

**MODELO PARA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE
ENFERMAGEM E ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO
DE RISCO.**

Anexo 12

ASSOCIAÇÃO MAHATMA GANDHI.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

É um processo de gestão do risco clínico que tem por objetivo estabelecer prioridade para o atendimento dos cidadãos que acessam os serviços de urgência e emergência.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO


Fundamenta-se em 3 variáveis:

1. Gravidade (risco)
2. Recurso necessário
3. Tempo de resposta

OBJETIVOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- Personalizar o atendimento
- Avaliar o cidadão logo na sua chegada
- Reduzir o tempo para o atendimento: o cidadão atendido no tempo certo de acordo com a sua gravidade
- Determinar a área de atendimento adequada: o cidadão deve ser encaminhado ao setor ou ponto de atenção adequado
- Gerenciar o tempo de espera
- Retornar informações ao cidadão/familiares

Protocolo de classificação de risco: O Protocolo de Manchester

	VERMELHO	EMERGÊNCIA	0 MINUTOS
	LARANJA	MUITO URGENTE	10 MINUTOS
	AMARELO	URGENTE	60 MINUTOS
	VERDE	POUCO URGENTE	120 MINUTOS
	AZUL	NÃO URGENTE	240 MINUTOS

FONTE: MACKWAY-JONES et al. (2006)

Fatores que determinam uma prioridade:

- Ameaça à vida
- Ameaça à função
- Dor
 - Duração do problema
- Idade
- História
- Risco de maus tratos

DETERMINANTES GERAIS	
Comprometimento vias aéreas	VERMELHO
Respiração inadequada	
Hemorragia exangüinante	
Choque	
Convulsionando	
Criança irresponsiva	
Dor intensa	LARANJA
Hemorragia maior incontrolável	
Alteração da consciência	
Criança febril	
Esfriamento	
Dor moderada	AMARELO
Hemorragia menor incontrolável	
História de inconsciência	
Adulto febril	VERDE
Dor leve recente	
Febre baixa	
Problema recente	
	AZUL

PROTOCOLO DE MANCHESTER: DOR ABDOMINAL EM ADULTO:

Comprometimento vias aéreas	VERMELHO
Respiração inadequada	
Choque	
Dor intensa	LARANJA
Dor irradiando para o dorso	
Vômito de sangue	
Evacuação de sangue vivo ou escurecido	
Sangramento vaginal e > 20 semanas de gravidez	
Febre alta	AMARELO
Possível gravidez	
Irradiação para ombro	
Fezes enegrecidas ou vermelhas	
História de vômito agudo de sangue	
Vômito persistente	
Febre alta	
Dor moderada	
Dor leve recente	VERDE
Vômito	
Problema recente	AZUL

PROTOCOLO DE MANCHESTER

- Garante critérios uniformes ao longo do tempo e com diferentes equipes
- Acaba com triagem sem fundamentação científica
- Só pode ser realizada por enfermeiro ou médico
- Garante a segurança

- Do cidadão que será avaliado
 - Do profissional de saúde
 - É rápido
 - Testada no Reino Unido, Portugal, Espanha, Alemanha, Holanda
- Prevê auditoria

MODELO PRELIMINAR DE PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM.

Os protocolos servem de base para o atendimento preliminar durante a triagem. Todos os usuários devem ser encaminhados para a consulta médica.

A Associação Mahatma Gandhi desenvolverá todos os POPs operacionais especificamente para a unidade.

Os POPs serão desenvolvidos e implantados em até 3 meses após a implantação da unidade:

DOR DE OUVIDO

As queixas otológicas são uma das causas mais frequentes de busca de atendimento pelos serviços de atenção, constituindo um importante indicador na avaliação da efetividade destes serviços, principalmente no que se refere a prevenção de internações hospitalares por estas causas. As causas de otalgia primária mais comuns na prática clínica do enfermeiro são: otite externa (OE), otite média aguda (OMA) e a otite média crônica, as quais serão melhor descritas abaixo.

Neste sentido o exame físico através da inspeção externa, palpação auricular (tragus) e a realização da otoscopia constituem-se no principal mecanismo de avaliação e apontamento de problemas do ouvido, o que vai indicar a necessidade de uma intervenção médica ou de enfermagem imediatas.

FEBRE

Febre é a elevação da temperatura corporal que pode ser causada por doença, alteração hormonal, ou ingestão de substâncias pirogênicas. A temperatura do nosso corpo é em torno de 36,7°C e considera-se febre em adultos quando acima de

37,7°C. A febre é um sinal que nunca deve ser avaliado separadamente, já que se constitui de um achado inespecífico.

