paciente, procedimentos e medicações realizadas;
Transferir o paciente para a maca/ leito do Hospital que está admitindo o paciente;
Recolher os materiais utilizados no paciente, organizando os mesmos no veículo da transferência;
Retirar os EPIs utilizados e descartar conforme segregação de resíduos, em serviços de saúde;
Higienizar as mãos.

Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo. Regianne Mara Pesck Betinn
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .
Objetivos do Procedimento	Oferecer atendimento durante e após a crise convulsiva para estabelecer quadro normal do paciente após episódio convulsivo.
Justificativa	Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.
Quando aplicar	Quando paciente apresentar crise convulsiva.
Executante:	Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (jaleco, luvas de procedimento, óculos), cilindro de oxigênio com fluxômetro e umidificador, água destilada, máscara de Venturi/ cateter nasal/ máscara com reservatório, material para punção venosa (algodão, álcool a 70%, garrote, cateter venoso periférico), soro fisiológico/ringer,equipo, polifix, glicosímetro com fitas reativas, lancetas, oxímetro, estetoscópio, esfignomanômetro, termômetro, álcool a 70% em gel, coxim, cobertor/ travesseiro.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Promover a privacidade da vítima e afastar objetos ao seu redor,

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Observar movimentos anormais e involuntários e/ou perda temporária da consciência, seguida por espasmos contrações musculares intensas, rotação acentuada da cabeça para um dos lados, dentes cerrados e incontinência urinária; Afrouxar as vestes;

Proteger a cabeça com coxim, cobertor ou travesseiro sem restringir os movimentos da vítima; Manter vias aéreas pérvias;

Verificar se há sinais de insuficiência respiratória; e se necessário oferecer oxigenoterapia em cateter nasal a 3l até avaliação médica.

Retirar prótese dentária móvel caso o paciente utilize, ou qualquer outro o objeto presente na cavidade oral se possível. Não colocar cânula de guedel durante a crise;

Manter o paciente em decúbito lateral, se possível;

Permanecer ao lado do paciente durante a crise convulsiva verificando a respiração frequência cardíaca;

Aguardar a recuperação da confusão mental após a crise. Acalmar e reorientar a vítima falando devagar, com calma;

Monitorar Sinais Vitais; e verificar a glicemia;

Puncionar assim que for possível acesso venoso periférico calibroso e instalar soro ringer/ fisiológico com gotejamento lento até a avaliação médica;

Avaliar confusão mental temporária, fadiga intensa após a crise e queixa de cefaleia;

Cobrir a vítima com um cobertor a fim de mantê-la aquecida;

Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Anotar no prontuário eletronico/ ficha de atendimento/ os procedimentos realizados, com nome competo e Coren do profissional.

RECOMENDAÇÕES

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora

da UBS, utilizar álcool a 70% em gel para realizar à antissepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 75
ATENDIMENTO AO PACIENTE DIABÉTICO			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Prevenir complicações ocasionadas pela patologia.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando o paciente apresentar sinais de hiperglicemia ou hipoglicemia.	
Executante:		Equipe de enfermagem / médica.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (jaleco e luvas de procedimento), cilindro de oxigênio com fluxômetro e umidificador, água destilada, máscara com reservatório/cateter de O2/ máscara de venturi, esfignomanômetro, estetoscópio, termômetro, oxímetro, glicosímetro,fitas reativas, lancetas, algodão, álcool a 70% em gel.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança no local;

Promover a privacidade do paciente;

Higienizar as mãos; Colocar

os EPIs;

Realizar a avaliação primária; com ênfase para verificar responsividade e permeabilidade de vias aéreas.

Obter informações se for possível da historia clínica pelo método **SAMPLA** se a vítima é portadora de diabete, se utiliza insulina, se faz uso corretamente de

medicamentos contínuos e se alimentou-se;

Realizar teste de glicemia com glicosímetro, e em caso de glicemia menor que 60 mg/dl e se a vítima estiver consciente, oferecer á vítima uma fonte de açúcar (líquidos doces, balas);

Posicionar na maca sem prancha em decúbito dorsal com cabeceira elevada mantendo a via aérea pérvia, e em caso de vômito manter decúbito lateral esquerdo;

Monitorar os sinais vitais; e a glicemia capilar,

Seguir as orientações médicas quanto à administração de medicamentos e obter acesso venoso se necessário.

Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletrônico / ficha de atendimento com nome completo e Coren do profissional.

RECOMENDAÇÕES:

Observar sinais e sintomas tanto da hipoglicemia quanto da hiperglicemia, pois são complicações agudas da Diabetes que podem levar ao coma e a morte.

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 76
CRISE HIPERTENSIVA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Prevenir complicações da patologia.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando o paciente apresentar pressão arterial elevada, tanto a sistólica quanto a diastólica, cefaléia, náuseas, ansiedade, zumbido nos ouvidos.	
Executante:		Equipe de enfermagem / médica.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (jaleco e luvas de procedimento), cilindro de oxigênio com fluxômetro e umidificador, água destilada, máscara com reservatório/cateter de O2/ máscara de venturi , material para acesso venoso periférico,(cateter, algodão, álcool a 70%, garrote, esparadrapo) esfignomanômetro, estetoscópio, termômetro, oxímetro, álcool a 70% em gel.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança no local;

Promover a privacidade do paciente;

Higienizar as mãos; Colocar

os EPIs;

Realizar a avaliação primária com ênfase para colocar o paciente em repouso,

se necessário afrouxar as roupas; procurando tranqüilizá-lo;

Mensurar e monitorar os sinais vitais;

Coletar história **SAMPLA**; com atenção para os seguintes itens: existência de crises hipertensivas e suas frequências; histórico familiar de doença cardíaca, hipertensão e diabetes, uso de medicamentos ou tratamentos específicos; Observar se ocorrem sintomas de dor torácica ou neurológicos;

Verificar se há sinais de insuficiência respiratória; e se necessário oferecer oxigenoterapia em cateter nasal a 3l até avaliação médica.

Seguir as orientações médicas quanto à administração de medicamentos e punção de acesso venoso se necessário;

Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletrônico / ficha de atendimento com nome completo e Coren do profissional.

PARÂMETROS DA PA

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	> 180	> 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	< 90

RECOMENDAÇÕES:

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 77
QUEIMADURAS			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Prevenir lesões secundárias.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando o paciente apresentar queimadura.	
Executante:		Equipe de enfermagem / médica.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (jaleco e luvas de procedimento, máscara), cilindro de oxigênio com fluxômetro e umidificador, água destilada, máscara com reservatório/cateter de O2/ máscara de venturi , material para acesso venoso periférico,(cateter, algodão, álcool a 70%, garrote, esparadrapo) esfignomanômetro, estetoscópio, termômetro, oxímetro. Gazes, ataduras, soro fisiológico/ringer,equipo, polifix tela de rayon, produtos com Ácidos Graxos Essenciais, Sulfadiazida de Prata, fita adesiva, material para cateterismo vesical, glicosímetro, fitas reativas, lancetas, álcool a 70% em gel, em suspeita de trauma (colar cervical PP,P,M,G, prancha, cintos e imobilizador lateral de cabeça). Material de intubação se necessário.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da **"REGRA DOS TRÊS ESSES"**

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Afastar a vítima do local o mais rápido possível, em casos de vítimas com

roupas incendiadas deve-se rolar a vítima ao chão para abafar as chamas, não jogar água;

Realizar Abordagem Primária, lembrar que o uso do colar cervical não deve ser evitado mesmo em caso de queimaduras na região, pois a associação com politraumas é muito freqüente, se não houver a suspeita de trauma manter a cabeceira elevada a 30º.

Proceder abordagem secundária avaliando a profundidade a extensão, se há queimaduras circulares no tórax, membros superiores e inferiores, envolvimento de áreas críticas (mãos, pés, face e genitália) da área queimada, idade da vítima, presença de lesão pulmonar por inalação, outros traumatismos; estimativa da extensão da queimadura aplicando a “regra dos nove”;

Remover roupas e adornos imediatamente exceto se a roupa já estiver aderido à pele;

Irrigar a região queimada com soro fisiológico, colocar sulfadiazida de prata/ soluções com ácidos graxos essenciais, com tela de rayon e ocluir com gazes de contato úmida, em seguida colocar cobertura secundária com gazes e ataduras; Monitorar sinais vitais;

Puncionar assim que for possível acesso venoso periférico calibroso preferencialmente em membro não queimado e instalar soro ringer/ fisiológico com gotejamento lento até a avaliação médica, e nas queimaduras que envolvem mais de 20% da área corpórea superficial total se possível colocar mais de um cateter venoso;

Evitar a hipotermia, principalmente se a superfície corporal atingida for superior a 20%;

Observar a glicemia nas crianças, nos diabéticos e sempre que necessário;

Realizar a mobilização de maneira cuidadosa e, se houver outros traumas concomitantes, considerar restrição de movimento da coluna, tronco e membros em prancha longa com alinhamento anatômico;

Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o,conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletrônico / ficha de atendimento com nome completo e Coren do profissional.

RECOMENDAÇÕES

O médico deve proceder a intubação orotraqueal quando: a escala de coma de glasgow for menor do que 8, saturação menor que 90%, houver edema importante de face e de orofaringe.

Na suspeita de intoxicação por monóxido de carbono administrar oxigênio a 100% mantendo por três horas em máscara com reservatório a 12 L/min.

Solicitar a carteirinha de vacina para avaliar a dT, para profilaxia/reforço antitétano.

Classificação das queimaduras de acordo com a profundidade

Queimadura de 1º Grau: lesão da epiderme, (camada mais superficial da pele), eritema (hiperemia), edema e dor são as mais importantes características.

Queimaduras de 2º Grau: lesão da derme, parcial ou total, flictenas (bolhas), dor, edema: caracteriza-se por ser a lesão mais dolorida, pois deixa os filetes nervosos expostos.

Queimadura de 4º Grau: lesão de todas as camadas da pele. Escara sem dor, pois, não há mais dor porque a inervação foi lesada.

Transferir os pacientes para unidades de tratamento de queimaduras nas seguintes situações:

-Queimaduras de 2º grau em áreas maiores do que 20% da Superfície Corporal Queimada em adultos;

-Queimaduras de 2° grau maiores do que 10% da Superfície Corporal queimada em crianças ou maiores de 50 anos;

Queimaduras de 4º grau em qualquer extensão;

Lesões na face, nos olhos, no períneo, nas mãos, nos pés e em grandes articulações,

Queimadura elétrica ou química,

Lesão inalatória ou circunferencial de tórax ou de membros,

Doenças associadas, tentativa de suicídio, politrauma, maus tratos ou situações adversas, idade menor que 3 anos ou maior de 65 anos;

Parâmetros para Avaliação da Extensão das Queimaduras.

