



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPANEMA – PR GESTÃO EM SAÚDE COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COORDENAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



**CAPANEMA – PR
2022**

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Jonas Welter

2

DIRETORA DE DEPARTAMENTO

Camila Eduarda Lopes

COORDENAÇÃO DE APS

Ana Carolina de Souza Bantle

COORDENAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE NIS-1

Francielli O. Cunha Sperotto

COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SANITÁRIA

Luciane Carla Wünsch

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	--	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



1. ADMISSÃO

A – Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de admissão do paciente e procedimentos realizados no Pronto Atendimento.

B – Alcance:

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiro e secretária.

C – Responsabilidades:

Secretária: Se o paciente ainda não tiver cadastro no sistema Consulfarma, preencher ficha médica com dados do paciente (nome completo, data de nascimento, nome da mãe, número de RG, CPF, cartão SUS, endereço, telefone do paciente e contato da família). Caso já possua cadastro, agendar via sistema na agenda do respectivo médico (a) ou enfermeiro (a) que for atender o paciente.

Auxiliar/Técnico de enfermagem: atender o paciente na sua necessidade, cumprindo as boas práticas de enfermagem, proporcionar conforto ao paciente, verificar SSVV, comunicar o médico repassando as informações coletadas, verificadas e percebidas sobre o paciente e suas queixas. Realizar administração de medicamentos sob ordem médica.

Enfermeiro: atender o paciente na sua necessidade, cumprindo as boas práticas de enfermagem, proporcionar conforto ao paciente, verificar SSVV, comunicar o médico repassando as informações coletadas, verificadas e percebidas sobre o paciente e suas queixas. Realizar administração de medicamentos sob ordem médica e/ou procedimentos de acordo com a competência. Ter raciocínio rápido e científico na avaliação do paciente, fazer anamnese, exame físico, orientar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido. Triar o paciente de acordo com sua necessidade, encaminhar para atendimento médico de urgência e emergência, agendar consultas médicas de caráter eletivo, agendar exames de urgência, providenciar ambulância ou carro para o transporte, agilizar o processo para que o paciente não sofra maiores danos.

E – Precauções: Sempre utilizar EPI'S.

F – Procedimentos:

1. Recepcionar o cliente de acordo com a necessidade (maca ou cadeira de rodas)

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde

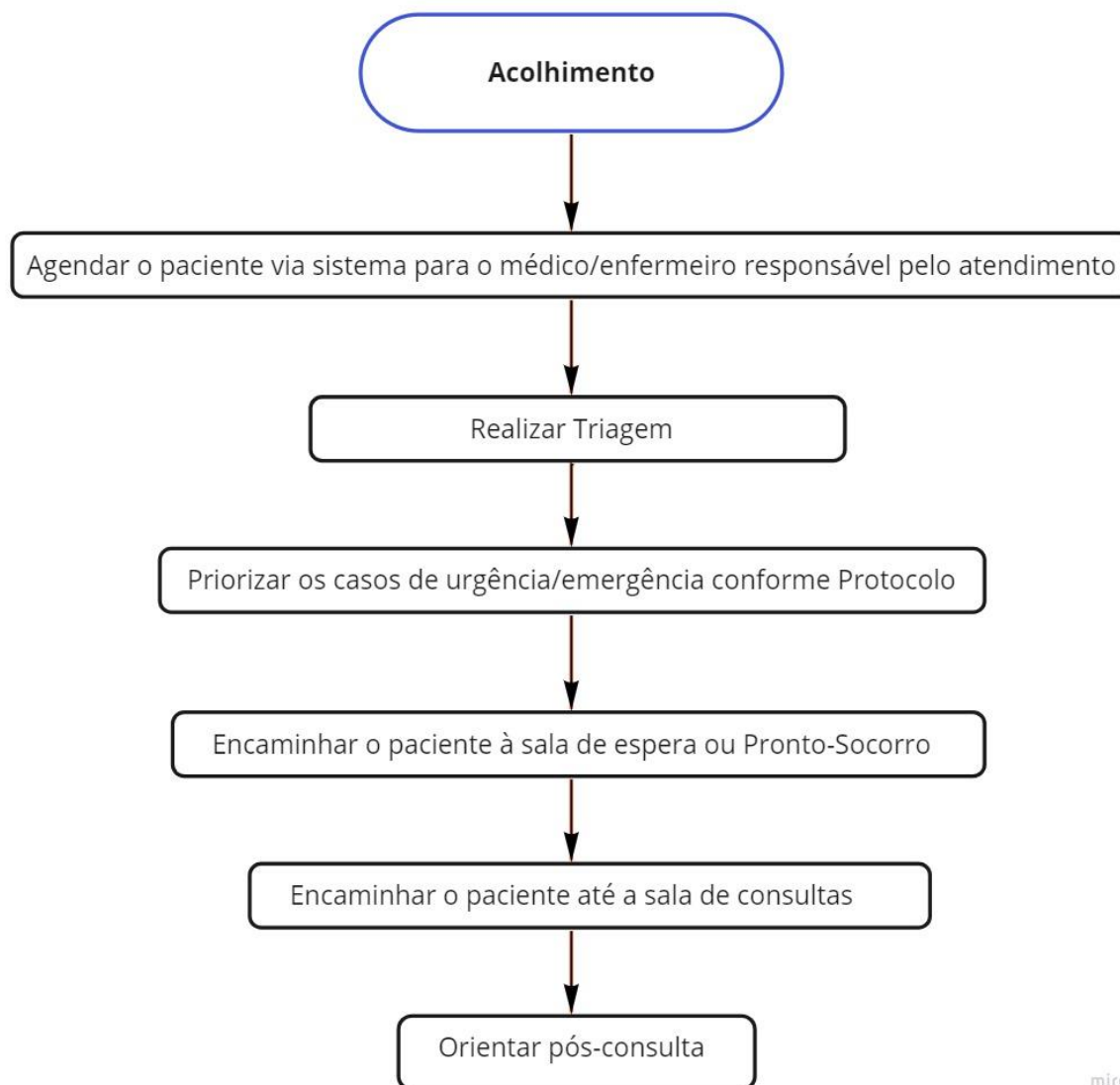


2. Preencher ficha médica com dados do paciente (nome completo, data de nascimento, nome da mãe, número de RG, CPF, cartão SUS, endereço, telefone do paciente e contato da família).
 3. Se o paciente ainda não tiver cadastro no sistema Consulfarma. Caso já possua cadastro, agendar via sistema na agenda do respectivo médico (a) ou enfermeiro (a) que for atender o paciente.
 4. Verificar e anotar SSVV (Pressão arterial, temperatura, pulso, respiração, saturação O₂, peso, altura)
 5. Encaminhar o paciente à sala de espera, enquanto aguarda atendimento.
- Obs: A ordem de atendimento poderá ser alterada nas situações de urgência e emergência:
6. Orientar a pós-consulta de acordo com a necessidade.

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	--	---	--	---------------------------------------



G – Fluxo:



5

miro

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



REGRAS BÁSICAS DE ENFERMAGEM

- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Deixar o paciente confortável;
- Deixar a unidade em ordem;
- Fazer as anotações de enfermagem.

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022



LAVAGEM DAS MÃOS

1. Objetivo:

Remover sujidade, suor e oleosidade;

Remover a flora microbiana transitória da camada mais superficial da pele, evitando infecção cruzada entre os pacientes, assim como entre pacientes e profissionais de saúde.

Obs.: A higienização das mãos é a principal medida na prevenção das infecções hospitalares. O profissional passa a higienizar as mãos adequadamente quando percebe que suas mãos podem, de fato, transmitir agentes infecciosos de um paciente a outro. A partir desse momento a higienização de mãos torna-se um hábito e é feita automaticamente, sem interferir nas demais atividades do profissional.

2. Indicações:

Sempre que houver sujeira visível nas mãos;

Antes e após contato com qualquer paciente;

Entre diferentes procedimentos em um mesmo paciente (ex.: aspirar secreção traqueal e fazer um curativo);

Antes e após realização de atos pessoais (ex.: alimentar-se, assuar o nariz, ir ao toalete, pentear os cabelos etc.);

Antes de calçar luvas e após retirá-las;

Após manipulação de materiais e equipamentos contaminados.

3. Produtos:

Sabão líquido comum ou degermantes antissépticos (PVPI ou clorexidina) em substituição ao sabão líquido comum em algumas situações que exigem redução máxima da população bacteriana.