Sinais de alerta para a febre incluem convulsões, letargia ou inconsciência; cefaléia com rigidez de nuca; vômito em jato; tosse com guincho; petéquias ou equimoses; dor abdominal intensa ou de início súbito; tiragem subcostal ou batimento das asas do nariz ou afundamento retroesternal ou de fúrcula (c/ ou s/ cianose); dor de garganta com pontos necróticos ou quantidade numerosa de placas; dor de ouvido c/ tumefação dolorosa ao toque atrás da orelha; sinal de Blumberg ou de Giordano positivos, dentre muitos outros. Sendo um achado inespecífico, a investigação clínica tradicional busca outros sinais/sintomas que possa indicar a origem da febre, normalmente envolvendo agentes infecciosos.

As condutas de enfermagem estão especificadas no quadro a seguir.

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Conduas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sinais de alerta • Aumentar ingesta hídrica • Orientar vestimentas leves • Retorno em 24 horas caso a febre não ceder. • Questionar reação alérgica a algum medicamento 	Enfermeiro/ Técnicode Enfermagem

CEFALÉIA /DOR DE CABEÇA

A cefaléia é um dos sintomas mais freqüentes atendidos pelas equipes. A queixa mais comum é a do tipo primária, principalmente a cefaléia tensional, responsável pela maioria dos casos, seguida pelas cefaleias tipo migrânea (enxaqueca) e as causadas por infecções sistêmicas agudas, tais como a gripe. Em menos de 1% dos casos a cefaléia está associada a doenças intracranianas graves como tumores ou infecções cerebrais.

Algo muito importante ao manejar um caso de cefaleia no primeiro contato é realizar a diferenciação entre cefaleia primária e secundária. A cefaleia primária é aquela em que os sintomas não podem ser ligados a uma etiologia definida, sendo estas as mais prevalentes e amplamente manejadas na atenção primária, como a enxaqueca (migrânea) e a cefaleia tensional. No oposto, as cefaleias secundárias são aquelas que possuem algum outro problema associado e que seja capaz de explicar sua causa, como um trauma ou doença vascular. Os sinais de gravidade (descritos abaixo) podem ajudar a fazer a identificação de quadros desse tipo.

Mesmo sendo as cefaleias tensional e migrânea as mais incidentes no

atendimento da demanda espontânea, o profissional deve estar atento a outros diagnósticos que se apresentam com quadros de cefaléia aguda, alguns deles graves. Como pode ser observado no quadro abaixo.

Sinais e sintomas de alerta	Possíveis causas
Início abrupto de forte intensidade.	Hemorragia subaracnóide por ruptura de aneurisma ou malformação arteriovenosa (MAV) ou hematoma intracerebral.
Aumento da frequência e da intensidade das crises de dor de forma subaguda (semanas a meses). Mudança do padrão das crises, cefaleia diária desde a sua instalação.	Processo expansivo intracraniano e/ou hidrocefalia.
Febre, rigidez de nuca, convulsões.	Meningite, encefalite.
Convulsões, dor hemicraniana, sempre ocorrendo no mesmo lado da cabeça.	MAV ou processo expansivo intracraniano.
Sinais e sintomas de disfunção endocrinológica.	Adenoma de hipófise.
Surgimento de cefaleia após os 50 anos.	Neoplasia sistêmica/SNC, arterite de células gigantes – arterite temporal.
Anormalidades identificadas no exame físico neurológico (difusas ou focais).	Quaisquer das possíveis causas acima.

Aspectos relevantes como higiene do sono, a qual nada mais é do que ter uma rotina de cuidados antes de adormecer (banho morno, bebidas mornas, roupas adequadas, etc.), hidratação e um ambiente adequado para dormir, podem promover um aspecto favorável a prevenção de quadros de dor de cabeça.

O quadro a seguir apresenta as possibilidades de atuação da equipe de Enfermagem a serem empregadas pelo nas crises de cefaléia no usuário do serviço de saúde.