Regra dos Nove

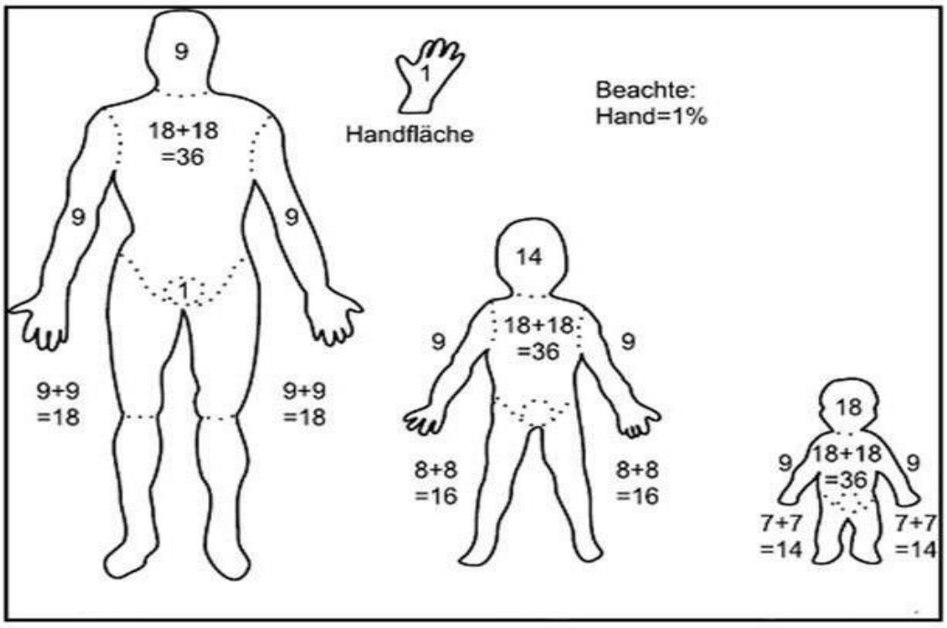


Abb. 1: 9er-Regel nach Wallace

A superfície palmar do paciente (incluindo os dedos) representa cerca de 1% da Superfície Corporal Queimada (SCQ).

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 78
INTOXICAÇÕES			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Diminuir os danos que podem ser ocasionados pela intoxicação.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando a vítima utilizar substância química em quantidade ou combinação intoleráveis ao organismo.	
Executante:		Equipe de enfermagem / médica.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (jaleco, luvas de procedimento, máscara, óculos, avental impermeável) cilindro de oxigênio com fluxômetro e umidificador, água destilada, máscara com reservatório/cateter de O2/ máscara de venturi, material para acesso venoso periférico,(cateter, algodão, álcool a 70%, garrote, esparadrapo) esfignomanômetro, estetoscópio, oxímetro, material para sondagem nasogástrica se necessário (conforme POP específico), álcool a 70% em gel, tesoura, saco de resíduo infectante, carvão ativado.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Priorizar a segurança através da **“REGRA DOS TRÊS ESSES”;**

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs; pois a equipe deve estar protegida com luvas, óculos, avental impermeável e se necessário botas;

Remover a vítima para local arejado;

Realizar a Abordagem Primária; e avaliação secundária investigando a história o mais detalhada possível com a vítima ou familiares, procurar e identificar qualiquantitativamente a substância tóxica, quantidade, via de ingresso, tempo de ingestão, propriedades físico química do agente (líquido, pó etc.) idade, sintomas e peso da vítima, história de saúde; valorizando o padrão respiratório, pulsos centrais e periféricos, nível de consciência, cor da pele, hálito, odor corporal, restos de vômitos em cavidades oronasofaríngea, pele, roupas, lesões em cavidade oral,

Seguir as orientações médicas quanto a administração de medicamentos, acesso venoso periférico;

Realizar passagem de sonda nasogástrica, conforme prescrição médica para Lavabo Gástrico dentro da primeira hora pós ingesta, procedimento realizado pelo Enfermeiro/ Médico com auxílio do Técnico;

Transportar a vítima em decúbito lateral, a fim de evitar aspiração de vômito se ocorrer;

Monitorar Sinais Vitais;

Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o,conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Registrar os procedimentos realizados no prontuário/ ficha de atendimento Com nome completo e Coren do profissional.

Preencher a ficha do Sinan de notificação exógena e de Violência Interpessoal Auto Provocada se indícios de tentativas de suicídio ou outras violência após o atendimento.

RECOMENDAÇÕES:

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Consultar o Centro de Informações Toxicológicas para condutas específicas; CCE – Centro de Controle de Envenenamentos Curitiba 0800410148 ou Disque Intoxicação 08007226001;

Utilizar antídotos e antagonistas específicos quando indicados, lembrando que

os antídotos e antagonistas nunca substituem as medidas de suporte á vida;

DESCONTAMINAÇÃO CUTÂNEA

Promover a privacidade da vítima e se necessário afrouxar as vestes , portanto se estiverem contaminadas com a substância intoxicante retirar toda a roupa, calçados e acessórios, cortando-as nas costuras; e colocá-las em saco de resíduo infectante;

Lavar abundantemente com água corrente por período não inferior a 20 minutos; vítima consciente e cooperativa;

Lavar cuidadosa e repetidamente com água e sabão no sentido céfalo podal com atenção para cabelos, condutos auditivos, pregas cutâneas, unhas em seguida solicitar ao serviço operacional para proceder a limpeza terminal do ambiente, utilizando EPIs adequados, conforme POP do serviço operacional.

Encaminhar/ chamar o médico para dar continuidade ao atendimento.

DESCONTAMINAÇÃO RESPIRATÓRIA

Remover a vítima para local arejado;

Oferecer oxigenoterapia, somente sobre a orientação médica devido a contra indicação na intoxicação de certos agrotóxicos.

Observar evidências de edema de vias aéreas, estridor, voz rouca;

Encaminhar/ chamar o médico para dar continuidade ao atendimento;

DESCONTAMINAÇÃO GÁSTRICA

Induzir o vômito dentro dos primeiros minutos pós ingesta, sendo indicado em ingestão recente de dose tóxica de substância não corrosiva nem volátil em paciente consciente;

Proceder a passagem de sonda nasogástrica, conforme prescrição médica para Lavado Gástrico dentro da primeira hora pós ingesta, observando os seguintes critérios para a indicação como a elevada toxicidade do agente ingerido, possibilidade de remoção significativa- quantidade, procedimento realizado pelo Enfermeiro/ Médico com auxílio do Técnico;

Analisar sempre as contra indicações do Lavado Gástrico como a ingesta de cáusticos, de derivados de petróleo, exceto quando a ingesta é grande ou o produto é veículo de substância muito tóxica, drogas em packs, lesões esofàgicas

Administrar carvão ativado, conforme a prescrição médica via oral ou sonda nasogástrica podendo ser eficaz até 2 horas pós ingesta para agentes

anticolinérgicos, antidepressivos, tricíclicos, anti-histamínicos, aspirina, medicamentos de liberação retardada, dose única 1g/kg peso, adultos 50-100g, crianças 1-12 anos 25-50g, crianças <1 ano 1g/kg peso , dissolver em 4 a 8 partes de água por volume de carvão, administrando lentamente para não provocar vômitos, via oral ou via sonda nasogástrica

Ficar atento para as contra indicações do carvão ativado como a ingesta de compostos insolúveis em água, ingesta de cáusticos, hidrocarbonetos, alcoóis, metais pesados, sais de ferro, ingesta da maioria dos solventes, quando se deve previamente administrar um antídoto oral,

DESCONTAMINAÇÃO OCULAR

Manter pálpebras bem separadas, retirando lente de contato quando houver;

Irrigar continuamente por no mínimo 20 minutos, com jato de baixa pressão;

Encaminhar/ chamar o médico para dar continuidade ao atendimento

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 79
ANIMAIS PEÇONHENTOS			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Abordar adequadamente a vítima de acidentes com animais peçonhentos; Evitar complicações secundárias á vítima.	
Justificativa		Procedimento que visa prestar atendimento inicial de emergência para a vítima	
Quando aplicar		As vítimas que sofrer picadas ou mordeduras por Animais peçonhentos.	
Executante:		Equipe de enfermagem / médica.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS EPIs (luvas de procedimento, jaleco), gazes, soro fisiológico, ataduras, fitas adesivas, material para acesso venoso (garrote, cateter venoso periférico, algodão, esparadrapo, álcool a 70%).			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO. Priorizar a segurança no local; Promover a privacidade da vítima; Higienizar as mãos; Colocar os EPIs; Manter a vítima deitada e calma a fim de impedir que a mesma se movimente para não favorecer absorção do veneno;

Elevar o membro atingido a 30º e manter em repouso.

Realizar a Abordagem Primária, estando atento se necessário para intervir com manobras para liberação das vias aéreas e de **RCP;**

Proceder o exame secundário, perguntar qual o agente agressor obtendo descrição, imagem do próprio animal se for possível (**cobra, aranha, escorpião etc.**), local da picada, quanto tempo após o acidente,identificar os sinais e sintomas clássicos, como intensidade da dor, sangramentos no local da picada, edemas, hematomas, alterações neurológicas, respiratórias, múltiplas picadas, sinais de choque hemorrágico, náusea, vômito, agitação, sonolência, coma; Realizar a limpeza da ferida com água e sabão/ soro fisiológico;

Levar a vítima imediatamente ao Serviço de Saúde mais próximo, se possível levar o animal agressor mesmo morto dentro de um recipiente fechado para que seja identificado, a fim de facilitar o diagnóstico e a escolha do soro mais adequado pela Equipe médica, juntamente com o Centro de Informações Toxicológicas para condutas específicas;

Seguir as orientações médicas quanto à administração de medicamentos e obter acesso venoso se necessário,

Monitorar os Sinais Vitais;

Controlar volume urinário .

Solicitar cartão de vacinação a fim de avaliar a vacinação anti tetânica

Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Anotar no prontuário/ ficha de atendimento os procedimentos realizados com nome completo e Coren do profissional;

Realizar notificação no **SINAN** de Animais Peçonhentos.

RECOMENDAÇÕES:

Ao encontrar a marca da mordedura, retire adornos da vítima, pois podem garrotear o membro afetado em caso de edema.

Orientar para que não seja realizado nenhuma ingesta oral até avaliação médica.

Nunca realizar garrotes, torniquete , curativos oclusivos , pois impede a circulação sanguínea, podendo ocasionar gangrena ou necrose no local. Não colocar nenhum produto sobre a ferida.

Orientar a vítima a não fazer sucção ou incisão no local da ferida, devido as complicações que podem ocasionar.