Uso Indicado: Realização de procedimentos invasivos (instalação de sondas e cateteres)

Uso Sugerido: Cuidados com RN, idosos e outros imunodeprimidos;

4. Descrição da técnica:

- Retirar anéis, pulseiras, relógios e adornos,

- Abrir a torneira, molhar as mãos e colocar o sabão líquido (2ml aproximadamente);

- Ensaboar e friccionar as mãos durante 30 e 60 segundos, em todas as suas faces, espaços interdigitais, articulações, unhas e pontas dos dedos;

- Enxaguar as mãos retirando toda espuma e resíduos de sabão;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



- Enxugar as mãos com papel toalha;
- Fechar a torneira com papel toalha, evitando assim recontaminar as mãos.
- Duração do procedimento: 40 a 60 segundos.

IMPORTANTE: A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS DEVE ACONTECER SEMPRE, A CADA PROCEDIMENTO ANTES E APÓS SUA REALIZAÇÃO!

8

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

- As anotações devem ser feitas no sistema, no campo observação.
- Verificação dos sinais vitais;
- Troca de curativos (tipo, local, aberto ou fechado) – lançar na aba “Procedimentos”
- Qualquer observação relevante quanto ao paciente.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022



SINAIS VITAIS - SSVV

PRESSÃO ARTERIAL

A – Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de verificação da pressão arterial (pressão máxima ou sistólica e a pressão mínima ou diastólica).

B – Alcance:

O procedimento descrito envolve as auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

C – Responsabilidades:

É responsabilidade dos auxiliares de enfermagem, a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar quando necessário, o processo desenvolvido.

D – Definições:

- PA – Pressão arterial;
- Pressão sistólica – pressão máxima;
- Pressão diastólica – pressão mínima;
- Hipertensão arterial – pressão arterial elevada;
- Hipotensão arterial – pressão arterial abaixo do normal;
- MmHg – milímetros de mercúrio.

E – Precauções: Fazer a higienização das mãos antes e depois de qualquer contato como paciente.

F – Procedimento:

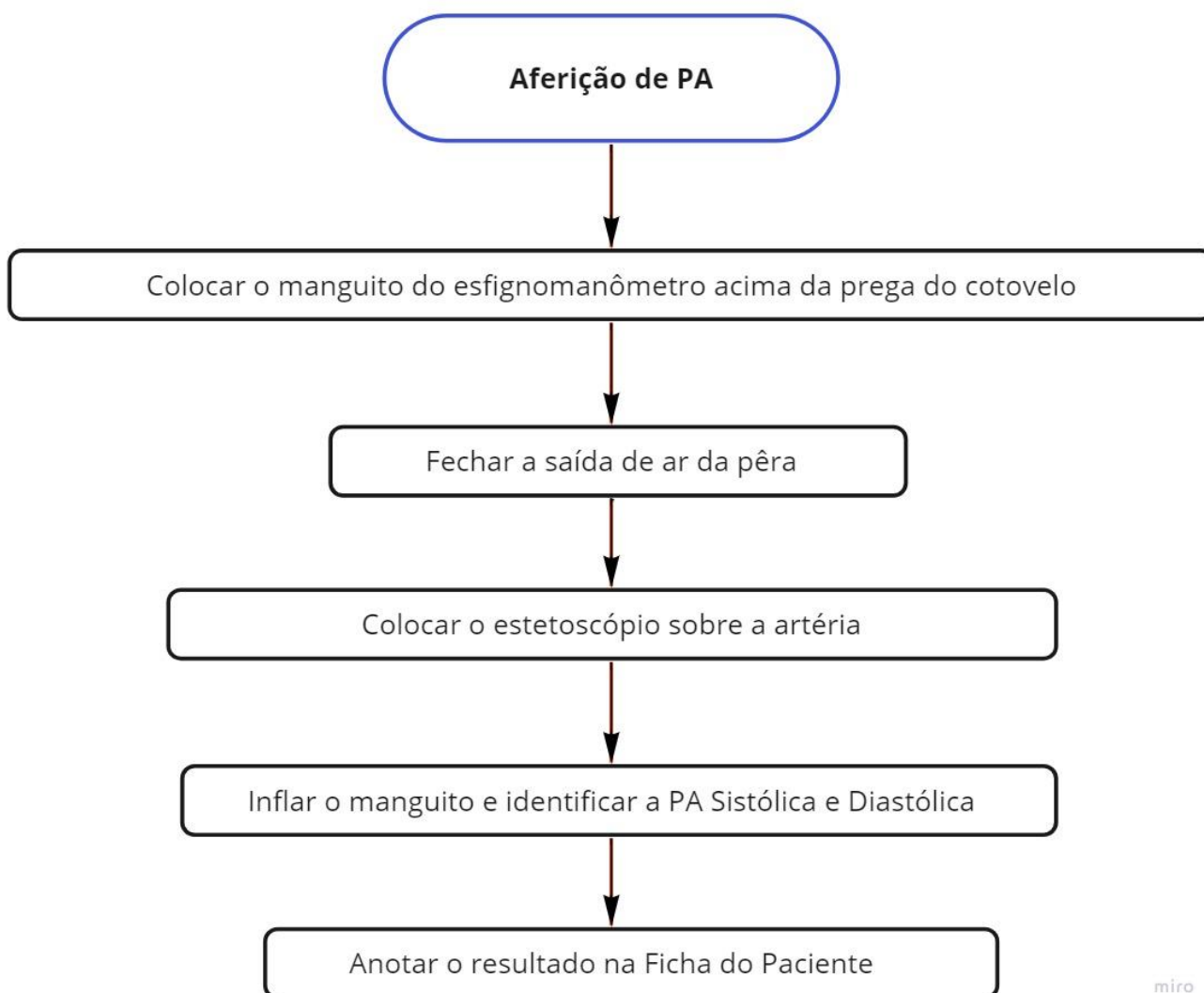
1. Explicar ao paciente o que vai ser feito;
2. Colocar o manguito acima da prega do cotovelo, do braço nu, com o marcador bem visível;
3. Fechar a saída do ar da pêra de borracha, girando-o no sentido do relógio;
4. Localizar a artéria na parte interna do cotovelo com os dedos indicador e o médio;
5. Colocar o estetoscópio sobre a artéria;
6. Inflar o manguito lentamente;
7. Identificar através dos ruídos/batimentos cardíacos a pressão sistólica e diastólica;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------

8. Retirar todo o ar do manguito e remover o esfignomanômetro do braço do cliente;
9. Anotar o resultado na ficha;
10. Se necessário repetir o procedimento, após, aguardar no mínimo um minuto par que haja o retorno normal do fluxo sanguíneo;

G – Fluxo:

10



miro

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Valores normais:

- Pressão sistólica: de 90 a 140 mmHg;
- Pressão diastólica: de 60 a 90 mmHg;

Locais para verificação do PA:

- Nos membros superiores através da artéria braquial;
- Nos membros inferiores, através da artéria poplítea.

Limpeza e desinfecção de estetoscópio e esfigmomanômetro:

- Fricção com álcool 70% por 30 segundos e por 3 vezes.
- Caso haja contaminação com matéria orgânica, realizar limpeza prévia com água e sabão

PULSO

A – Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de verificação do pulso (batimentos cardíacos).

B – Alcance:

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiro.

C – Responsabilidade:

É responsabilidade dos auxiliares de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D – Definições:

- Normocardia – frequência normal
- Bradicardia – frequência abaixo do normal
- Taquicardia – frequência acima do normal

E – Precauções: Fazer a higienização das mãos antes e depois de qualquer contato como paciente.