Tipo de conduta	Condutas	Quem pode fazer?
Condutas não farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade e características da dor (mensuração da mesma – mapa da dor*); • Avaliar sinais vitais; • Instruir o usuário a fazer compressão das artérias temporais (acima do arco zigomático por pelo menos 10 minutos – região popularmente conhecido como “fonte”³¹); • Estimular a ingestão hídrica e não ficar muito tempo sem alimentação; • Auriculoterapia pode ser útil para tratamento e prevenção das crises (realização por profissionais treinados); • Orientar sobre higiene do sono; • Orientar a construção de mapa da dor*. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

***Mapa da dor:** planilha simples a qual é alimentada pelo próprio paciente contendo, pelo menos, os seguintes dados: data e hora do episódio, duração do episódio, intensidade da dor (nota atribuída pelo paciente), possíveis fatores desencadeantes/gatilhos (alimentos ou atividades).

DIARRÉIA

Classificação	Duração	Características
Diarreia Aguda	Menor que 14 dias	<p>Aquosa: secreção ativa de água e eletrólitos sob a estimulação de determinadas substâncias.</p> <p>Disenteria: agente infeccioso invade a mucosa do cólon. A exsudação de muco, pus, proteínas e sangue é responsável pelas características clínicas dessa síndrome.</p>
Diarreia persistente	Maior ou igual a 14 dias	Infecção continuada de um agente, danificando as vilosidades, e/ou uma regeneração inadequada dos eritrócitos devido à desnutrição crônica. Pode apresentar-se sob a forma de diarreia aquosa ou disenteria

Cuidados da equipe de enfermagem ao paciente com diarreia

Tipo de conduta Condutas		Quem pode fazer?		
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar as características da diarreia; Distinguir as diarreias potencialmente mais graves; Verificar (questionar) presença de febre, muco, pus e/ou sangue na fezes; Instruir o paciente a evitar o seguinte: líquidos quentes ou frios, alimentos contendo gordura e fibras, alimentos temperados, cafeína e doces; Avaliar a presença de desidratação; Orientar maior oferta líquida; Recomendar o fracionamento da dieta para poder melhorar a aceitação; Administrar solução de reidratação oral à vontade após cada evacuação. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem		
	HIDRATADO	DESIDRATADO	DESIDRATAÇÃO GRAVE	
Aspecto geral	Alerta	Irritado, com sede	Deprimido, comatoso	
Olhos	Brilhantes com lágrima	Fundos, lágrimas ausentes	Muito fundos, sem lágrima	
Mucosas	Úmidas	Secas	Muito secas	
Turgor	Normal	Pastoso	Muito pastoso	
Pulso	Cheio	Palpável	Débil ou ausente	
Perfusão	Normal	Normal	Alterada	
Circulação	(PA) Normal	Normal	Diminuída/taquicardia	
Diurese	Normal	Pouco diminuída	Oligúria/anúria	
Redução do peso	0%	≤ 10%	> 10%	

NÁUSEAS E VÔMITOS

Pode ser entendido como a expulsão oral forçada do conteúdo gástrico, associada à contração da musculatura. Há três fases consecutivas da êmese que incluem náusea, arcadas e vômitos. A náusea é a sensação de necessidade iminente de vomitar que está associado à estase gástrica. As arcadas são os movimentos musculares bruscos, abdominais e torácicos, que precedem o vômito. A fase final da êmese é o vômito, a expulsão forçada do conteúdo gástrico devido à retroperistalse.

Deve-se atentar para sinais de distensão abdominal, presença de ruídos hidroaéreos, dor abdominal, presença de massas, dor à descompressão brusca dolorosa, contração abdominal involuntária, icterícia, alterações neurológicas e sinais de desidratação.

Segundo Vidor & Cunha (2006, p. 1196) “a maioria dos casos de náuseas e vômitos não é séria e se resolve espontaneamente”. Para o Ministério da Saúde, na grande maioria dos casos, somente a hidratação oral é suficiente.

É fundamental avaliar o grau de hidratação e identificar a causa de origem das náuseas e vômitos para a instituição de terapia apropriada orientada

pelo diagnóstico, o que frequentemente resulta no controle dos sintomas.

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a causa de náusea e a duração se conhecidas; • Encorajar o cliente a fazer refeições pequenas e freqüentes; • Instruir o paciente a evitar: líquidos quentes, alimentos contendo gordura e fibras, alimentos temperados, cafeína e doces • Acompanhar evolução do caso; • Sal de Reidratação Oral após perdas. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

DOR DE GARGANTA

A faringite infecciosa aguda é a principal causa de dor de garganta e mais de 50% das faringites são de etiologia viral. A clínica é de dor de garganta, febre e mal-estar. O mal-estar costuma ser menor do que o provocado pelas infecções bacterianas. Alguns sintomas são comuns e ajudam a suspeitar da etiologia viral do quadro: rouquidão, tosse, conjuntivite e diarreia. No exame físico, notam-se: hiperemia da faringe e das amígdalas, com ou sem vesículas ou ulcerações, e com ou sem exsudato amigdaliano.