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 80
FERIMENTOS NOS OLHOS			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Diminuir os danos que podem ser ocasionados pela lesão	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando a vítima apresentar algum tipo de ferimento ocular por objeto estranho.	
Executante:		Equipe de enfermagem / médica.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (jaleco, luvas de procedimento) esfignomanômetro, estetoscópio, termômetro, gazes, soro fisiológico, micropore, colírio anestésico, cotonete, esparadrapo.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Promover a privacidade da vítima, explicando o procedimento;

Coletar informações sobre o ocorrido;

Perguntar a vítima se é alérgico a algum medicamento;

Higienizar as mãos; Pôr

os EPI's;

Colocar a vítima em decúbito dorsal;

Irrigar o olho ferido com soro fisiológico em caso de queimadura química ou se houver corpo estranho;

Auxiliar o médico para administrar o colírio; Entregar ao médico o cotonete e gazes para fazer a exploração ocular; Realizar o tampão na região ocular conforme prescrição médica; Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde; Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o,conforme resíduos de serviço de saúde; Higienizar as mãos; Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletônico/ ficha de atendimento com nome completo e Coren do profissional.
RECOMENDAÇÕES: Não remover sangue nem coágulos sanguíneos da região ocular.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N°81
SÍNCOPE OU DESMAIO			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Auxiliar para que a vítima retome a consciência.	
Justificativa		Manter e otimizar a oxigenação cerebral.	
Quando aplicar		Quando paciente apresentar síncope ou desmaio.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (jaleco e luvas de procedimento), esfignomanômetro, estetoscópio, termômetro, oxímetro, glicosímetro com fitas reativas, lancetas, algodão, álcool a 70% em gel.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Promover a privacidade do paciente e tranquilizá-lo;

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs;

Verificar a consciência da vítima se inconsciente desobstruir as vias aéreas com a manobra da tração da mandíbula/ extensão do pescoço;

Inspecionar a via respiratória e avaliar a necessidade de retirada de secreção ou corpos estranhos;

Verificar respiração observando os seguintes parâmetros ver, ouvir e sentir e também a circulação palpando o pulso carotídeo em vítimas inconsciente e radial para vítimas conscientes e braquial nas crianças, se a vítima não respira

e não tem pulso iniciar as manobras de **RCP,** conforme **POP específico;**

Afrouxar cintas e roupas;

Levar a vítima para local arejado e livre de aglomerados, se possível;

Monitorar sinais vitais; Verificar

glicemia capilar;

Sentar a vítima caso esteja consciente e colocar sua cabeça entre as pernas, fazendo uma pressão com as mãos na nuca, se a vítima estiver no chão elevar os membros inferiores pelo menos 20 cm;

Encaminhar para avaliação médica mesmo que a vítima tenha melhorado;

Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento com nome completo e Coren do profissional.

RECOMENDAÇÕES:

Em caso de vítima gestante deitá-la posicionando sobre seu lado esquerdo, com o membro inferior elevados levemente, com o objetivo de descomprimir a veia cava inferior por deslocar o útero para a esquerda. Não oferecer alimentos ou líquidos para a vítima.

Verificar se ocorreu alguma lesão durante a queda, se for o caso imobilizar de maneira adequada.

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**	**POP N° 82**
EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA		

Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Evitar lesões secundárias Proteger o paciente com alterações de comportamento contra lesões e traumas provocados por ele mesmo ou a outros e que gera a interrupção do tratamento a que vem sendo submetido.	
Justificativa		Procedimento que visa oferecer suporte básico de vida.	
Quando aplicar		Quando a vítima apresentar variedade de desordens comportamentais incluindo ansiedade aguda, depressão, psicose e abuso de substâncias químicas.	
Executante:		Equipe de enfermagem / médica.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS EPIs (luvas de procedimento, jaleco), esfignomanômetro, estetoscópio, termômetro, oxímetro de pulso.			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO Priorizar a segurança da equipe e do paciente; Promover a privacidade do paciente; Higienizar as mãos; Colocar os EPIs;			

Realizar a Abordagem a pessoa está ansiosa, está agitada, tem idéias delirantes, suicidas e incoerentes, apresenta agressividade, crises anteriores, antecedentes ou trauma emocional recente, sofrimentos, desemprego e outros fatores de stress;

Colocar o paciente em ambiente calmo;

Retirar do ambiente os objetos perigosos (como suporte de soro entre outros);

Ficar com a porta aberta, e saída fácil;

Posicionar de frente para o paciente, jamais ficar de costas ou fazer movimentos bruscos;

Cumprimentar o paciente; evitando o toque;

Manter postura segura calma e de interesse;

Realizar contenção física conforme a indicação e prescrição médica;

Monitorar os Sinais Vitais;

Seguir as orientações médicas quanto a administração de medicamentos;

Em caso de paciente violento, solicitar auxílio da polícia;

Acompanhar o paciente juntamente com os familiares para a Unidade de Referência quando o médico encaminhar;

Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletrônico / ficha de atendimento com nome completo e Coren do profissional.

RECOMENDAÇÕES:

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**	**POP N° 83**

CONTENÇÃO FÍSICA			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Reduzir os riscos de comportamento agressivo ou destruidor, prevenindo os danos iminentes ao próprio paciente ou a outras pessoas; Diminuir o risco de lesão por queda.	
Justificativa		Procedimento que visa restringir os movimentos do paciente agressivo /agitado, limitando, portanto a sua habilidade de movimentos, quando esse oferece perigo para si e para terceiros.	
Quando aplicar		Aos pacientes que apresentam auto-agressividade, agitação psicomotora ou heteroagressividade.	
Executante:		Equipe de enfermagem / médica.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS EPI (luvas de procedimento, jaleco) faixas de contenção, lençóis, estetoscópio, esfignomanômetro, oxímetro de pulso, fitas adesivas.			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO Priorizar a segurança da equipe e do paciente; Promover a privacidade do paciente; Higienizar as mãos;			

Colocar os EPIs;

Retirar adornos (relógio, celular anéis)

Avaliar o local e colocar o paciente voltado para área, espaço seguro;

Explicar o procedimento ao acompanhante se houver;

Separar lençóis e bandagens para a contenção, deixando no local onde será realizado o procedimento;

Realizar o procedimento conforme a prescrição médica;

Monitorar os sinais vitais e a perfusão sanguínea, observando o local da restrição (dor, calor, edema e ferimento) no paciente contido no momento da contenção, 30 minutos após e no momento da retirada da contenção;

Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Registrar os procedimentos realizados no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento com nome completo e Coren do profissional.

IMOBILIZAÇÃO COM BAIXO GRAU DE DIFICULDADE

Proceder da seguinte maneira: os imobilizadores devem se concentrar nos punhos, solicitando outros dois imobilizadores para os ombros.

IMOBILIZAÇÃO COM MODERADO GRAU DE DIFICULDADE

Quando houver maiores graus de dificuldade ao imobilizar o paciente, outros dois imobilizadores devem apoiar firmemente o terço distal das coxas e proximal da perna, evitando pressionar o joelho.

IMOBILIZAÇÃO COM ALTO GRAU DE DIFICULDADE

Deverá proceder da seguinte maneira em situação de instabilidade, devem–se concentrar no terço distal da coxa e solicitar dois imobilizadores para o terço proximal da perna.

IMOBILIZAÇÃO COM ALTO GRAU DE DIFICULDADE E INSTABILIDADE

Em todas as situações, um indivíduo extra deve permanecer próximo para fazer as contenções, iniciando pelos membros superiores, liberando assim os imobilizadores mais experientes primeiro, portanto não sendo possível estabilizar a imobilização, o líder deve interrompê-la e readequar a dimensão e

a composição da equipe.

CONTENÇÃO FÍSICA AO PACIENTE EM POSIÇÃO ORTOSTÁTICA

Passar a faixa passada na diagonal por trás da cabeça.

Fixar o mais próximo da maca possível sem pressionar a axila.

Evitar garroteamento das extremidades.

RECOMENDAÇÕES:

Jamais colocar lençol/ bandagem de contenção nas axilas, evitando assim a compressão do plexo braquial;

Evitar que ocorra garroteamentos dos membros;

Afrouxar a restrição em casos de edema, lesão e palidez;

Nos pacientes com doença cardiopulmonar, não deve ser realizada a contenção torácica e a cabeceira deverá estar elevada.

Nas gestantes a contenção do abdômen deve estar frouxo e com a cabeceira elevada,

Em idosos e crianças é contra indicada tanto a contenção torácica quanto a abdominal, ou seja só realizar em casos de extrema necessidade devido a maior possibilidade de complicações;

Manter a cabeceira elevada, exceto em condições neurológicas que podem ocasionar danos ao paciente como: hipertensão intracraniana etc;

Auxiliar o paciente contido na alimentação, observando a sua capacidade de deglutição, higiene pessoal e eliminações;

Fazer reposicionamento no leito (mudança de decúbito alternando o posicionamento das bandagens) a cada 2 horas utilizando coxim para alívio da pressão, caso haja a necessidade do paciente permanecer contido por um período longo;

Fazer movimentos ativos e passivos;

A maca ideal a ser utilizada deve ser a que se reduz ao chão, caso não haja a possibilidade, a mesma deverá ser fixada na parede distante da janela;

Caso o paciente não ofereça mais risco de agressividade a si mesmo e a outras pessoas, pode se estudar a hipótese da retirada das bandagens, a qual deverá ser feita alternando os membros e realizando movimentos ativos e passivos das áreas contidas;

Durante todo o procedimento é indispensável a presença do médico;

A contenção deve ser mantida o menor tempo possível, sempre observar a segurança e conforto do paciente, não ultrapassando 2 horas; Toda contenção deverá ser registrada pelo médico no prontuário;

Ao liberar o paciente da contenção, preferencialmente pelo profissional que o conteve, é fundamental que se explique aos familiares o que está fazendo e verifique os sinais vitais;

Quando não for possível a higienização das mãos devido atendimento ser fora da UBS, proceder utilizando álcool a 70% em gel para realizar a anti-sepsia das mãos.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 84
PREVENÇÃO DE QUEDAS			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Corrêa de Almeida. Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		• Prevenir a ocorrência de quedas de pacientes e os danos dela decorrentes; • Implantar medidas que garantem um cuidado multidisciplinar e um ambiente seguro; • Promover a educação do paciente, familiares e profissionais.	
Executante:		Equipe dos serviços de saúde.	

Definição:

Queda: “Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano”, segundo o Programa Nacional de Segurança do Paciente e Organização Mundial de Saúde;

Considera-se queda quando “o paciente é encontrado no chão ou quando durante o deslocamento, necessite de amparo, ainda que não chegue ao chão”, podendo ocorrer da própria altura, de macas/cama, cadeiras de rodas.