F – Procedimentos:

1. Explicar ao paciente o que vai ser feito;

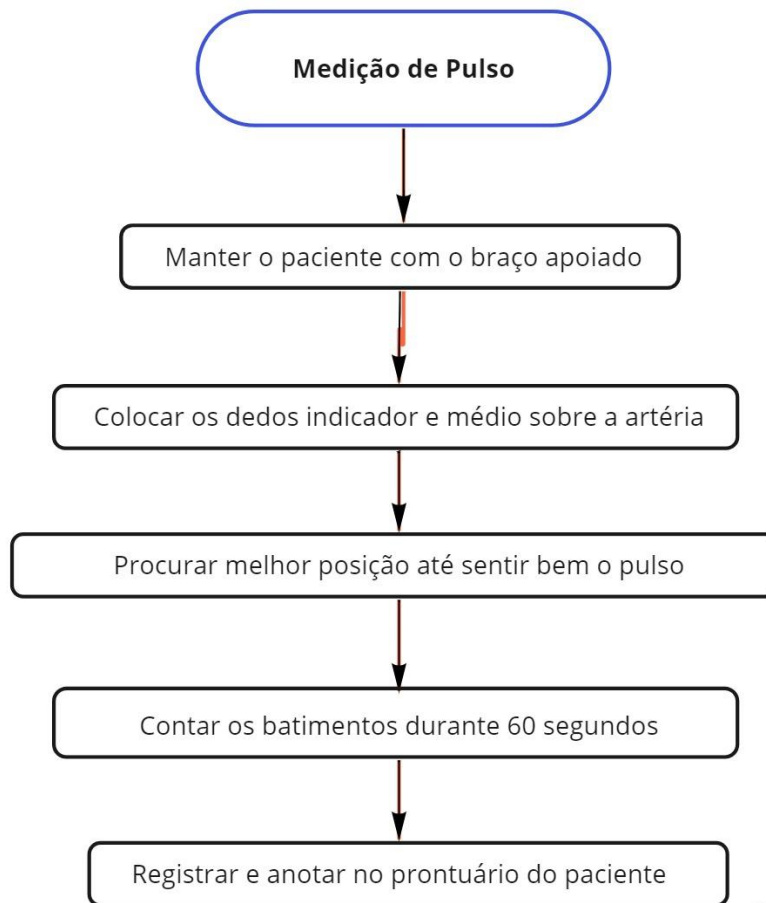
Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



2. Manter o paciente confortável, com o braço apoiado e a palma da mão voltada para baixo;
3. Com os três dedos médios da mão, localizar a artéria radial na face interna do punho, do lado do polegar;
4. Quando sentir a artéria, pressionar lentamente contra o osso (rádio) e contar os batimentos por um minuto;
5. Registrar, anotar e comunicar as anormalidades.
6. Obs: algumas situações que ocorrem alterações no pulso:
Tensão emocional, esforço físico, fumo, álcool, pressão arterial alterada e aumento de temperatura corporal.

OBS: Ou utilizar o oxímetro quando disponível.

G – Fluxo:



miro

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



H – Anexos:

Valores normais:

- Recém-nascido 120 a 140 btm/min;
- Lactente 100 a 120 btm/min;
- Segunda infância e adolescência 80 a 100 btm/min;
- Adulto 60 a 80 btm/min;

Locais para verificação da pulsação:

- Artéria radial;
- Artéria carótida e femoral;
- Artéria temporal, facial, poplítea, e dorsal do pé.

RESPIRAÇÃO

A – Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de verificação da respiração.

B – Alcance:

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicas de enfermagem e enfermeiro.

C – Responsabilidade:

É responsabilidade dos auxiliares de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D – Definições:

- Bradipnéia – frequência respiratória abaixo do normal;
- Taquipnéia – frequência respiratória acima do normal;
- Dispnéia – dificuldade respiratória;
- Apnéia – parada respiratória.

E – Precauções:

- Não permitir que o paciente fale durante o procedimento;
- Não contar a respiração após esforço.

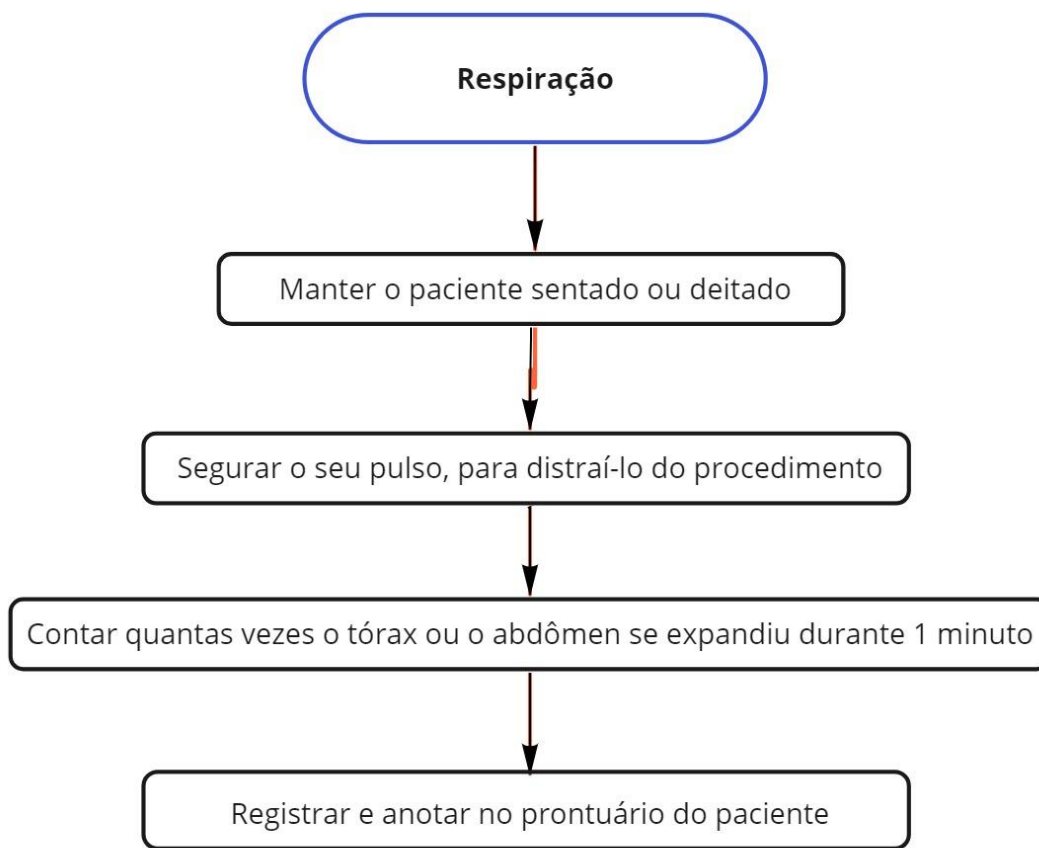
Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	--	---	--	---------------------------------------



F – Procedimento:

- Posicionar o paciente sentado ou deitado sem avisá-lo que irá observar sua respiração;
- Pegar seu pulso para disfarçar e contar as vezes que o tórax ou abdome se expandir durante um minuto;
- Registrar e anotar os dados obtidos.

G – Fluxo:



miro

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



H – Anexos:

Valores normais:

- Recém-nascidos: 30 a 40 movimentos respiratórios/minuto.
- Adulto 14 a 20 movimentos respiratórios/minuto.

15

TEMPERATURA

A – Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de verificação de temperatura corporal.

B – Alcance:

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiro.

C – Responsabilidades:

É responsabilidade dos auxiliares e técnicos de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D – Definição:

- Hipotermia – temperatura abaixo do valor normal;
- Hipertermia – aumento da temperatura corporal;
- Normotermia – temperatura normal do corpo.

Materiais utilizados: termômetro, algodão e álcool 70%.

E – Precauções:

- Trabalho muscular eleva a temperatura;
- Estresse, o ciclo menstrual na fase da ovulação também eleva a temperatura.
- Indivíduos desnutridos geralmente apresentam temperatura mais baixa.

F – Procedimento:

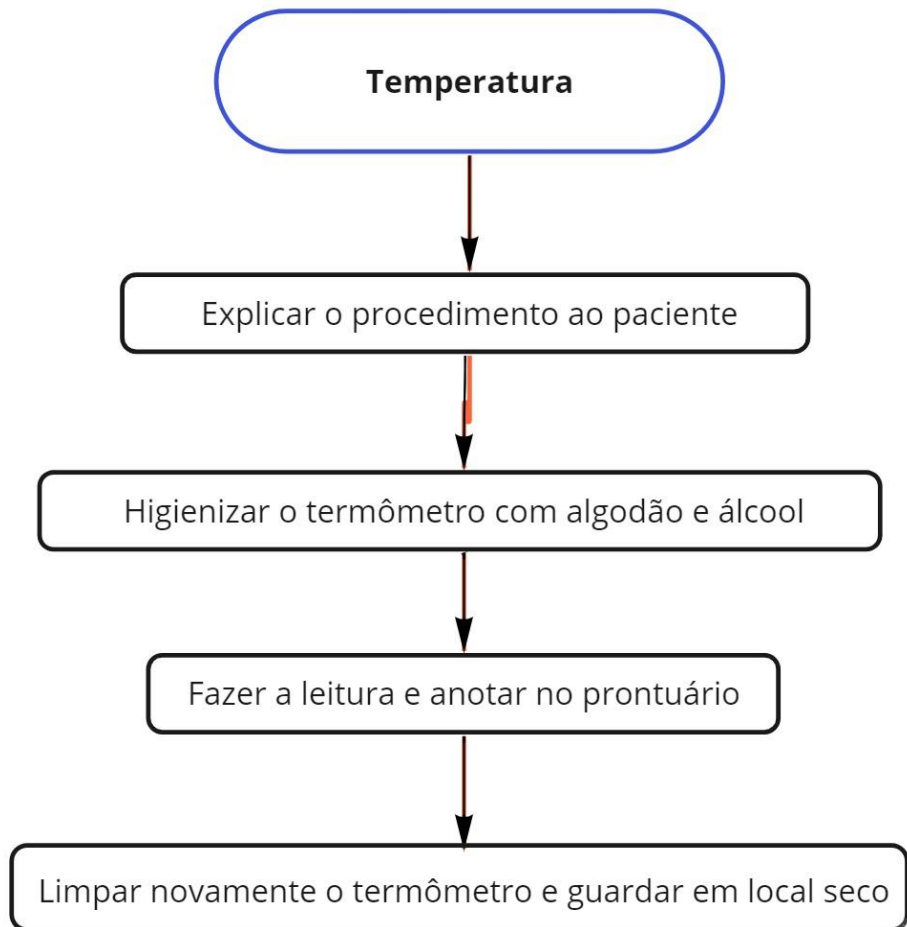
1. Explicar ao paciente o que vai ser feito;
2. Segurar o termômetro pela extremidade oposta ao bulbo, limpando-o com bola de algodão com álcool 70%;
3. Colocar bulbo do termômetro na axila do paciente e posicionar o braço sobre o peito, com a mão direcionada para o ombro oposto;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