Perante esta queixa a equipe de enfermagem deve avaliar os seguintes aspectos: dificuldade para deglutir, dor de ouvido, tosse, febre, dor nas articulações (febre reumática), atentar para as doenças de notificação obrigatória (difteria). No exame físico deve ser observado: estado geral, aspecto da mucosa orofaríngea, presença de gânglios em região submandibular, febre. Os sinais de alerta que envolve esta queixa são: febre alta, secreção ou pontos purulentos, pontos necróticos, placas branco-acinzentadas, edema em região cervical e gânglios submandibulares.

A conduta para esta queixa segue no quadro abaixo.

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Conduta não medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrever gargarejo com água morna e sal (1 copo de água com 1 colher de cafezinho, rasa, de sal); • Orientar a escovação dos dentes e gengivas, evitar contato com o público e cigarros, fazer repouso da voz; • Encaminhar para consulta médica em caso de sinais de alerta ou agravamento dos sintomas. • Orientar sinais de alerta; • Orientar aumento ingestão hídrica. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

AZIA

É uma sensação de dor ou queimação no esôfago, logo abaixo do esterno, que é causado pela regurgitação de ácido gástrico.

A equipe de Enfermagem deve avaliar a presença de sinais de alerta como segue: idade maior que 50 anos, emagrecimento, vômitos persistentes, disfagia, anemia, hematêmese, massa abdominal palpável, história familiar de câncer gastrointestinal, cirurgia gástrica prévia

O atendimento de Enfermagem deve conter os seguintes questionamentos: tempo de evolução, hábitos alimentares, gravidez, estado emocional, tabagismo, episódio único ou repetitivo, uso de medicação (analgésicos, anti-inflamatório, antibióticos, etc.), doenças associadas. A conduta para esta queixa segue no quadro a seguir.

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Reeducação de hábitos alimentares (evitar alimentos condimentados, temperos ácidos, frituras, bebidas alcoólicas ou gaseificadas, cafés, chás escuros, chimarrão, chocolates, sucos artificiais, cessação de tabagismo e no consumo de álcool; fracionar refeições, evitando ingerir grande quantidade de alimento em cada uma); • Ainda que não haja forte evidência, a ingestão de 1 colher de sopa de batata inglesa (batatinha) crua, ralada ou bem mastigada nos momentos de crise pode oferecer conforto pelo pH alcalino do alimento; • Para pacientes com Doença Refluxo Gastroesofágico (DRGE) já diagnosticado, orientar repouso em decúbito elevado, dietas fracionadas, evitar deitar-se logo após ingestão de alimentos. 	Enfermeiro/ Técnicos de Enfermagem

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

O atendimento de enfermagem consiste em avaliar o tempo de evolução, atendimentos anteriores com a mesma queixa, hábitos alimentares, consistência e

aspecto das fezes, hábito intestinal, dor, distensão abdominal e flatulência.

Verificar a presença de queixas associadas: distúrbios anorretais, hemorroidas, fissuras ou sangramentos por esforço ao evacuar.

O quadro abaixo exhibe possíveis condutas da equipe de enfermagem perante o quadro de constipação intestinal

Tipo de consulta	Conduta	Quem pode fazer?
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a ingesta hídrica; • Avaliação alimentar com orientações de aumento de alimentos ricos em fibras (verduras, feijão, aveia, milho cozido, brócolis, couve flor, rabanete, quiabo, ervilha, vagem, dobradinha, abacate, mamão, laranja com bagaço, melancia, uva e azeite. Evitar alimentos como cenoura cozida, batata, maçã, banana maçã, arroz em grande quantidade, bolachas); • Incentivar atividade física regular. 	Enfermeiro/ Téc. de Enfermagem

Sinais de alerta no quadro de constipação intestinal

- Ausência de evacuação ou flatulência nas últimas 24 horas com dor/distensão abdominal;
- Dor abdominal intensa;
- Ausência de ruídos hidroaéreos;
- Ausência de evacuações há mais de 5 dias;
- Dor à descompressão abdominal;
- Febre maior que 38°C sem outros sinais/sintomas que possam originá-la.

PARASITOSE INTESTINAL

As parasitoses intestinais se apresentam como importante problema de saúde pública e sua ocorrência refletem as desigualdades no desenvolvimento socioeconômico e as diferenças nas condições de vida da população. As precárias condições de habitação e do saneamento básico favorecem as infecções, inclusive as parasitárias.