Fatores de risco para quedas:

Fatores demográficos:

- crianças menores de cinco anos; - idosos acima de sessenta e cinco anos; **Fatores Psico- Cognitivos:**
- declínio cognitivo; depressão e ansiedade;

Condições de Saúde:

- Portador de doenças crônicas; AVC prévio; Hipotensão postural; Tonturas;

Convulsões; Sincopes; Dor intensa; Baixo índice de massa corporal; Anemia; Insônia; Incontinência ou urgência miccional; Incontinência ou urgência para evacuação; artrite; osteoporose; hipoglicemia e outras alterações metabólicas;

Fatores relacionados à funcionalidade:

- Dificuldade no desenvolvimento das atividades diárias; Necessidade de dispositivos de auxilio á marcha; Amputação de membros inferiores; Fraqueza muscular e articular; Deformidade nos membros inferiores; **Comprometimentos sensoriais:**
- visão, audição e tato; **Equilíbrio corporal:**
- marcha alterada;

Uso de medicamentos:

- Medicamentos que possam ocasionar alterações no SNC, metabólicas ou uso de 4 ou mais medicamentos;

Obesidade severa.

História prévia de quedas.

Critérios para classificar o grau de risco de quedas nos pacientes:

Alto risco de queda:

- Pacientes independentes, que realizam suas atividades diárias, mas possuem um fator de risco;
- Pacientes dependentes de ajuda de terceiros ou de dispositivos para realizar suas atividades ou locomoção, com ou sem fator de risco;
- Pacientes em maca, com ou sem fator de risco; **Baixo risco de queda:**
- Pacientes acamado, restrito ao leito, completamente dependente de ajuda com ou sem fatores de risco;
- Indivíduos independentes e sem nenhum fator de risco;

Este protocolo não utiliza escalas de avaliação de risco de quedas particulares e sim tem por finalidade adotar medidas para prevenção de quedas nos pacientes que permanecem em observação nas unidades e no Pronto Atendimento.

AÇÕES PREVENTIVAS:

O Serviço de Saúde deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, com a criação de um ambiente seguro contendo: pisos antiderrapantes, mobiliários e iluminação adequada, corredores livres de obstáculos, sinalizadores de pisos molhados ou presença de obstáculos.

A avaliação do risco e a classificação do paciente devem ser feita no momento da admissão do paciente, utilizando estratégias de educação aos pacientes e familiares/acompanhantes, quanto o risco e os danos devido à queda e como prevenir.

A identificação de risco compete à equipe multidisciplinar, e esta deve assegurar uma comunicação efetiva entre todos os profissionais, garantindo a prevenção de quedas.

Algumas medidas devem ser tomadas para reduzir o risco de queda dos

pacientes, como:

1. Avaliar a autonomia para deambular e a necessidade de uso de dispositivos para auxilio (cadeiras de rodas);
2. Orientar paciente e acompanhante a apenas levantar do leito acompanhado por um profissional;
3. Orientar paciente e acompanhante quando administrado medicamentos que possam causar efeitos colaterais como: vertigens, tonturas, sonolência, mal estar geral, alterações visuais e de reflexos, que aumentem o risco de quedas.
4. Orientar quanto o uso de equipamentos/dispositivos, avaliando o nível de dependência;
5. Colocar os equipamentos de modo que facilite a movimentação do paciente;
6. Colocar os pacientes com alto risco de quedas próximo ao posto de Enfermagem;
7. Orientar o paciente e acompanhante para ao sair do leito garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelhos auditivos;

Caso ocorra queda de um paciente, esta deve ser notificada e o paciente avaliado e atendido imediatamente. Avaliar as causas, identificando fatores que contribuíram para o evento.

As notificações deveram ser encaminhadas para o **Núcleo de Segurança do Paciente do Município**. Este por sua vez juntara as informações produzindo indicadores, por meio de análise dos dados. Estas informações resultarão em adoção de medidas para melhoria da prevenção de quedas.

Departamento de Saúde Guamiranga	**Procedimento Operacional Padrão- POP**		**POP N° 85**
COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA E PACIENTES/FAMILIARES			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Corrêa de Almeida. Regianne Mara Pesck Betin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	

Objetivos do Procedimento	• Garantir a efetividade da comunicação entre os profissionais que prestam atendimento ao paciente . • Assegurar uma efetiva comunicação da equipe de enfermagem e médica com o paciente e seus familiares
Executante:	Equipe dos serviços de saúde.
Os pacientes recebem cuidados de equipe multidisciplinar e em diferentes locais, sendo assim imprescindível a comunicação eficaz entre os envolvidos na equipe.	

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Passagem de Plantão:

- Proceder à passagem do plantão na troca de turno do trabalho em ambiente silencioso, com todos os membros da equipe de enfermagem envolvidos e concentrados nas informações repassadas,
- Repassar a informação de maneira clara, concisa, completa e uniforme, tanto entre a equipe assistencial, pacientes e familiares, para que o receptor não tenha dúvidas da informação e seja possível a continuidade da assistência com segurança.
- Comunique as condições do paciente, os medicamentos que utiliza os resultados de exames, as recomendações sobre os cuidados e as alterações significativas
- Informe sobre os procedimentos realizados e, no caso de crianças, idosos, portadores de necessidades especiais qual familiar acompanhou sua realização.

Registro em Prontuários:

- Registrar as informações e os procedimentos realizados no prontuário do paciente com fácil compreensão.
- Verifique se o prontuário onde estão sendo realizados os registros são do paciente.
- Coloque data e horário antes de iniciar o registro da informação.
- Registre as informações em local adequado, com letra legível sem rasuras, de modo completo e objetivo, desprovido de impressões pessoais a fim de que a comunicação seja efetiva e segura.
- Faça uso apenas de abreviaturas e siglas padronizadas, observando as que não devem ser utilizadas.
- Coloque a identificação do profissional com nome completo e Coren do profissional ao final de cada registro realizado.

RECOMENDAÇÕES:

O paciente tem o direito de conhecer todos os registros realizados em seu prontuário.

As informações respectivas ás condições clínicas do paciente são restritas a ele próprio, aos profissionais envolvidos e aos que são pelo paciente autorizado ou legalmente estabelecido.

As **prescrições verbais ou telefônica** só poderão acontecer em situações de **emergência,** realizando as seguintes medidas de segurança como: ficar em local silencioso, repetir em voz alta, de maneira completa a informação dada pelo emissor e assim que possível prescrever no prontuário. O trabalho em equipe favorece a segurança fortalecendo a comunicação.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 86
CUIDADOS COM O CORPO APÓS A MORTE			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**

Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .
Objetivos do Procedimento	Limpar o corpo e evitar a exalação de maus odores e a saída de líquidos como sangue e outras secreções; Dispor a posição do corpo adequada antes da rigidez cadavérica.
Justificativa	Identificar e preparar o corpo para entregá-lo á família com o melhor aspecto possível.
Quando aplicar	Quando o médico atestar o óbito
Executante:	Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Biombo, bandeja, algodão, gaze, esparadrapo, ataduras, pinça (cheron longa), material para banho, tricotomia, curativo, se necessário, saco plástico para resíduo, 3 lençóis, EPIs (jaleco, luvas de procedimento óculos de proteção, máscara e avental) etiquetas.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Certificar-se do registro da anotação de óbito pelo médico realizado no prontuário;

Solicitar a presença dos familiares para comunicar o óbito;

Organizar o material necessário;

Promover a privacidade do paciente;

Lavar as mãos;

Colocar os EPIs;

Deixar o corpo em posição cadavérica (posição horizontal), alinhando os membros;

Fechar os olhos realizando a compressão das pálpebras;

Colocar imediatamente após a morte próteses dentárias se houver;

Retirar drenos, cânulas ou cateteres se houver;

Cobrir o corpo todo com um lençol;

Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs;

Higienizar as mãos.

RECOMENDAÇÕES:

Realizar o tamponamento somente depois da constatação de óbito pelo médico e atestado de óbito previamente preenchido; Fornecer apoio e orientações necessárias à família;

Não passar informações sobre o óbito do paciente por telefone;

Não realizar o tamponamento se houver a necessidade de encaminhar ao IML (Instituto Médico Legal);

O tamponamento deve obedecer ao sentido céfalo-podal, pois o resfriamento do corpo ocorre nesse sentido;

Caso o paciente seja judeu, não retirar curativos, drenos, ou outros dispositivos, até a chagada do rabino, obedecendo à tradição e cultura do povo judeu; Arrole os pertences do paciente e entregue á família mediante assinatura de quem está recebendo.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 87
DESCARTE DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Padronizar o descarte de Resíduos de Serviços de Saúde conforme sua classificação.	
Justificativa		Minimizar os riscos ocasionados pelos resíduos, tanto para os profissionais quanto para o meio ambiente.	
Quando aplicar		Após as atividades que gerem resíduos.	
Executante:		Equipe de saúde.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS EPIs (Luvas de procedimento, jaleco) caixa de descarte para perfuro cortante, recipiente para lixo, saco plástico de cor azul para lixo seco reciclável, saco preto para lixo orgânico e saco branco leitoso para lixo infectante.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Colocar os EPIs;

Proceder ao descarte de resíduos de acordo com a sua classificação após ter realizado a atividade que gerou o resíduo;

Descartar os resíduos conforme a seguinte classificação:

Grupo A: (Risco Biológico) material com possível presença de agente biológico que, apresentem risco de infecção, como por exemplo: luvas, seringas, touca, máscara, gazes, chumaço, sondas, equipo, cateter venoso flexível sem guia, algodão. Devem ser acondicionados em saco branco leitoso, resistente, impermeável e identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos. São acondicionados em bombas rígidas e fechadas e entregues para empresa responsável pelo recolhimento dos resíduos do município.

OBSERVAÇÃO: Os resíduos provenientes de ampolas e frascos utilizados sem vacinação, após descartá-los em caixa de perfuro cortante devem ser envolvidos em saco branco leitoso.

Grupo B (risco químico) apresenta substâncias que podem causar risco á saúde pública e ao meio ambiente, como por exemplo: medicamentos, resíduos contendo metais pesados. Devem ser acondicionados com sua embalagem primária e/ou recipientes inquebráveis dentro das bombonas. São identificados através do símbolo de risco associado e com discriminação de risco químico e entregues para empresa responsável pelo recolhimento dos resíduos, juntamente com a relação dos medicamentos para a comprovação do encaminhamento junto a Vigilância Sanitária.