4. Manter o termômetro por 3 a 5 minutos ou até apitar.
5. Retirar, segurando-o pelo lado oposto ao bulbo e proceder a leitura;
6. Registrar o valor da temperatura no prontuário do paciente;
7. Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool 70% e colocá-lo em lugar seco

G – Fluxo:



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



H – Anexos:

Valores normais de temperatura:

- Temperatura axilar: 35,8°C – 37,0°C;
- Temperatura oral: 36,3°C – 37,4°C;
- Temperatura retal: 37,0°C – 38,0°C.

17

MENSURAÇÃO DO PESO

A – Objetivos:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de verificação do peso.

B – Alcance:

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiro.

C – Responsabilidade:

É responsabilidade dos auxiliares de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D – Definições:

Tarar – calibrar a balança;

Desjejum – café da manhã (1ª refeição do dia).

E – Precauções:

- Pesar com mínimo de roupas;
- Pesar, se possível antes do desjejum.

F – Procedimento:

1. Orientar o paciente sobre o que vai ser feito;
2. Testar, tarar e travar a balança;
3. Pedir ao paciente para retirar o excesso de roupa;
4. Auxilia-lo a subir na balança com os pés descalços;
5. Balança digital;
6. Anotar o peso no prontuário do paciente.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------

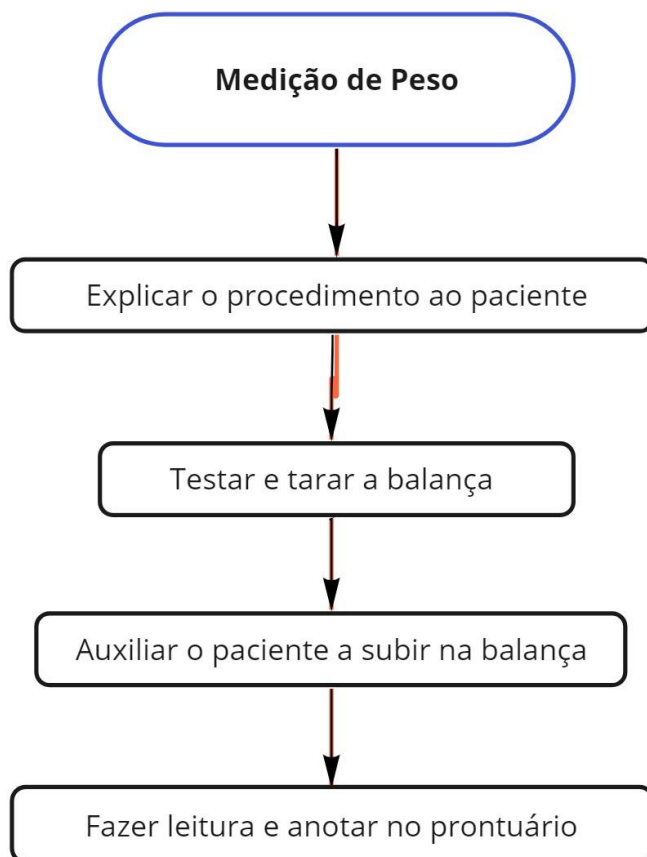


Crianças com peso abaixo de 16 Kg:

1. Forrar o prato da balança com papel;
2. Despir a criança colocá-la sentada ou deitada bem no centro e destravar a balança;
3. Balança Digital.
4. Registrar o peso e anotar no prontuário.

18

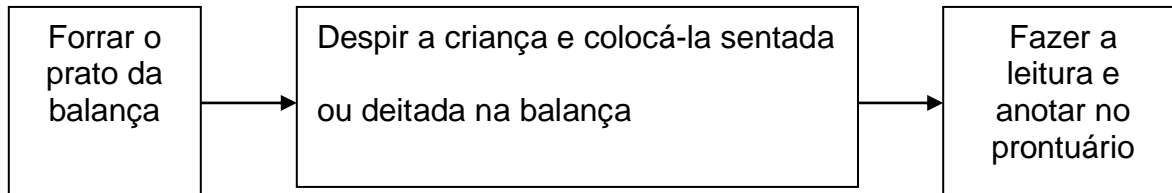
G – Fluxo:



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Crianças com peso < de 16 Kg:



MENSURAÇÃO DA ALTURA OU ESTATURA

A – Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de verificação da altura do paciente.

B – Alcance:

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros:

C – Responsabilidades:

É responsabilidade dos auxiliares de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D – Definições:

- Antropômetro – material utilizado para mensurar a altura de crianças de até 100 cm.

Materiais utilizados: fita métrica, antropômetro.

E – Procedimentos:

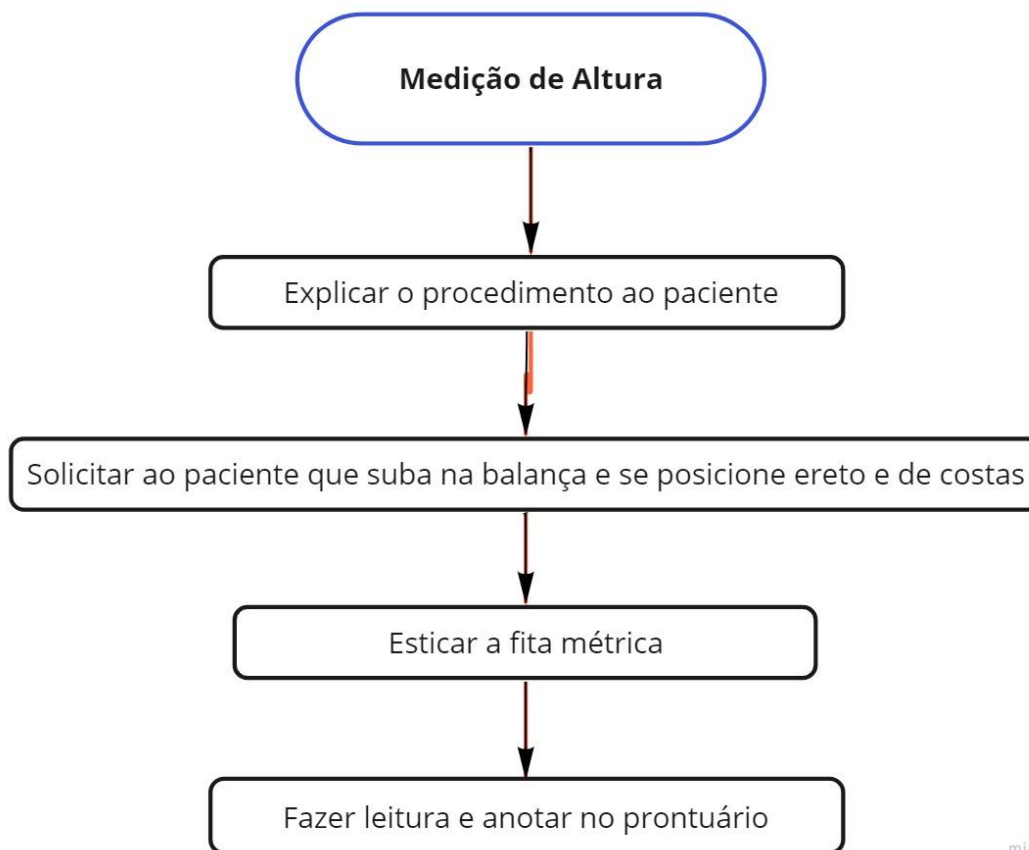
1. Explicar o que vai ser feito ao paciente ou a mãe/pai do paciente se for o caso.
2. Solicitar que suba na balança sem sapato, e fique em posição reta, de costas para a haste, mantendo a cabeça em posição reta.
3. Esticar a fita métrica, fazer a leitura e anotar no prontuário.