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Conduta não medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar lavar bem os alimentos antes de ingerí-los, deixando alimentos a serem consumidos crus (principalmente folhosos) em solução contendo 10 ml de hipoclorito de sódio para cada 1 litro de água; • Orientar higiene das mãos antes das refeições e após usar o banheiro, pelo menos; • Limpeza dos utensílios de cozinha com água limpa e detergente; • Evitar contato intradomiciliar com animais, sobretudo nos ambientes onde são consumidos alimentos, lavando sempre as mãos após contato com os animais; • Em locais onde não se possa garantir a qualidade da água, utilizar sempre água filtrada ou fervida; 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

- Manter as unhas curtas, principalmente em crianças.

DOR LOMBAR/DOR NAS COSTAS

A dor lombar ou lombalgia é ainda uma das principais causas de procura pelo acolhimento. Estudos apontam os problemas musculoesqueléticos como segunda causa de procura por consulta médica.

Neste sentido, o papel da enfermagem é de extrema relevância no que tange a abordagem e no manejo da mesma, sendo com medidas não farmacológicas e mudanças posturais e de estilo de vida, seja na identificação de sinais de gravidade e referenciamento imediato ao médico da equipe.

Conforme o Ministério da Saúde até 70% das pessoas com mais de 40 anos apresentam algum problema de coluna e esse número sobe para 80% a 90% na população acima de 50 anos.

Os quadros abaixo apresentam orientações que auxiliarão o enfermeiro na tomada de decisão.

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Conduta não medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar medidas alongamento • Orientar postura e medidas gerais para corrigir a mesma se necessário, • Orientar como carregar peso -fracionamento, divisão de volumes, etc. • Compressas mornas locais; • Acupuntura e Auriculoterapia podem ser úteis, principalmente nos casos em que há cronificação (para profissionais treinados). 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

RESFRIADO COMUM

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Conduta não medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> Realizar cuidados a fim de evitar a propagação (higiene da tosse); Aumentar a ingestão de líquidos (água, sucos, chás, sopas, etc.); Aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina C; Orientar repouso; Se tosse produtiva persistente por mais de 3 semanas, solicitar baciloscopia de escarro; Orientar vacinação se paciente > 60 anos ou restrito ao leito/institucionalizado ou HIV positivo ou com DPOC, depois que os sintomas do episódio cessarem; 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

OLHO VERMELHO

Sintoma muito comum, o olho vermelho geralmente é um sinal claro de conjuntivite a qual pode ser de etiologia viral ou bacteriana.

Este, geralmente, é um problema localizado o qual apresenta uma solução de fácil manejo, mas que deve ser trabalhada principalmente quanto aos aspectos de contágio, pois tanto o processo de natureza viral quanto bacteriana são muito fáceis de disseminarem.

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Conduta não medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> Lavar as mãos seguidamente e sempre após o contato com os olhos; Utilizar toalhas e roupas de cama próprias; Limpar/secar os olhos com lenços de papel e desprezar em seguida os mesmos; Arejar o ambiente, bem como tentar limpar as superfícies que entraram em contato com as mãos contaminadas com álcool (exemplo: maçanetas, corrimãos, etc..) Realizar compressas frias com Soro Fisiológico 0,9% várias vezes ao dia; Orientar afastamento de atividades laborais (atestado a critério médico) e contato íntimo com outras pessoas. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA AGUDA

Intoxicação aguda é uma condição transitória que ocorre após a ingestão de

álcool, ou outra substância psicoativa, e tem como consequência perturbações no nível de consciência, cognição, percepção, afeto ou comportamento e outras funções ou respostas psicofisiológicas (BRASIL, 2013, p. 219)

Os principais sinais e sintomas de intoxicação por álcool são: rubor facial, euforia, alterações da fala, fala pastosa, alteração no raciocínio lógico, alterações na coordenação motora, andar cambaleante, dificuldade de manter o equilíbrio, podendo evoluir para tontura, ataxia e incoordenação motora mais acentuada, passando para confusão, desorientação e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles estupor e coma.

Dependendo das características pessoais do paciente/usuário e do nível de consumo de álcool, uma avaliação mais minuciosa pode ser mais difícil. Alguns pacientes podem se tornar mais agressivos, hostis, barulhentos e sarcásticos.