Grupo D (resíduo comum) não apresenta risco biológico, químico ou radiológico á saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares, como por exemplo: sobras de alimentos, papel toalha, papel de higiene. Devem ser acondicionados em saco plástico cinza ou preto e entregues para empresa (prefeitura) responsável pelo recolhimento dos resíduos municipal. Recicláveis: como papel, plástico e metal, devem ser acondicionados em saco plástico azul e encaminhados para reciclagem.

Grupo E (perfurocortante e escarificantes) como, por exemplo, lâminas de barbear, lâminas de bisturis, agulhas, escalpes, lancetas, ampolas de vidros e guia de cateter flexível, conector de equipo Deve ser acondicionada em embalagens rígidas, preenchidas somente até dois terço de sua capacidade, a caixa deve ser fechada e manipulada pelas alças, armazenadas em bombas rígidas e fechadas até o momento da coleta realizada por empresa responsável. Devem ser identificados pelo símbolo de substância infectante.

RECOMENDAÇÕES
Ao montar a caixa de perfuro cortante o funcionário deve anotar na parte superior da caixa a data, horário, validade e assinar e ao fechar identificar com a data, horário e assinatura. A validade da caixa de perfuro cortante após montada é de 7 dias.

Departamento de Saúde Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 88
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AOS ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO			
Edição: 4º	**Data da Revisão: 06/2024**	**Data da Aprovação: 06/2024**	**Próxima Revisão: 06/2026**
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Maria Bernadete Ladika Neurice Rodrigues da Silva, Regianne Mara Pesck Betin, Thiana Caroline Pontarolo,	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		✓ Abordar e orientar as condutas, pré e pós-exposição, indicadas para prevenir o risco de contaminação de profissionais de saúde pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e pelos vírus das hepatites B e C no ambiente de trabalho,	
Justificativa		Conhecer as condutas diante de um acidente com Material Biológico	
Quando aplicar		Em acidentes envolvendo Material Biológico.	
Executante:		Equipe de enfermagem, médico.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS EPIs (luvas de procedimento), kit de teste rápido, fichas do Sinan.
EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS Lavar abundantemente o local com água e sabão, exceto quando o local de contato for à conjuntiva ocular, que deve ser irrigada com solução fisiológica estéril, em caso de acidente com materiais perfuro cortante não se deve apertar a lesão, permitindo o sangramento espontânea.

Comunicar o enfermeiro ou o médico imediatamente lembrando que a exposição a fluido biológico caracteriza-se situação de emergência médica no dia do acidente. Preencher a ficha de notificação de acidente com material biológico.

Estabelecer o material biológico envolvido: sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, liquor, líquido sinovial, líquido pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico), fluidos orgânicos potencialmente não-infectantes (suor, lágrima, fezes, urina e saliva), exceto se contaminado com sangue.

Avaliar o tipo de acidente: perfurocortante, contato com mucosa, contato com pele com solução de continuidade.

Proceder o conhecimento da fonte: fonte comprovadamente infectada ou exposta à situação de risco ou fonte com origem fora do ambiente de trabalho.

É necessário a realização dos testes rápidos para o acidentado e para a fonte se conhecida. Primeiramente para a fonte conhecida, após para a pessoa acidentada.

FONTE CONHECIDA

Ofertar Teste Rápido, no momento zero, com termo de consentimento livre esclarecido assinado, garantindo laudo ao término do exame.

CONDUTAS FRENTE AOS RESULTADOS DOS TESTES RÁPIDOS DO PACIENTE FONTE CONHECIDA

Resultados Negativos para HBV e HBC: liberar paciente fonte.

Resultados Positivos para HBV e HBC: informar o paciente da necessidade de sorologia para confirmação do diagnóstico. Encaminhar à Vigilância Epidemiológica.

Resultado Negativo para HIV: Orientar o paciente da importância da repetição dos testes, valorizando o diagnóstico precoce para tratamento oportuno. Pode- se ofertar novo exame, conforme o aconselhamento se houver importante potencial de possível contaminação.

Resultado Positivo para HIV: Notificar à Vigilância Epidemiológica. Encaminhar para consulta médica para iniciar tratamento e após à ESF para acompanhamento.

CONDUTAS FRENTE AOS RESULTADOS DOS TESTES RÁPIDOS DA PESSOA ACIDENTADA

Resultados Negativos para HBV e HBC: Informar e orientar novo teste 15,30,60

e 180 dias e utilizar preservativo nas relações sexuais. Encaminhar para avaliação médica.

Resultados Positivos para HBV e HBC: informar o paciente da necessidade de sorologia para confirmação do diagnóstico. Notificar à Vigilância Epidemiológica e encaminhar para avaliação médica.

Resultado Negativo para HIV: Informar e orientar novo teste com 15, 30, 60 e 180 dias e utilizar preservativo nas relações sexuais. Encaminhar para avaliação médica.

Resultado Positivo: Encaminhar para avaliação médica na Santa Casa de Irati. (mais informações abaixo).

SE FONTE DESCONHECIDA

Analisar o tipo de exposição, dados clínicos e epidemiológicos do local.

CONDUTAS EM CASO DE ACIDENTE COM EXPOSIÇÃO AO VÍRUS DA HEPATITE B

Verificar esquema de vacinação para hepatite B. Se esquema completo, solicitar Anti-HBs. A vacina e ou a Imunoglobulina podem e devem ser aplicadas dentro do período de sete dias após o acidente. Mas, é preferível a administração nas primeiras 24 horas após o acidente. Profissionais que já tiveram hepatite B estão imunes à reinfecção e não necessitam de profilaxia pós-exposição.

Avaliar situação conforme quadro abaixo:

Situação vacinal e Paciente - fonte

sorológica do profissional de saúde exposto	**HBsAg positivo**	**HBsAg negativo**	**HbsAg desconhecido ou não testado**
Não vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação
Com vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação
Previamente vacinado			

Com resposta vacinal conhecida e adequada (>10mUI/ml)	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
Sem resposta	IGHAHB + 1ª dose	Iniciar nova série	Iniciar nova série

Vacinal após a 1° série (3 doses)	da vacina contra hepatite B nova série de 3 doses	de vacina (3 doses)	de vacina (3 doses)
Sem resposta vacinal após a 1° série (6 doses	IGHAHB (2x)***	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2 doses com intervalo de um mês)
Resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica. Se resposta vacinal inadequada: IGHAHB + 1ª dose da vacina contra hepatite B.	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica. Se resposta vacinal inadequada: fazer Segunda série de vacinação.	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica. Se resposta vacinal inadequada: fazer Segunda série de vacinação

DEFINIÇÕES PARA CLASSIFICAÇÃO E CONDUTA ADEQUADA

Vacinação adequada: Anti-HBs > 10UI/l.

Dose de imunoglobulina (IGHAHB) a ser administrada: 0,06 ml/Kg, por via IM.

Vacina contra Hepatite B: três doses, administrada no deltóide, no dia zero, um e seis meses.

ALERTA: SE PACIENTE FONTE FOR HIV POSITIVO COMPROVADO POR MEIO DE TESTE RÁPIDO OU CONVENCIONAL, É INDICADA QUIMIOPROFILAXIA ANTIRETROVIRAL/PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO (PEP), PARA O ACIDENTADO.

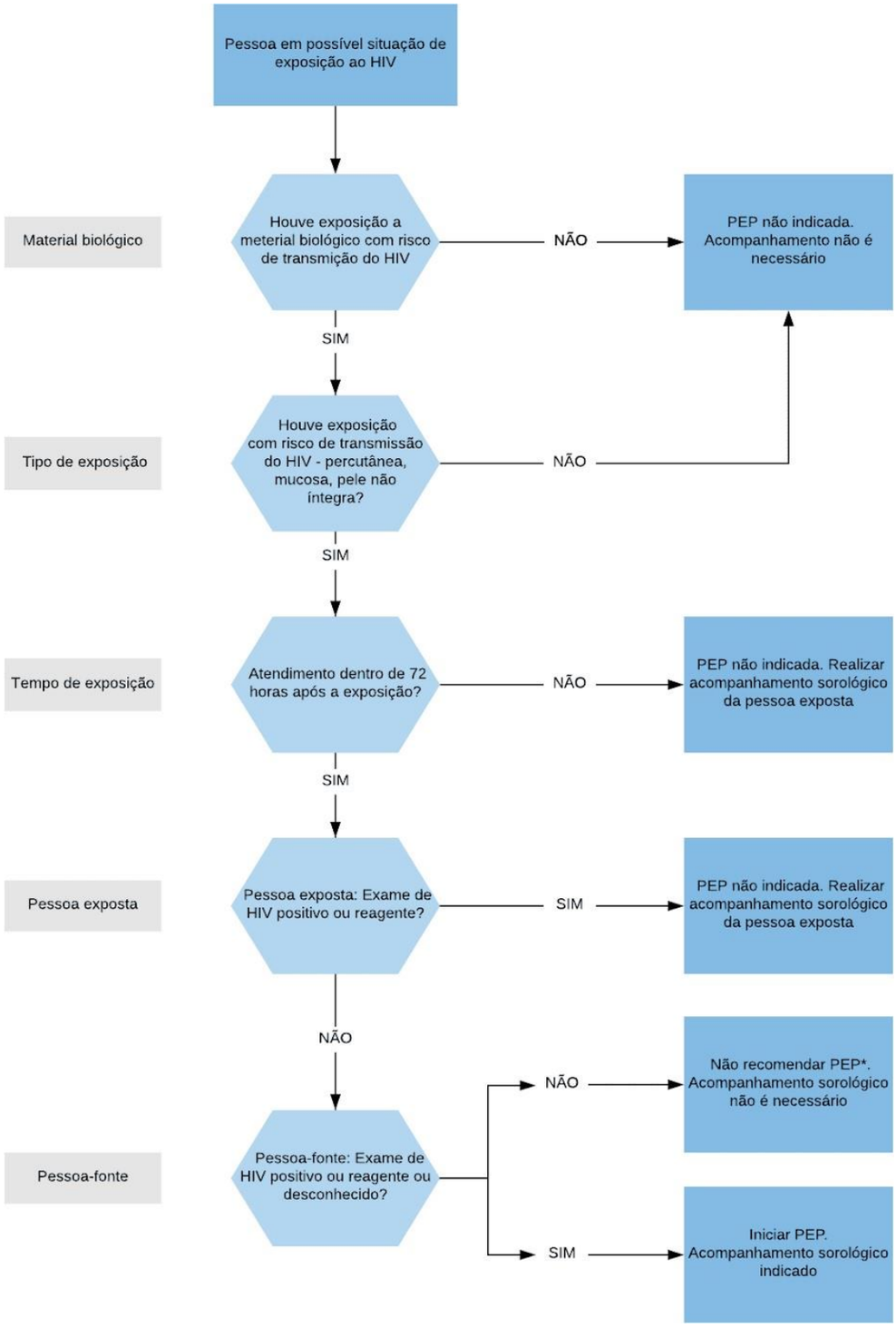
CONDUTA PARA RISCO EMINENTE DE EXPOSIÇÃO AO VÍRUS HIV

Contactar previamente a referência (Santa Casa de Irati), para o encaminhamento do acidentado para avaliação da necessidade de indicação do PEP, e se assim for, deverá ser iniciada o mais rápido possível, idealmente, nas primeiras duas horas após o acidente. Recomenda-se que o prazo máximo, para início de PPE seja de até 72 horas após o acidente.