Em crianças com altura de até 100 cm:

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------

1. Colocar a criança deitada em decúbito dorsal sobre o mesmo;
2. Posicionar a extremidade fixa do antropômetro sobre a cabeça da criança, e a parte móvel ajustada à planta do pé (calcanhar);
3. Alinhar corretamente todos os seguimentos do corpo da criança: cabeça e pescoço naturalmente posicionando, pernas estendidas sem flexão dos joelhos;
4. Fazer a leitura e anotar no prontuário.

G – Fluxo:

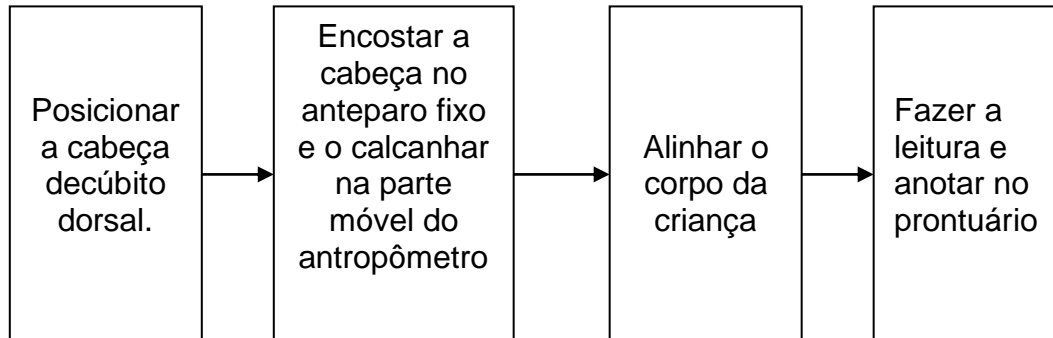


miro

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Crianças < 100 cm



EXAME FÍSICO

Cabeça e Pescoço

Couro cabeludo:

- Problemas de enfermagem: dermatite, seborréia, piolho, pediculose, foliculite, calvície ou alopecia;

Olhos:

- Edema de pálpebras;
- Xantelasma (indica acúmulos de colesterol/ lipídeos);
- Tersol ou blefarite (inflamação do folículo do cílio);
- Ptose palpebral (queda da pálpebra – cai as duas);
- Miastemia (toda a musculatura tem dificuldade de contração, uma pálpebra cai);
- Lagofthalmia (bolsa de água).

Globo ocular:

- Exoftalmia;
- Enoftalmia.

Conjuntiva ocular e esclera:

- Conjuntivite;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



- Icterícia;
- Pterígeo (prega na conjuntiva ocular, carne esponjosa);

Iris e pupila:

- Midríase (dilatação da pupila);
- Miose: contração da pupila, menos de 2 mm;
- Anisocoria: quando um contrai e outro dilata, diâmetros diferentes.

22

Conjuntiva palpebral:

- Anemia,
- Conjuntivite.

Seios paranasais:

- Sinusite;

Orelha:

- Otite;

Boca:

- **Lábios:** herpes viral, rachaduras, queilose (no canto da boca), queilite (falta de vitamina, fissura com processo inflamatório);
- **Gengivas e bochechas:** gengivite, aftas ou estomatites;
- **Língua:** língua saborrosa (língua branca), língua acastanhada (marrom e seca);

Aparelho Respiratório

Inspeção estática:

- Condições da pele, simetria, **forma:** tonel, funil (peito escavado), quilha (peito de pombo), cifoesciose, abaulamentos e retrações;

Regras obrigatórias de semiotécnica da inspeção estática e dinâmica:

- ✓ Tórax descoberto ou nu;
- ✓ Paciente em pé ou sentado em atitude cômoda;
- ✓ O examinador deve ficar a 2 mts de distância para ter uma visão panorâmica de todo tórax e aproximar;
- ✓ Músculos relaxados, membros superiores caídos ao longo das faces laterais do tórax e abdômen;
- ✓ Eliminação adequada;
- ✓ Anormalidades assimétrica do tórax.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Abaulamentos e retrações:

- Inspeccionar a face anterior, posterior e laterais com o mesmo rigor descritivo;

Inspeção dinâmica:

- Existem 3 tipos de respiração: costo torácica, costo abdominal, mista;

Frequência respiratória:

- 14 a 20 mov./min.
- Movimentos >: taquipnéia ou polipnéia;
- Movimentos <: bradipnéia.

Palpação:

- Examinar a sensibilidade, expansão e elasticidade torácica e vibração.

Técnicas:

- Paciente sentado ou em pé com os braços lateralizados;
- Pesquisar alterações isoladamente para os ápices, regiões intraclaviculares e bases;

Percussão:

- Dígito-digital.

Ausulta:

- Paciente sentado ou em pé, com o tórax descoberto, respirando com a boca entreaberta, sem fazer ruído;
- Avaliar o fluxo de ar através da árvore traqueobrônquica, o espaço pleural e identificar presença de obstrução no pulmão;
- Os movimentos respiratórios devem ser regulares e de igual amplitude;
- Comparar regiões simétricas, metodicamente, do ápice até as bases pulmonares.

Alterações:

- ✓ Estertores secos: comagem (asma)
- ✓ Estertores úmidos: crepitanes (pneumonia), bolhosos (subcrepitanes).

Sistema Cardiovascular

Posição

- O paciente é posicionado em decúbito dorsal elevado a 30°, ficando o examinador do seu lado esquerdo ou direito;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



Ausculata:

- 1º foco aórtico: 2º espaço intercostal; direito;
- 2º foco pulmonar: 2º espaço intercostal esquerdo;
- 3º foco tricúspede: 4º espaço intercostal – borda esternal esquerda;
- 4º foco mitral: 5º espaço intercostal (ictus cordis);
- 5º foco aórtico acessório: apêndice xifóide.

24

Aparelho Genito-urinário

- **Características da urina:** volume, cor, odor, turvação, precipitações;
- **Alterações miccionais:** oligúria, disúria, anúria, polaciúria, hematúria, incontinência urinária, retenção urinária, enurese;
- **Cólicas renais;**
- **Percussão:** Giordano (-) não deu cólica; Giordano (+) deu cólica renal;

Sistema Gastrointestinal

Abdômen

Inspeção:

- Observar a forma, abaulamento, retração, circulação colateral e localização da cicatriz umbilical.
- **Parâmetro normal:** na posição em pé em perfil e no decúbito dorsal: apresenta a hemiabdomen superior deprimido e o inferior com ligeira proeminência projetada na face anterior do abdômen.
 - ❖ **Problemas de enfermagem:**
 - retraído: desidratação, caquexia;
 - abaulamento generalizado: meteorismo, ascite, inguinal, obesidade;
 - globoso: hérnia e eventração umbilical, inguinal, deiscência PO, acesso.
 - **Parâmetro normal:** o abdômen deve ser plano e sua rede venosa superficial não deve ser visualizada;
 - ❖ **Problemas de enfermagem:**
 - Circulação colateral na ascite; hipertensão portal e obstrução da veia cava.
 - **Parâmetro normal:** a circulação mediana supra umbilical da aorta abdominal é somente observada em indivíduos magros (aortismo);
 - ❖ **Problemas de enfermagem:**

❖ Problemas de enfermagem:

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



- dilatação da aorta; arteriosclerose e aneurisma;
- **Parâmetro normal:** normalmente a cicatriz umbilical apresenta-se mediana, simétrica, com depressão circular entre a distância xifo-pubiana.

- ❖ **Problemas de enfermagem:**
 - Desvio lateral: hérnia, retração de cicatriz cirúrgica, queimadura;
 - Protundente: aumenta a pressão intra-abdominal (ascite, tumor).
- **Parâmetro normal:** o ânus é fechado em diafragma por pregas cutâneas radiadas e suaves.

- ❖ **Problemas de enfermagem:**
 - Puntiforme: fissura;
 - Hipotônico: hemorróidas;
 - Deformado: cirurgias pregressas e lesões inflamatórias;
 - Infundibuliforme: pederastia (homossexualismo masculino).