As condutas de Enfermagem frente ao quadro de intoxicação alcoólica aguda estão contidas no quadro a seguir

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Intervenções não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar interrupção da ingesta do álcool; • Proporcionar ambiente seguro e livre de estímulos (Sala de observação); • Abordar paciente em três técnicos; • Posicionar paciente em decúbito lateral evitando broncoaspiração em caso de rebaixamento do nível de consciência; • Monitoramento dos sinais; • Avaliar nível de consciência (Glasgow); • No caso de agitação psicomotora com hetero ou auto agressividade; • mobilizar equipe para abordagem e caso não seja eficaz iniciar contenção física no leito; • Acionar rede de contatos do paciente (familiares); 	Técnicos de Enfermagem/ Enfermeiro

PROTOCOLO DE INJEÇÃO INTRAMUSCULAR.

DESCRIÇÃO			
AÇÕES (passos)		AGENTES	REFERÊNCIAS
1	Confira na prescrição médica, as possíveis alergias medicamentosas e leia atentamente os medicamentos que devem ser administrados por via intramuscular.	Enfermeiros Técnicos de enfermagem Auxiliares de enfermagem Médicos	Prescrição médica
2	Prepare o medicamento no momento imediato à administração.		
3	Faça a identificação do medicamento (etiqueta contendo o nome e sobrenome do paciente, nome do medicamento, leito, dose, horário, via de administração).		
4	Faça um ponto com a caneta ao lado do horário de cada medicamento aprazado na prescrição transcrita na etiqueta.		Prescrição médica
5	Higienize as mãos.		POP "Higienização das mãos"
6	Separe o medicamento do paciente e confira o nome, validade, dose necessária e apresentação.		
7	Cole a etiqueta de identificação no frasco.		
8	Reúna o material em uma bandeja.		
9	Separe o frasco ou ampola, verifique a validade e faça a limpeza do mesmo com algodão ou gaze não estéril embebido em álcool etílico a 70%.		
10	Conecte a agulha na seringa.		
11	Aspire a dose prescrita.		Prescrição médica
12	Retire o ar da seringa/agulha.		
13	Coloque a etiqueta de identificação do medicamento na seringa.		
14	Leve a prescrição médica e a bandeja ao quarto do paciente, coloque-a em uma mesa auxiliar previamente limpa.		Prescrição médica
15	Higienize as mãos.		POP "Higienização das mãos"

16	Confira o nome completo do paciente que consta na prescrição, com o medicamento e a pulseira de identificação. Se pulseira indicativa de alergia, pergunte a ele a qual medicamento ou confira no prontuário.	Enfermeiros Técnicos de enfermagem Auxiliares de enfermagem Médicos	Pulseira de identificação Prescrição médica Prontuário do paciente Paciente/Acompanhante
17	Oriente o paciente sobre o medicamento que está sendo administrado e via de administração.		
18	Escolha a região da aplicação alternando os locais apropriados para a injeção intramuscular.		
19	Coloque o paciente na posição mais adequada ao procedimento e exponha a região de aplicação.		
20	Higienize as mãos.		POP "Higienização das mãos"
21	Calce as luvas de procedimento.		NR-32
22	Realize a antisepsia do local selecionado com algodão embebido em álcool.		
23	Retire a proteção da agulha e segure a seringa na mão dominante, entre o polegar e indicador.		
24	Faça uma prega no local selecionado.		
25	Insira a agulha num ângulo de 90° em relação ao músculo e solte a prega.		
26	Puxe lentamente o êmbolo da seringa para certificar-se de que não há retorno sanguíneo (se houver retorno sanguíneo, não administre o medicamento e reinicie todo o procedimento).		
27	Injete lentamente o conteúdo da seringa, empurrando o êmbolo.		
28	Retire a seringa/agulha com um único movimento e coloque sobre a bandeja (sem encapar).		
29	Comprima levemente o local com algodão seco, sem massagear. Se necessário, faça um curativo.		
30	Observe o local da aplicação e anote qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber o medicamento.		Anotação de enfermagem
31	Deixe o paciente confortável.		

32	Despreze os materiais descartáveis e as luvas de procedimento em saco plástico para resíduos.	Enfermeiros Técnicos de enfermagem Auxiliares de enfermagem Médicos	PGRSS
33	Higienize as mãos.		POP "Higienização das mãos"
34	Calce as luvas de procedimento.		NR-32
35	Recolha o material do quarto e encaminhe para o expurgo.		
36	Despreze o saco plástico com resíduos no lixo infectante e a seringa/agulha em caixa de perfuro-cortante.		PGRSS
37	Descarte as luvas e higienize as mãos.		POP "Higienização das mãos"
38	Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool a 70%.		
39	Cheque o horário da administração do medicamento na prescrição médica. Registre o procedimento realizado, o local de aplicação do medicamento e intercorrências na anotação de enfermagem. Assine e carimbe.		Prescrição médica. Anotação de enfermagem.