Providenciar transporte imediato e encaminhar o Servidor se necessário.

OBS.:Deverá ser acompanhado o acidentado no serviço de saúde durante um período de seis meses, devendo ser monitorado nos seguintes momentos após o acidente : 15, 30, 60 e 180 dias, quando necessário, terminado o acompanhamento nestes prazos estabelecidos e não havendo viragem sorológica o acidentado tem alta, portanto em casos de indicação a profilaxia antiretroviral, devem ser solicitados também Hemograma e Transaminase e retorno no 15º dia para monitoramento de possíveis reações adversas.

5- FLUXOGRAMA PARA INDICAÇÃO DE PEP AO HIV



Fonte: DIAHV/SVS/MS.*PEP poderá ser indicada se a pessoa fonte tiver exposição de risco nos últimos 30 dias, devido a janela imunológica.

PROTOCOLO CLÍNICO	**Elaborado por:**	Márcia Vanessa Correia de Almeida Regiane Pesck Betin
	Data da Elaboração:	05/06/2023
	Revisão:	2º
	Data da Revisão: **Próxima Revisão**	04/2024 06/2026
TRANSPORTE DE PACIENTES		

1. INTRODUÇÃO

Emergência é caracterizada quando há agravo nas condições de saúde, que exige intervenção médica imediata por existir risco iminente de vida, portanto a Urgência é uma classificação quando existe o risco de vida só que de caráter menos imediatista. De acordo com a definição do Ministério da Saúde urgência e emergência representam um campo único de atenção em saúde com a finalidade de serviços específicos no suporte à vida. Mesmo existindo uma classificação específica a realidade dos serviços de saúde brasileira apresenta um cenário mais complexo, onde de maneira desordenada, usuários utilizam o serviço de emergência como porta de entrada no atendimento a saúde (BRASIL, 2004 apud CARVALHO et. al., 2013).

Pacientes críticos necessitam, muitas vezes, tanto de transporte intra-hospitalar como inter-hospitalar, para realização de procedimentos, exames diagnósticos, entre outros atendimentos. Alguns destes métodos são realizados à beira do leito, outros necessitam do seu deslocamento para local fora do setor de origem. Dessa maneira, é necessário adaptar equipamentos de suporte e monitorização. A decisão de transportar um paciente crítico deve ser baseada na avaliação do risco/benefício e na necessidade de cuidados adicionais (tecnologia e/ou especialistas), não disponíveis no local onde este se encontra.

Nesse contexto, os Serviços de Saúde devem possuir um plano específico de transporte de pacientes críticos, envolvendo um sistema eficiente de comunicação, materiais, equipe qualificada, documentação, para garantir segurança, pois este procedimento não está isento de riscos.

Atualmente o Ministério da Saúde, através da RDC nº 36/2013, preconiza no Art 1º: “Esta resolução tem por objetivo instituir ações para promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde”. Paralelo a isso, a portaria nº 1377 de 9 de julho de 2013, aprovou protocolos de segurança do paciente, com a finalidade de minimizar riscos e padronizar uma assistência adequada.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em sua Resolução nº 588/2018, atualiza e normatiza a atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde, também estabelece a função

da equipe de Enfermagem no que se refere ao preparo, acompanhamento, avaliação, definição de pessoal, comunicação e retorno desses pacientes apontando observações a serem seguidas para assegurar um transporte seguro.

2. JUSTIFICATIVA

Justifica-se o presente protocolo no intuito de promover ao paciente um transporte seguro e que mantenha a qualidade do atendimento no processo de transferência para setores e unidades de diferentes graus de complexidade a fim de evitar ou diminuir agravos ao paciente, garantir estabilidade e condições seguras, bem como padronizar e definir funções a cerca do procedimento.

Considera-se parte do processo e, dessa forma, itens de segurança a serem observados e respeitados: equipe do transporte; cumprimento das etapas do transporte; materiais, equipamentos e medicações.

3. OBJETIVOS

- Identificar itens de segurança a serem respeitados no processo das transferências ao paciente crítico.
- Regulamentar as responsabilidades dos profissionais e as maneiras de transporte dos clientes no âmbito intra e inter hospitalar
- Evitar/reduzir a ocorrência de eventos adversos
- Garantir a estabilidade e as condições seguras para o atendimento.

4. EQUIPE DO TRANSPORTE

A equipe do transporte é um dos componentes fundamentais no atendimento ao cliente, portanto o número de pessoas envolvidas no transporte é variável de acordo com a complexidade da situação clínica do mesmo, é necessário que deveram ter no mínimo duas pessoas com capacidades e aptas a agir com possíveis situações técnicas e intercorrências fisiológicas

Os seguintes profissionais podem fazer parte da equipe de transporte são:

- Enfermeiro
- Técnico de enfermagem
- Médico

4.1. CABE AO ENFERMEIRO

- Organizar e definir a distribuição de atribuições da equipe nas fases pré, trans e pós-transporte.
- Classificar o tipo de transporte (baixo, médio e alto risco).
- Realizar o planejamento do transporte: meio de locomoção; trajeto, tempo de permanência fora da unidade, materiais e equipamentos necessários, cuidados específicos, número e categoria dos profissionais envolvidos. O planejamento deverá ser individualizado.

- Levar o kit de medicamentos que se encontram na sala de emergência, solicitando à Farmácia, outros medicamentos conforme prescrição médica.
- Providenciar os kits de intubação traqueal e de materiais de suporte e o ventilador mecânico.
- Acompanhar o cliente no transporte de médio e de alto risco.
- Prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; Acompanhar as atividades realizadas pela sua equipe de enfermagem. Treinar/capacitar a sua equipe de enfermagem.
- Ser capacitado pelo serviço onde atua, no suporte avançado de vida e em ventilação pulmonar assistida e demais procedimentos de urgência e emergência.

4.2. CABE AO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Preparar o cliente.
- Pegar e devolver os equipamentos eletrônicos utilizados no transporte ao seu local de origem.
- Reunir e testar a integridade/funcionamento dos materiais e dos equipamentos.
- Acompanhar o cliente no transporte de baixo, médio e de alto risco.
- Realizar a limpeza e desinfecção do veículo de transporte e dos equipamentos da unidade e reorganizando o veículo e o setor.
- Realizar o check list de cada ambulância e da sala de emergência semanalmente ou de acordo com a necessidade.
- Ter conhecimento em suporte básico de vida.
- Prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro; participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências/emergências; realizar manobras de extração manual de vítimas.

4.3. CABE AO MÉDICO

- Avaliar a necessidade do transporte para a realização da intervenção diagnóstica ou terapêutica.
- Estabilizar o cliente hemodinamicamente antes de ser transportado.
- Classificar o tipo de transporte (baixo, médio e alto risco).
- Determinar os medicamentos que poderão ou não ser utilizados e interrompidos durante o transporte.

- Comunicar ao médico da unidade de destino as informações relativas ao cliente e ao seu transporte.
- Acompanhar o cliente no transporte de alto risco, e se necessário, também, no de médio risco.
- Testar e programar o ventilador de transporte.
- Ser capacitado/conhecimento em suporte avançado de vida, ventilação pulmonar assistida e obtenção de via aérea artificial.

Embora maqueiro caracteriza-se pelo profissional que manipula a maca do cliente, geralmente o motorista em nosso município, sua presença é extremamente necessária, principalmente para ajudar nas transferências (cama para maca, maca para tomógrafo etc.) Além disso, cabe a ele testar os dispositivos de travas nas macas e demais procedimentos úteis que compete a sua categoria.

OBSERVAÇÃO:

Quando solicitado atendimento fora do horário de funcionamento da unidade, deverá ser entrado em contato com o Enfermeiro plantonista que irá avaliar o caso e definir o tipo de atendimento e quais profissionais serão necessários para acompanhar o paciente.

Quando for necessário o acompanhamento do enfermeiro do Centro de Saúde no transporte de pacientes de média e alta complexidade, caberá ao gestor solicitar a presença de enfermeiro substituto.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. O enfermeiro responsável pela unidade que irá acionar a equipe, de acordo com a complexidade do paciente;
2. A equipe deverá confirmar previamente para onde o paciente será transportado e se a mesma está preparada para recebê-lo;
3. O enfermeiro e o médico avaliarão em conjunto : à distância/duração do transporte; intervenções médicas necessárias durante o transporte; disponibilidade de pessoal e recursos; o tipo de meio de transporte adequado;
4. O Médico deverá fazer o contato e informar a Unidade Hospitalar de destino sobre as condições e necessidades do paciente;
5. Higienizar as mãos;
6. Colocar os EPIs necessários.
7. Orientar o paciente e/ou responsável sobre o transporte;
8. Separar as roupas e os demais pertences do paciente e entregar ao responsável;
9. Observar as medicações antes da transferência, checar horário e quais deverão ser encaminhados com o paciente;

10. Verificar sinais vitais do paciente e estabilização cardiorrespiratória antes de iniciar qualquer procedimento da transferência;
11. Anotar no relatório de enfermagem/ prontuário/ ficha de atendimento: hora da transferência, sinais vitais, condição do paciente, orientações realizadas, com quem e para onde foi transferido. Carimbar e assinar;
12. Preparar o material necessário para a transferência;
13. Colocar lençol na maca;
14. Colocar a maca ao lado da cama;
15. Travar as rodas da maca;
16. Fechar drenos, sondas e equipos;
17. Proceder com a técnica de passagem do paciente do leito para a maca;
18. Organizar fios e derivações, tubo orotraqueal, bolsas e recipientes coletores (devem ser esvaziados se possível) para não tracioná-los no momento da transferência;
19. Prestar cuidados de enfermagem durante a transferência tais como: monitorar sinais vitais, condições do paciente, promover conforto e segurança ao paciente;
20. Manter a estabilidade fisiológica do paciente;
21. Acionar a equipe ao chegar ao local de destino, para receber o paciente informando os sinais vitais, condições e estado do paciente, procedimentos e medicações realizadas;
22. Transferir o paciente para a maca/ leito do Hospital que está admitindo o paciente;
23. Recolher os materiais utilizados no paciente, organizando os mesmos no veículo da transferência;
24. Retirar os EPIs utilizados e descartar conforme segregação de resíduos, em serviços de saúde;
25. Higienizar as mãos.