25

Ausulta:

- Através do estetoscópio detecta-se os ruídos peristálticos em toda extensão do abdômen e possibilita a avaliação de toda sua frequência e características. Deve proceder a palpação e a percussão, pois testes podem alterar os sons intestinais;
- **Parâmetro normal:** os ruídos intestinais são audíveis no mínimo a cada dois minutos, como resultado da interação do peristaltismo com os líquidos e gases.
- ❖ **Problemas de enfermagem:**
 - Borborismo: oclusão intestinal por verminose, tumor, volvo.
 - Íleo paralítico: pós-operatórios de cirurgias intestinais, inflamação.

Palpação superficial:

- Utiliza-se as mãos espalmadas com as polpas digitais em movimentos rotativos e rápidos nas regiões do abdômen. Permite reconhecer a sensibilidade, a integridade anatômica e a tensão da parede abdominal.
- **Parâmetro normal:** normalmente o peritônio é indolor à palpação, podendo ocorrer contração involuntária, devido a tensão e as mãos frias do examinador.
- ❖ **Problemas de enfermagem:**
 - Hiperemia cutânea, hipertonicidade, inflamação.

Baço

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Palpação profunda e percussão:

- Posicione o paciente em decúbito lateral direito, mantenha-se à direita com o dorso voltado para a cabeceira da cama. Com as mãos paralelas fletidas em garra, deslize-as desde a linha axilar média E, hipocôndrio E até o epigástrico. Esse órgão somente é palpável nas esplenomegalias resultantes de alterações patológicas. No entanto, na percussão dígito-digital pode ser percebida a borda superior do baço, inclusive, nos pequenos aumentos de volumes (06 cm²).
- **Parâmetro normal:** o baço é de consistência mole, contorno liso, triangular e acompanha a concavidade do diafragma.
 - ❖ **Problemas de enfermagem:**
 - Consistência mole e dolorosa: infecções agudas;
 - Consistência dura e pouco dolorosa: esquistossomose, cirrose hepática, leucemias e linfomas.

Intestinos

Palpação profunda:

- Somente o ceco e o sigmóide são palpáveis devido à sua localização sobre o músculo psoas. Posicione-se à direita do paciente com as mãos paralelas fletidas em garra. Na expiração penetrar com as mãos ao nível da cicatriz umbilical até o músculo psoas. Deslizar as mãos obliquamente em direção à região inguinal direita. Se o paciente referir dor após essa manobra, poderá apresentar sinal de Blumberg positivo. Repita no lado esquerdo para palpação do sigmóide, indicando presença de fecaloma.
- **Parâmetro normal:** o ceco possui a forma de pera, é móvel e apresenta gargarejos. O apêndice vermiforme está posicionado à base do ceco, não sendo possível sua palpação.
 - ❖ **Problemas de enfermagem:**
 - Dor na região inguinal direita: apendicite;
 - Pressão ou irritação química inibem a peristalse e excitam a válvula íleocecal.
- **Parâmetro normal:** o sigmóide está ao nível da crista ilíaca, curva-se para trás continuando com o reto, onde as fezes ficam acumuladas até a defecação.
 - ❖ **Problemas de enfermagem:**
 - Enterite: dor, flatulências, diarréias, desidratação, enterorragia;
 - Hábito irregular de alimentação: constipação;
 - Oclusão intestinal: tumor, aderência, verminoses, volvo, hérnia estranguladora.

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	--	---	--	---------------------------------------



Fígado

Palpação profunda:

- Deve-se permanecer à direita do tórax do paciente com o dorso voltado para sua cabeceira. Colocar as mãos paralelas com os dedos fletidos em garras, desde a linha axilar anterior deslizando cuidadosamente do hipocôndrio direito até o hipocôndrio esquerdo. Solicita-se ao paciente para inspirar profundamente pois, nesta fase, devido ao impulso diafragmático, o fígado desce facilitando a palpação da borda hepática.
- **Parâmetro normal:** pode ou não ser palpável, é macio, tem superfície lisa e borda fina. O limite inferior não excede a dois ou três dedos transversos abaixo da reborda costal.

❖ Problemas de enfermagem:

- Não palpável: cirrose hepática avançada (hipotrofia do fígado);
- Palpável: hepatopatias (hepatites, colecistite aguda, tumor);
- Extra-hepática: enfisema pulmonar pressiona o fígado.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022



TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

9 CERTOS

- Paciente certo (nome e leito);
- Medicamento certo (olhar na prescrição);
- Dose certa;
- Via certa;
- Horário certo.
- Registro certo
- Ação certa
- Forma Farmacêutica certa
- Monitoramento certo

28

VIAS MAIS COMUNS

- ID, SC (horas);
- IM (15 a 30 minutos);
- EV (imediate).

TERMINOLOGIAS E VALORES DOS SSVV

Temperatura:

- Hipotermia: T° 36° C;
- Normotermia: T° entre 36° e 37,4°C;
- Febrícula: T° entre 37.5° e 37.7°C;
- Estado febril: T° entre 37.8° e 38°C;
- Febre: T° entre 38° e 39°C;
- Pirexia: T° entre 39° e 40°C;
- Hiperpirexia: T° acima de 40°C;

OBS: Após cada aferição de temperatura desinfetar o termômetro com álcool 70%.

Respiração:

- Eupneico: 16 a 22 mr/min;
- Bradipneico: < 16mr/min;
- Taquipneico: > 22 mr/min;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Pulso:

- Normocárdico: 60 a 100 bpm
- Taquicárdico: >100 bpm
- Bradicárdico: <60 bpm

Pressão arterial:

- Normotenso: 120x80 a 140x90 mmHg
- Hipotenso: < 90x60mmHg
- Hipertenso: > 140x90mmHg
-

FÓRMULAS

VELOCIDADE DE GOTEJAMENTO

Nº de gotas: $\frac{\text{volume (ml)}}{\text{Tempo (h)} \times 3}$

Nº microgotas: $\frac{\text{volume (ml)}}{\text{Tempo (horas)}}$

20 gotas: 01 ml. 03 microgotas: 1 gota.

ACESSO VENOSO HEPARINIZADO

- Aspirar 0.1ml de heparina e completar com 9.9 ml de água destilada;

VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR (HEMOGLUCOTESTE- HGT)

Objetivo

Verificar os níveis de glicose no sangue por meio de fita reagente.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica e/ou enfermagem.

Responsabilidades

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Materiais:

- Aparelho para glicemia capilar;
- Fitas reagentes;
- Lanceta ou agulha de insulina;
- Luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool 70%.

Descrição dos Passos

- Preparar o material necessário para o procedimento numa bandeja.
- Realizar a higienização das mãos.
- Levar o material no quarto do paciente.
- Explicar o procedimento ao paciente, solicitando que ele lave as mãos caso seja necessário.
- Ligar o aparelho e verificar calibração, observar se o código das fitas é compatível com o do aparelho bem como a data de validade das mesmas.
- Retirar a fita e tampar o frasco.
- Carregar a lanceta ou separar uma agulha (preferencialmente de insulina).
- Calçar as luvas de procedimento.
- Ligar o aparelho e introduzir a fita, conforme orientação do fabricante.
- Fazer assepsia do dedo com algodão embebido em álcool 70% e deixar secar;
- Pressionar a ponta de um dos dedos mantendo abaixo do nível do coração para melhorar a circulação
- Picar a lateral do dedo, fazendo pressão até formar uma boa gota de sangue.
- Pingar a gota de sangue no local indicado na fita, sem encostar o dedo.
- Colocar o algodão seco sobre o local puncionado e solicitar que o paciente faça compressão, caso esteja consciente e orientado.
- Proceder conforme orientação do fabricante, aguardar o resultado e anotar o valor no prontuário do paciente;
- Retirar a lanceta (ou agulha) e a fita e desprezar no recipiente de material perfurocortante;
- Retirar as luvas de procedimento.
- Deixar o paciente confortável.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



- Recolher o material, mantendo a unidade organizada.
- Encaminhar o material permanente e o resíduo para o expurgo.
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e passar álcool 70%.
- Realizar higienização das mãos.
- Checar e anotar o procedimento realizado registrando o valor obtido.

ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA

$$x = \frac{\text{dose prescrita} \times \text{seringa (1ml)}}{\text{Dose do frasco}}$$

Nível normal de glicose no sangue: 80 a 100

Materiais necessários a aplicação:

Frasco da insulina prescrita;
Agulha para aspiração da insulina (25x7 ou 25x8);
Agulhas para aplicação
Agulha convencional 13x3,8mm ou 13x4,5mm
Agulha ultra-fine 13x3,3mm
Seringas para insulina;
Algodão;
Álcool.

Técnica de aplicação

Desinfecção

- Lavar bem as mãos com água e sabão;
- Misturar a insulina rolando o frasco entre as mãos;
- Limpar a tampa do frasco usando algodão e álcool.