PROTOCOLO DE INJEÇÃO INTRAVENOSA.

DESCRIÇÃO			
	AÇÕES (passos)	AGENTES	REFERÊNCIAS
1	Confira na prescrição médica, as possíveis alergias medicamentosas e leia atentamente os medicamentos que devem ser administrados por via intravenosa.	Enfermeiros Técnicos de enfermagem Auxiliares de enfermagem Médicos	Prescrição Médica
2	Prepare o medicamento no momento imediato à administração.		
3	Faça a identificação do medicamento (etiqueta contendo o nome e sobrenome do paciente, nome e dose do medicamento, nome e volume do diluente, leite, horário, via de administração e tempo de infusão).		
4	Faça um ponto com a caneta ao lado do horário do medicamento aprazado.		Prescrição médica
5	Higienize as mãos.		POP "Higienização das mãos"
6	Separe o medicamento (se necessário: diluente) e confira o nome, validade, dose, apresentação, tempo de infusão e materiais/equipamentos necessários.		Tabela de Antimicrobianos Bula Prescrição Médica
7	Cole a etiqueta de identificação no medicamento.		
8	Reúna o material para preparo em uma bandeja.		
9	Separe o frasco ou ampola e faça a desinfecção da superfície de abertura com algodão ou gaze não estéril embebido em álcool etílico a 70%.		

10	Conecte a agulha à seringa (se medicamento em frasco pronto para uso, conecte ao equipo e retire o ar).	Enfermeiros Técnicos de enfermagem Auxiliares de enfermagem Médicos	
11	<ul style="list-style-type: none"> • Se medicamento sem necessidade de diluição – aspire a dose prescrita. • Se medicamento em pó liofilizado - faça a reconstituição com o diluente recomendado e aspire a dose prescrita. • Se medicamento com necessidade de diluição – aspire a dose prescrita e faça a diluição com a solução recomendada. 		Prescrição Médica Tabela de Antimicrobianos Tabela de drogas vasoativas Bula do medicamento
12	Retire o ar da seringa/agulha ou equipo.		
13	Coloque a etiqueta de identificação do medicamento na seringa ou no frasco da solução.		
14	Reúna o material para administração em uma bandeja.		
15	Leve a prescrição médica e a bandeja ao quarto do paciente. Coloque-os em uma mesa auxiliar previamente limpa.		Prescrição médica
16	Higienize as mãos.		POP "Higienização das mãos"
17	Confira o nome completo do paciente que consta na prescrição, com o medicamento e a pulseira de identificação. Se pulseira indicativa de alergia, pergunte a ele a qual medicamento ou confira no prontuário.		Pulseira de identificação Prescrição médica Prontuário do paciente Paciente/Acompanhante
18	Oriente o paciente sobre o medicamento que está sendo administrado, via de administração e tempo de infusão.		
19	Coloque o paciente na posição mais adequada ao procedimento e exponha a área com o dispositivo venoso.		
20	Observe a área exposta quanto a integridade da pele e as condições do dispositivo venoso para a administração do medicamento. Na ausência de anormalidade, dê continuidade ao procedimento.		
21	Higienize as mãos.		POP "Higienização das mãos"
22	Calce as luvas de procedimento.		NR-32
23	Realize a desinfecção de hubs e conexões com gaze embebida em álcool a 70% antes da manipulação. Descarte a tampinha.		Manual da ANVISA Recomendações do SCIH do HSP
24	Conecte a seringa/equipo ao dispositivo venoso e teste a permeabilidade do cateter (observe a presença de refluxo de sangue e/ou infusão de fluidos sem alterações no local).		