6. FASES DO TRANSPORTE

6.1. Fase preparatória - Envolve a comunicação entre os locais de origem e destino; avaliação da condição atual do paciente; escolha da equipe que irá acompanhar o paciente; preparo dos equipamentos para o transporte. Nesta fase, a comunicação entre os setores é muito importante, antes da saída do paciente da unidade de origem. Essa comunicação deve considerar as informações sobre a situação clínica do paciente, continuidade da assistência de Enfermagem e liberação do setor de destino para o recebimento do mesmo.

6.2. Fase de transferência – É o transporte propriamente dito. Objetiva manter a integridade do paciente até o retorno ao seu local de origem. Compreende desde a mobilização do paciente do leito da Unidade de

origem para o meio de transporte, até sua retirada do meio de transporte para o leito da Unidade receptora, incluindo:

a) monitorar o nível de consciência e as funções vitais, de acordo com o estado geral do paciente;

b) manter a conexão de tubos endotraqueais, sondas vesicais e nasogástricas, drenos torácicos e cateteres endovenosos, garantindo o suporte hemodinâmico, ventilatório e medicamentoso ao paciente; c) utilizar medidas de proteção (grades, cintos de segurança, entre outras) para assegurar a integridade física do paciente;

d) redobrar a vigilância nos casos de transporte de pacientes instáveis, obesos, inquietos, idosos, prematuros, crianças, politraumatizados, sob sedação.

6.3. Fase de estabilização pós-transporte – Observação contínua, da estabilidade clínica do paciente transportado, considerando que instabilidades hemodinâmicas podem ocorrer entre 30 minutos a 1 hora após o final do transporte.

7. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificam-se os pacientes quanto aos riscos e a equipe necessária para o transporte da seguinte maneira:

TIPO DE TRANSPORTE	CONDIÇÕES CLÍNICAS DO CLIENTE	COMPOSIÇÃO MÍNIMA DE PROFISSIONAIS
BAIXO RISCO	Clientes estáveis sem alterações críticas nas últimas 48 horas	TECNICO DE ENFERMAGEM
MÉDIO RISCO	Clientes estáveis sem alterações críticas nas últimas 24 horas, porém que necessitam de monitorização hemodinâmica ou oxigenoterapia	ENFERMEIRO
ALTO RISCO	Clientes em uso de droga vasoativa ou assistência ventilatória mecânica	SAMU

8. MATERIAIS, EQUIPAMENTOS, MEDICAÇÕES E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

São essenciais que os profissionais envolvidos no processo tenham o conhecimento de todos os materiais, equipamentos que estão disponíveis nas ambulâncias conforme check list já exitentes nas mesmas, os medicamentos que serão necessário conforme solicitação médica, que poderão vir a ser utilizados, para aquele

paciente específico, minimizando os riscos e as possibilidades de eventos adversos no atendimento prestado.

Descrever o atendimento na ”Ficha de Transferência para Situações de Urgência e Emergência” que se encontra em anexo, disponível na sala de emergência, levando a primeira via para a unidade de destino e deixando a segunda via na unidade de origem, arquivada na pasta referente às transferências do município de Guamiranga.

Anexo 1 - Ficha de Transferência para Situações de Urgência e Emergência / Transferência interhospitalar

CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUAMIRANGA FICHA PARA SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Data ___/___/____

Dados da vítima

Nome:_____Idade:_____ DN: ___/___/____ Sexo: ( )Fem ( )Masc Fone: _____

Endereço:_____ CNS:_____ Nome da Mãe_____

Tipo de Ocorrência

( ) Acidente de trânsito ( ) Agressão( ) FAB ( ) Queda ( ) Queimadura ( ) Clínico ( ) Outro _____

Em até 5 minutos

Vias aéreas permeáveis: ( ) Sim ( ) Não
Respiração: ( ) Suave ( )Superficial ( ) Regular ( ) Rápida ( ) Normal ( ) Ruidosa ( ) Profunda ( ) Irregular ( )Lenta
Pulso: ( )Normal ( )Rápido ( )Regular ( )Irregular ( )Cheio ( )Fino ( )Filiforme-Fino e Rápido ( ) Lento ( )Hemorragia externa
Neurológico: ( ) Consciente ( ) Verbal ( ) À dor ( ) Inconsciente
Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midríase lado_____

Principais lesões

LOCAL→ TIPO↓	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdome	Região pélvica	MSD	MSE	MID	MSE
Escoriação											
Ferimento corto contuso											
Ferimento perfurante											
Contusão											
Fratura aberta											
Fratura fechada											
Luxação											
Queimadura											
Amputação											
Esmagamento											
Laceração											
Outro_____											

Escala de Coma da Glasgow (GCS) | **Escala de Trauma**

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Melhor Resposta Motora	Resp/min	P.A Máxima	
( ) 4-Espontânea ( ) 3-Ao som ( ) 2-A pressão ( ) 1-Ausente ( ) NT	( ) 5-Orientada ( ) 4-Confusa ( ) 3-Palavras ( ) 2-Sons ( ) 1-Ausente ( ) NT	( ) 6-A ordens ( ) 5-Localizadora ( ) 4-Flexão normal ( ) 3-Flexão anormal ( ) 2-Extensão ( ) 1-Ausente ( ) NT	( ) 4- 10 a 29 ( ) 3- >29 ( ) 2- 50 a 75 ( ) 1- 1 a 49 ( ) 0- 0	( ) 4- > 89 ( ) 3- 76 a 89 ( ) 2- 50 a 75 ( ) 1- 1 a 49 ( ) 0- 0	Obs: GCS-P é calculada subtraindo o Escore de Reatividade da Pupila (PRS) da pontuação total da Escala de Coma de Glasgow (GCS): Reatividade da pupila: Ambos os olhos - 0 pontos Um olho – 1 ponto Sem fotorreatividade - 2 pontos

Escala de Coma de Glasgow P:_____ Escala de trauma:_____

SSVV: P.A: _____ Pulso:_____ Respiração:____ Tª.:____SO_2:____ HGT:_____ ECG: ( ) sim ( ) não ( ) Em anexo

Sinais Clínicos

( ) Amnésia ( ) Agitação ( ) Cianose ( ) Dificuldade Respiratória ( )Enfisema Pulmonar ( ) Hálito etílico ( ) Palidez ( ) Náusea/Vômito ( ) Sudorese

Procedimentos realizados

( )Dobstrução de vias aéreas ( )Imob colar cervical ( )Imob colete dorsal ( )Imob prancha ( )Imob tração de fêmur ( )Imob fratura ( )Curativo ( )RCP ( )O_2 ( )Torniquete ( )Med VO ( )Med IM ( )Med EV ( )A.V.P. cateter nº__ ( )Outro_____

Medicações utilizadas

Descrição do Atendimento

Equipe Responsável	
Conclusão do caso	( ) Óbito ( ) Alta ( ) Transferência

CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUAMIRANGA FICHA PARA TRANSPORTE INTERHOSPITALAR

Data ___/___/____

Dados do Paciente

Nome:_____Idade:_____ DN: ___/___/____ Sexo: ( )Fem ( )Masc Fone: _____

Endereço:_____ CNS:_____ Nome da Mãe_____

Tipo de Transferência

( ) Internamento hosp ( ) Exames ( ) Atendimento especializado de urgêencia ( ) Outro _____

Condição do Paciente:

Vias aéreas permeáveis: ( ) Sim ( ) Não
Respiração: ( ) Suave ( )Superficial ( ) Regular ( ) Rápida ( ) Normal ( ) Ruidosa ( ) Profunda ( ) Irregular ( )Lenta
Pulso: ( )Normal ( )Rápido ( )Regular ( )Irregular ( )Cheio ( )Fino ( )Filiforme-Fino e Rápido ( ) Lento ( )Hemorragia externa
Neurológico: ( ) Consciente ( ) Verbal ( ) À dor ( ) Inconsciente
Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midríase lado_____

Destino:

Condição clínica:
Escala de Coma da Glasgow (GCS)
Escala de Coma de Glasgow P:_____
SSVV: P.A: _____ Pulso:_____ Respiração:____ Tª.:____SO_2:____ HGT:_____ ECG: ( ) sim ( ) não ( ) Exames lab ( ) sim - anexo ( ) não Se Gestante: BCF: _____ Dilatação: _____ Hora verificação: _____
Procedimentos realizados durante transporte:
Medicações utilizadas
Término do transporte (horário):
Condições clínicas na chegada na unidade de destino:

Profissional Responsável:	

REFERÊNCIAS

A importância do EPI de qualidade na enfermagem. Disponível em: http://www.epi-tuiuti.com.br/blog/a-importancia-do-epi-de-qualidade-na-enfermagem/. Acesso em 20 de novembro de 2017.

Acolhimento com Classificação de Risco. Prefeitura de Belo Horizonte/ Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em:**<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodasUpasdeBH.pdf>. Acesso em 06 out 2015.**

Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado,PHTLS. 7º Ed.Rio de Janeiro:Elsevier,2011**.**

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cartilha de Proteção Respiratória contra Agentes Biológicos para Trabalhadores de Saúde**. Brasília: Anvisa, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde**: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: Anvisa, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde**. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-exposição (PEP) de risco infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.** Brasília-DF: 1° ed, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_exposicao_HIV_IST_hepatites_virais.pdf. Acesso em 18/09/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergências das queimaduras:** Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Assistência ao Recém-Nascido**. 1 ed. Brasília. Secretaria de Assistência à Saúde, 1994
.

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.**Diário Oficial da União;** Brasília, DF, 9 de jun, 2014.

BRASIL.Ministério da Saúde . Anvisa/Fiocruz. **Anexo 01: Protocolo Prevenção de Quedas .** Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: <file:///C:/Users/Marcia/Downloads/protoc_prevencaoQuedas%20(1).pdf>. Acesso em: 18 outubro de 2017.

BRASIL.Ministério da Saúde . Anvisa/Fiocruz. **Anexo 02: Protocolo de Identificação do Paciente.** Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente. Acesso em: 18 outubro de 2017.

BRASIL.Ministério da Saúde . Anvisa/Fiocruz. **Anexo 02: Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão Paciente.** Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao> . Acesso em: 18 outubro de 2017.

BRASIL.Ministério da Saúde . Anvisa/Fiocruz. **Anexo 03: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos .** Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de- medicamentos. Acesso em: 18 outubro de 2017.

BRASILEIRO, M. S. E.; MELO, L. I. S.G. **Procedimentos Operacionais Padrão**: semiologia e semiotécnica em enfermagem. Goiânia: AB, 2013.