Montagem da seringa de insulina

- Deve-se usar 2 agulhas distintas, uma para aspiração da insulina e outra para a aplicação da mesma, em virtude de a agulha ficar romba com a aspiração;
- Injetar no frasco um volume de ar aproximadamente igual ao da insulina a ser retirado;
- Virar o frasco e aspirar a insulina;

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	--	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



- Tirar as bolhas de ar batendo com o dedo na parte da seringa onde as mesmas se encontrarem;
- Observar se a dose da insulina está correta;
- Retirar a agulha do frasco e trocá-la pela da aplicação;
- Fazer a assepsia da região com algodão e álcool;
- Segurar a insulina como um lápis (ângulo de 90 graus ou levemente inclinada);
- Fazer uma prega cutânea e introduzir a agulha, soltando a pele e aspirando o êmbolo;
- Caso apareça sangue não injetar a insulina, retirar a agulha e aplicar em outro local;
- Injetar a insulina;
- Terminada a aplicação, retirar a agulha e fazer leve pressão no local com algodão e álcool sem massagear.

32

Observações

- Não toque na agulha, pois assim pode contaminá-la;
- Não utilizar agulha ou seringa que foi utilizada por outra pessoa
- Lembrar que, se for fazer associação de insulina, aplicar as duas insulinas misturadas na mesma seringa

Atenção: via de administração

A insulina deve ser administrada por via subcutânea (debaixo da pele). Nas áreas com pouco tecido adiposo (gordura) pode-se usar as agulhas ultra-fine.

Áreas de aplicação

Regiões, na prática, pouco utilizadas: Parte externa e superior dos braços; Região superior dos glúteos.

Regiões, na prática, mais utilizadas: Parte anterior e lateral das coxas; Região abdominal (com exceção da área imediatamente superior e inferior da cicatriz umbilical).

Rodízio da aplicação

Não é aconselhável a aplicação de insulina no mesmo local todos os dias. É importante fazer um rodízio sistemático das áreas de aplicação, possibilitando a absorção uniforme da mesma. Escolha uma das áreas sugeridas na ilustração acima e utilize-a para aplicação

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



durante uma semana, mantendo a distância de 3cm entre uma injeção e outra. Na semana seguinte, escolha outra região e assim por diante.

Lembrar que, antes de uma atividade física, não se deve usar insulina no grupo muscular que será mais exercitado. Procure outra região para aplicação, pois o aumento do fluxo sanguíneo nesta região acarretará uma absorção mais rápida da insulina e, conseqüentemente, em maior risco de hipoglicemia

33

MEDICAÇÃO

A administração de medicamentos é um dos deveres de maior responsabilidade e requer concentração, precisão, pontualidade e eficiência.

- a. A prescrição médica deve ser escrita e assinada;
- b. Verificar data de validade do medicamento;
- c. Surgindo qualquer dúvida referente ao medicamento, não administrar antes que a mesma seja esclarecida;
- d. Ter sempre em mente a regra dos 9 certos:
 - *Medicamento certo;*
 - *Paciente certo;*
 - *Via certa;*
 - *Dose certa;*
 - *Horário certo.*
 - *Registro certo*
 - *Ação certa*
 - *Forma farmacêutica certa*
 - *Monitoramento.*
- e. Certificar-se pela receita, dose, via a que se destina;
- f. Não administrar o medicamento preparado por outra pessoa;
- g. Ao final do procedimento, desprezar material contaminado conforme rotina.

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

- Oral
- Retal
- Vaginal
- Cutânea ou Tópica

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



- Otológica
- Oftálmica
- Intradérmica
- Sub Cutânea
- Intramuscular
- Endovenosa
- Venóclise

VIA ORAL

A – Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica da aplicação de medicamento via oral.

B – Alcance:

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

C – Responsabilidades:

É responsabilidade dos auxiliares de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro, orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D – Definições:

V.O – via oral;

Cp ou comp – comprimido;

Gt – gotas;

Ctgt – conta gotas;

Mgt – micro gotas;

g – gramas;

mg – miligrama;

E – Precauções:

Antes de preparar cada medicamento e entre o manuseio de cada paciente as mãos devem ser lavadas.

F – Procedimento:

1. Lavar as mãos conforme técnica;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



2. Identificar o paciente perguntando seu nome completo;
3. Preparar o material mantendo o cartão de medicação, ou a prescrição, próximo a bandeja;
4. Colocar os medicamentos nos recipientes adequados;
5. Diluir o medicamento se necessário;
6. Chamar o paciente pelo nome completo;
7. Informar ao paciente o nome e a ação do medicamento;
8. Certificar-se de que o paciente tenha deglutido o medicamento;
9. Lavar e guardar o material utilizado;
10. Lavar as mãos.

a) Comprimidos, cápsulas, drágeas, pós-orais (estes devem ser ingeridos com líquidos e não a seco):

1. Lavar as mãos conforme técnica;
2. Orientar o paciente sobre o medicamento;
3. Administrar a medicação (as drágeas não devem ser partidas, nem as cápsulas devem ser partidas, nem as cápsulas devem ser abertas e os pós orais devem ser diluídos);
4. Verificar se o paciente digeriu o medicamento;
5. Observar reações adversas (anotar e comunicar caso haja alterações);
6. Lavar as mãos.

b) Suspensão oral:

1. Lavar as mãos conforme técnica;
2. Orientar o paciente sobre o procedimento;
3. Sacudir bem o frasco do medicamento uma vez que o produto contém partículas que se depositam no fundo da embalagem;
4. Usar copinho de medida de plástico próprio para esse tipo de medicamento e que geralmente acompanha a embalagem do produto, para medir a quantidade adequada solicitada pelo médico e depois passar o conteúdo para um copinho descartável;
5. Pedir para que o paciente tome a medicação, ingerindo logo após um copo de água. Outros tipos de bebida (sucos, refrigerantes nem sempre podem ser tomados após a medicação).
6. Observar reações adversas (anotar e comunicar caso haja alterações);
7. Lavar as mãos.

c) Comprimidos Sublinguais:

1. Lavar as mãos conforme técnica;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



2. Orientar o paciente sobre o procedimento;
3. Com uma luva colocar o comprimido embaixo da língua e fechar a boca ou pedir ao próprio paciente para que o mesmo o faça;
4. Pedir para que o paciente procure reter a saliva na boca, sem engolir, até que o comprimido se dissolva completamente. Se após alguns minutos o paciente sentir um gosto amargo, é sinal de que o comprimido ainda não foi completamente absorvido e de que deve permanecer retendo a saliva por mais algum tempo;
5. Pedir para que o paciente que após a completar dissolução do medicamento, engolir a saliva e só depois beber água;
6. Verificar se o medicamento foi dissolvido completamente;
7. Observar reações adversas (anotar e comunicar caso haja alterações);
8. Lavar as mãos.

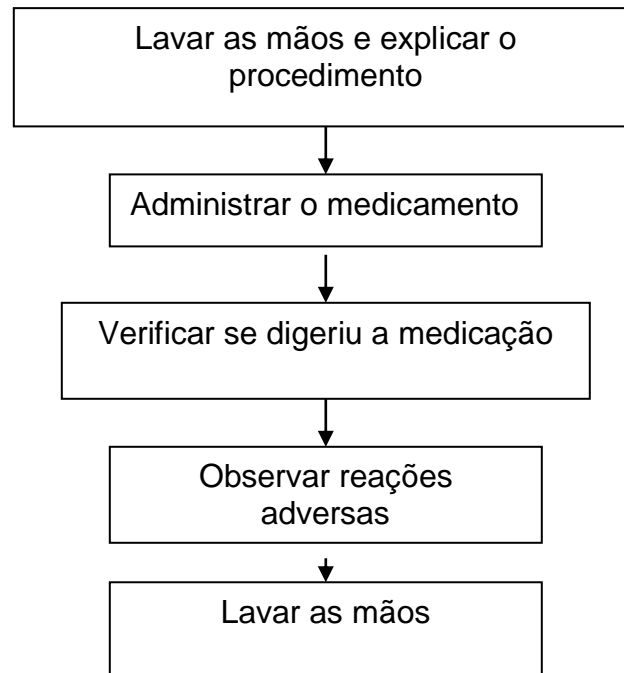
d) Sprays para garganta:

1. Lavar as mãos conforme técnica;
2. Orientar o paciente sobre o procedimento;
3. Pedir para que o paciente abra a boca e apertar o spray, procurando atingir toda a parede da garganta;
4. Pedir para que feche a boca e procure não engolir a saliva durante 1 ou 2 minutos;
5. Orientar o paciente para que beba água, ou outro líquido, após um bom tempo. Quanto mais a medicação permanecer em contato com a garganta, melhor será o seu efeito;
6. Observar reações adversas (anotar e comunicar caso haja alterações).
7. Lavar as mãos.