25	Inicie a infusão do medicamento seguindo o volume/tempo recomendado.	Enfermeiros Técnicos de enfermagem Auxiliares de enfermagem Médicos	Tabela de Antimicrobianos Bula Prescrição médica
26	Observe constantemente quaisquer sinais de alterações durante a infusão do medicamento. Na ausência destes, dê continuidade ao procedimento.		
27	Ao término da infusão, permeabilize o dispositivo venoso.		POP Permeabilização de acesso venoso periférico com solução fisiológica
28	Coloque uma nova tampinha de proteção no dispositivo.		
29	Certifique-se que o dispositivo venoso esteja com boa fixação.		
30	Deixe o paciente confortável.		
31	Recolha o material e coloque-o na bandeja (não encape as agulhas).		NR-32
32	Despreze os materiais descartáveis e as luvas de procedimento em saco plástico para resíduos.		PGRSS
33	Higienize as mãos.		POP "Higienização das mãos"
34	Calce as luvas de procedimento.		NR-32
35	Recolha o material do quarto e encaminhe para o expurgo.		
36	Despreze o saco plástico com resíduos no lixo infectante e o material perfuro-cortante na caixa apropriada.		PGRSS
37	Retire e descarte as luvas e higienize as mãos.		POP "Higienização das mãos"
38	Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool a 70%		
39	Cheque o horário da administração do medicamento na prescrição médica. Registre na anotação de enfermagem o procedimento realizado, tipo de dispositivo intravascular, região de inserção do dispositivo e intercorrências. Assine e carimbe.		Prescrição médica. Anotação de enfermagem.

PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INALATÓRIA.

AÇÕES (passos)		DESCRÇÃO	AGENTES	REFERÊNCIAS
1	Confira na prescrição médica, as possíveis alergias medicamentosas e leia atentamente os medicamentos que devem ser administrados por via inalatória.		Enfermeiros Técnicos de enfermagem Auxiliares de Enfermagem Médicos	Prescrição médica
2	Prepare o medicamento no momento imediato à administração.			
3	Faça a identificação do medicamento (etiqueta contendo o nome e sobrenome, leito, nome do medicamento, dose, horário, via de administração).			Prescrição médica
4	Faça um ponto com a caneta ao lado do horário de cada medicamento aprazado na prescrição transcrita na etiqueta.			Prescrição médica
5	Higienize as mãos.			POP "Higienização das mãos"
6	Separe o medicamento do paciente e confira o nome, validade, dose necessária e apresentação.			
7	Cole a etiqueta de identificação no reservatório do inalador/nebulizador.			
8	Coloque o medicamento na dosagem prescrita e conecte o reservatório à máscara do inalador/nebulizador.			
9	Reúna o material em uma bandeja.			
10	Leve a prescrição médica e a bandeja ao quarto do paciente, coloque em uma mesa auxiliar limpa.			Prescrição médica
11	Higienize as mãos.			POP "Higienização das mãos"
12	Confira o nome completo do paciente que consta na prescrição, no inalador/nebulizador com o medicamento e a pulseira de identificação. Se pulseira indicativa de alergia, pergunte a ele a qual medicamentos ou confira no prontuário.			Pulseira de identificação Prescrição médica Prontuário do paciente

13	Oriente o paciente sobre o medicamento que está sendo administrado e a forma de administração.	Enfermeiros Técnicos de enfermagem Auxiliares de Enfermagem Médicos	
14	Peça ao paciente para sentar-se ou eleve a cabeceira do leito (30° a 90°).		
15	Higienize as mãos.		POP "Higienização das mãos"
16	Calce as luvas de procedimento.		NR-32
17	Conecte o inalador ao tubo extensor e ligue no fluxômetro entre 3 a 7 L/min de oxigênio.		
18	Abra o fluxômetro e verifique se há saída de névoa do inalador.		
19	Oriente o paciente para respirar tranquilamente e a segurar o inalador. Caso ele não consiga segurar, fixe o inalador na face do paciente com cadarço.		
20	Verifique se o paciente mantém a posição correta da cabeça e do inalador junto à face.		
21	Deixe o paciente confortável.		
22	Recolha o material do quarto.		
23	Retire as luvas de procedimentos e descarte-as em lixo apropriado.		PGRSS
24	Higienize as mãos.		POP "Higienização das mãos"
25	Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool a 70%		
26	Higienize as mãos.		POP "Higienização das mãos"
27	Ao término da administração do medicamento, higienize as mãos e calce as luvas de procedimento.		Recomendações do CCIH; POP "Higienização das mãos" NR-32
28	Feche o fluxômetro e retire o inalador da face do paciente.		
29	Deixe o paciente confortável.		
30	Encaminhe o inalador/nebulizador ao expurgo e acondicione em local apropriado.		
31	Retire as luvas e descarte-as em lixo apropriado.		PGRSS
32	Higienize as mãos.		POP "Higienização das mãos"
33	Cheque o horário da administração do medicamento na prescrição médica, registre o procedimento realizado e intercorrências na anotação de enfermagem. Assine e carimbe.		Prescrição médica. Anotação de enfermagem.