COELHO,H.**Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde.**Boletim de Pneumologia Sanitária - Vol. 9, Nº 2 - jul/dez – 2001.

Coleta de Amostra para o Exame de Fezes. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/39857/coleta-de-amostra-para-o-exame-de-fezes>. Acesso em 06 de outubro de 2015.

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. Disponível em: http://www4.pucsp.br/cipa/artigos/epi.html. Acesso em 20 de novembro de 2017.

Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo –COREN –SP Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente REBRAENSP-POLO São Paulo. 10 Passos para a Segurança do Paciente. Disponível em: http://www.corensp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf. Acesso em: 18 outubro de 2017.

CORPO DE BOMBEIROS DO PARANÁ. **Manual do Atendimento Pré-Hospitalar**. Curitiba: Siate, 2006.

DESTAQUES DA American Heart Association 2015. **Atualização das Diretrizes de RCP e ACE**. Disponível em:<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>. Acesso em: 27 jun 2016.

Equipamentos de Segurança. Disponível em: //www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/idiomas/equipamentos- de-seguranca/10762/ Acesso em 20 de novembro de 2017

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ministério da Educação **POP: Fisioterapia Hospitalar no Paciente Adulto – Condutas para Reabilitação Respiratória –** Unidade de Reabilitação do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian/UFMS – Campo Grande/MS: EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2017. 53p.

FALCÃO, L. F. R.; BRANDÃO, J. C. M. **Primeiros Socorros**. São Paulo: Martinari, 2010.

FERIARI, G, et al.**Pré-hospitalar/GRAU**(Grupo de Resgate e Atenção ás Urgências e Emergências. 2º Ed. Barueri São Paulo: Manole,2015

FRIEDRICH,L; FERRI, C; DAL ROSS,A.Reanimação Neonatal. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/5736/reanimacao_neonatal.htm>. Acessoem: 28 de setembro de 2016.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Procedimento Operacional Padrão**. Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação Psicomotora. Disponível em: <www.fhemig.mg.gov.br/.../680-caderno-de-protocolos-clinicos-da-fhemi>. Acesso em: 06 de outubro de 2015.

Guia de Recomendações Para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf. Acesso em: 27/09/2018.

GUIMARÃES, V.H, RAMOS, P.M; MIRANDA, A. M. F. **Guia prático para avaliação e condutas em casos de acidentes com exposição a fluidos biológicos.**

GUYTON, Artur C.; HALL, John E. **Fundamentos de Guyton: Tratado de Fisiologia Médica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
HC-UFTM Núcleo de Segurança do Paciente. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/148046/Documento4.pdf/50565c54-8aa3-4b52-b0d3-5cf2ee416483. Acesso em 18 de outubro de 2017.

HOSPITAL COLONIA ADAUTO BOTELHO. **Protocolo de Procedimentos de Contenção Mecânica**. 2013

HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER. **Manual de Segregação de Resíduos Sólidos.** Campo Largo.

HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER. **Procedimento Operacional Padrão:** Limpeza de Bancadas e Superfícies. Campo Largo, março 2015.

HOSPITAL SÃO PAULO SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Hospital Universitário da UNIFESP. **Procedimento Operacional Padrão:** Contenção Física. Disponível em: <http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/arquivos/2013/POP_Contencao_Fisica_Parcial.pdf>. Acesso em: 06 de outubro de 2015.

Hospital São Paulo SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Hospital Universitário da UNIFESP. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Conferência do Carro de Emergência. Disponível em: <http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/arquivos/2015/Carro_de_emergencia_final_maio_2015.pdf>. Acesso em 06 de outubro de 2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIFESP SÃO PAULO. Procedimento Operacional Padrão: Conferência do Carro de Emergência. Disponível em<
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SERGIPE. Procedimento Operacional Padrão: Entubação Orotraqueal. Disponível em: <

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO. Universidade do Hospital do Estado do Rio de Janeiro. **Procedimento Operacional Padrão:**aspiração de tubo orotraqueal e traqueostomia –sistema aberto. Disponível em: <http://www.hupe.uerj.br/hupe/Administracao/AD_coordenacao/AD_Coorden_public/POP%20CDC%20027.%20ASPIRA%C3%87%C3%83O%20DE%20TOT%20E%20TQT%20-%20SISTEMA%20FECHADO.pdf>.Acesso em: 9 set 2016.

MORAES, M. V.G **Atendimento pré-hospitalar**: treinamento da brigada de emergência do suporte básico ao avançado. São Paulo: Iátria, 2010.

MOZACHI, N.; SOUZA, V. S. **O hospital**: manual do ambiente hospitalar. 3 ed. Curitiba: Os Autores, 2009.

NETTINA, S.M. **Prática de Enfermagem.** 8. Ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2007.

NOVE CERTOS PARA ENFERMAGEM. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/flaviolimaenfermeiro/enfermagem-9-certos>. Acesso em 28 de set 2016.

PALMIERI,A.C. Coleta de Urina Tipo I. Disponível em:

<http://enfermagemcontinuada.blogspot.com.br/2011/02/coleta-de- urina-tipo-i_20.html>. Acesso em 06 de out 2016.

PARANÁ. Laboratório Central do Estado do Paraná. **Manual de Coleta e Envio de Amostras Biológicas ao Lacen.** Revisão 01. Curitiba 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde**. Linha guia de hipertensão arterial / SAS**. 2. Ed – Curitiba: SESA, 2018.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004.

POTTER, P.A; PERRY, AG. **Fundamentos de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Prefeitura de Belo Horizonte . POP 55/15- Limpeza e Desinfecção de EPI'S não descartáveis. Disponível em: <file:///C:/Users/Marcia/Downloads/pop-55-desinfeccao-de-epi%20(6).pdf>. Acesso em 20 de novembro de 2017.

Protocolo do uso correto dos EPI's. Disponível em: <http://www.hospitalsantarita.com.br/file/SCIHPr06-USO_CORRETO_DE_EPIs.pdf/>. Acesso em 20 de novembro de 2017.

Resolução CFM n° 1451/95. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resoluções/cfm/1995/1451_1995.htm. Acesso em 03 de setembro de 2013.

SAMU 192. **Protocolos de Suporte Básico de Vida. Disponível em: <**file:///C:/Users/Marcia/Downloads/PROTOCOLO%20DE%20SUPORTE%20BASICO%20DE%20VIDA.pdf>. Acesso em: 06 de outubro de 2015.

SANTA CASA DE IRATI. **Procedimentos Operacionais**: Pronto Socorro. Irati, 2012.

SANTOS JÚNIOR, É. A de. Et. Al. **Acolhimento com classificação de risco**. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodasUpasdeBH.pdf>. Acesso em: 06 de outubro de 2015.

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E JUSTIÇA. Corpo de bombeiros militar. **Protocolo para o suporte básico de vida do CBMGO**. Goiás, 2011. Disponível em: <http://www.bombeiros.go.gov.br/wp-content/uploads/2012/09/ProtocoloParaOSuporteBasicoDeVida2011.pdf> Acesso em: 30 de setembro de 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Manual de procedimentos de enfermagem**. Brasília-DF, 2012.

SMELTZER; S.C; BARE, B.G. **Brunner&Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIAR ALBERT EINSTEIN. **Primeiros socorros**. Disponível em: http://www.einstein.br/einstein-saude/vida-saudavel/primeiros-socorros/Paginas/acidentes-por-animais-peconhentos.aspx. Acesso em 06 de outubro de 2015.

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.CENTRO DE

SAÚDE AMBIENTAL .DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES E INTOXICAÇÕES.CENTRO DE CONTROLE DE ENVENENAMENTOS-CCE CURITIBA. **Atendimento Inicial das Intoxicações Agudas por Agrotóxicos**. 4º REGIONAL DE SAÚDE, IRATI, MARÇO DE 2016.

Técnicas Básicas de Enfermagem / Organizadoras Vanda Cristina dos Santos Passos; Andrea C. Bressane Volpato. 4 .ed._São Paulo: Martinari, 2015. 480p.

Tutorial para acesso e envio de exames pelo sistema da Call ECG. Disponível em: <www.callecg.com.br>. Acesso em: 21 de setembro de 2016.

COMA GLASCOW SCALE. **A abordagem estruturada de Glasgow para avaliação da escala de coma de Glasgow**. Disponível em: https://www.glasgowcomascale.org/what-is-gcs-p/. Acesso em: 02/11/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e. Acesso em 19/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013.** Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília, DF, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/win-seven/Downloads/portaria%201377%202013%20-%20aprovavcao%20dos%20protocolos%20de%20seguranca.pdf. Acesso em: 19/10/2018.

CARVALHO, L. A. F.; et. al.. **A importância do protocolo de atendimento em emergência hospitalar.** XVII Encontro Latino America de Iniciação Científica, XVII Encontro de Pós Graduação e III Encontro de Iniciação à Docência – Universidade do Vale do Paraíba, 2013. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2013/anais/arquivos/RE_0986_0813_01.pdf. Acesso em: 19/10/2018.

COFEN. **Resolução nº 588/2018**. Atualiza e normatiza a atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde. Brasília, DF, 2018.

COMA GLASCOW SCALE. **A abordagem estruturada de Glasgow para avaliação da escala de coma de Glasgow**. Disponível em: https://www.glasgowcomascale.org/what-is-gcs-p/. Acesso em: 02/11/2018.

EBSERH. Hospitais Universitários Federais. Protocolo Assistencial**.** Protocolo/serviço de Educação em Enfermagem/01/2016. **Transporte Intra-Hospitalar de Clientes.** Uberaba, 2016. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Protocolo+de+Transporte+Intra-Hospitalar+de+Clientes+vers%C3%A3o+final.pdf/eb21162f8a3a-4576-b2a2-22179b2c8ae1. Acesso em: 19/10/2018

JAPIASSÚ, A. M. **Transporte intra-hospitalar de pacientes graves**. Rev. bras. ter. intensiva. 2005; 17: 217-20. Disponível em: http://www.rbti.org.br/content/imagebank/pdf/antigos/rbti_vol17_03.pdf. Acesso em: 19/10/2018.

PEREIRA JUNIOR, G. A., NUNES, T. L., BASILE-FILHO, A. **Transporte do paciente crítico**. Medicina Ribeirão Preto. 2001; 34 143-53. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/1313/1338. Acesso em: 19/20/2018.

VASCONCELOS, A. L. S., LOPES, C. R. P., SOUZA, M. G. **Transporte intra-hospitalar de pacientes críticos:** itens de segurança. Rev. Unifacs. 2014. Disponível em: https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/3374 Acesso em 19/10/2018.