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	--	---	--	---------------------------------------

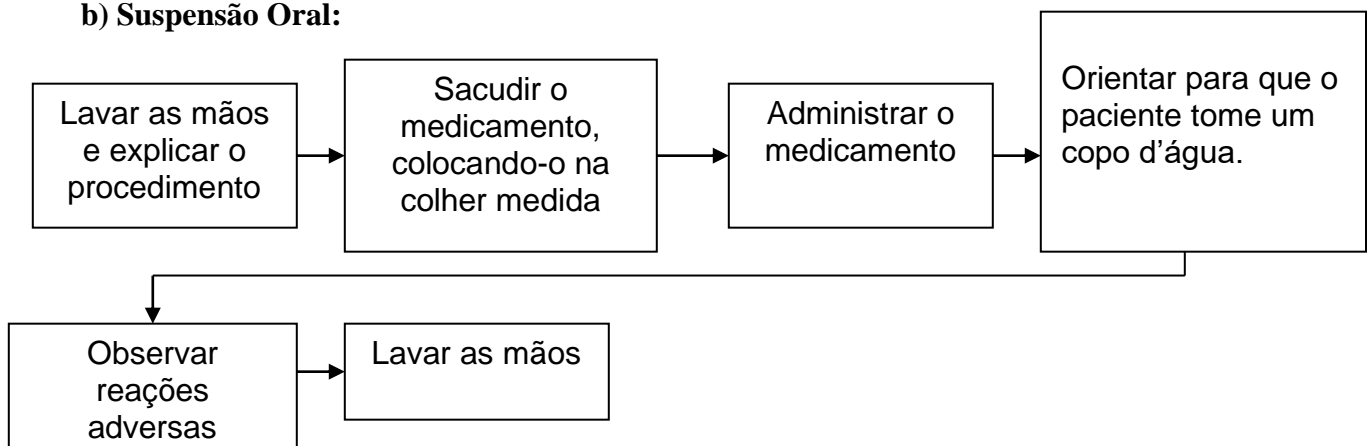
G – Fluxo:

a) comprimidos, cápsulas, drágeas, pós orais:



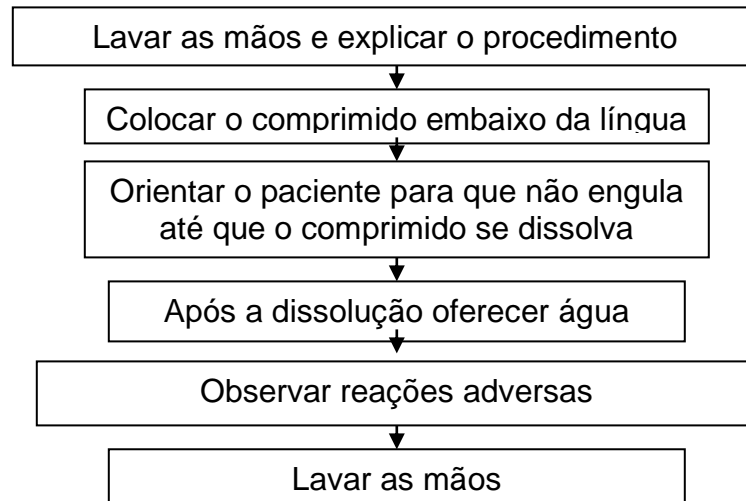
37

b) Suspensão Oral:



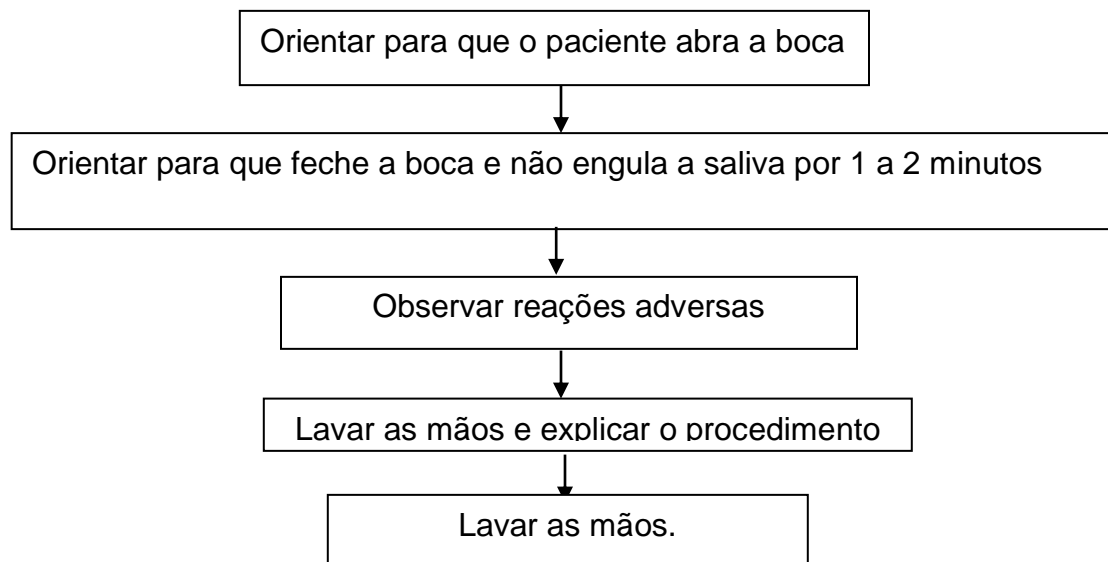
Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------

c) Comprimidos Sublinguais:



38

e) Spray para garganta:



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



Anexos:

Medidas equivalentes:

- 1 colher de café: 2 ml ou 2 g;
- 1 colher de chá: 5 ml ou 5 g;
- 1 colher de sopa: 15 ml ou 15 g;
- 1 copo: 250 ml;
- 1 medida: 15 ml

39

VIA RETAL

A) Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de aplicação via retal.

B) Alcance:

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiro.

C) Responsabilidades:

É responsabilidade dos auxiliares de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D) Definições:

EPI – equipamento de proteção individual, utilizada para segurança ao operador do procedimento;

Materiais utilizado: gazes, papel higiênico, supositório, luvas de látex, recipientes para lixo.

E) Precauções:

No manuseio de pacientes deve ser usadas luvas;

Entre o manuseio de cada paciente as mãos devem ser lavadas.

F) Procedimentos:

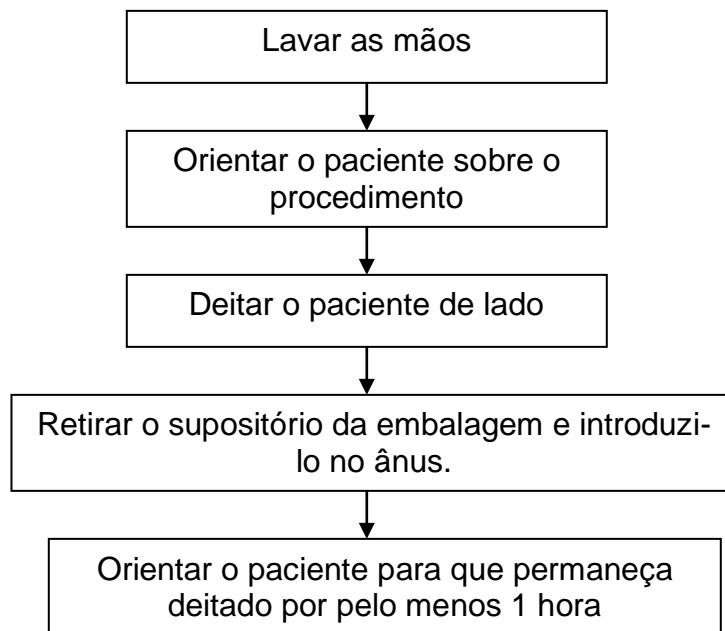
1. Lavar as mãos conforme procedimento;
2. Orientar muito bem o paciente sobre o procedimento, seus benefícios e o desconforto que lhe irá causar;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



3. Deitar o paciente de lado, voltando-se para o lado esquerdo, dobrando o joelho direito, mantendo a perna direita flexionada e a esquerda estirada;
4. Calçar as luvas;
5. Retirar o supositório da embalagem e envolvê-lo em uma gaze;
6. Afastar a prega interglútea, com auxílio do papel higiênico, para melhor visualização do ânus;
7. Introduzir o supositório além do esfíncter anal delicadamente, e pedir para que o paciente o retenha por pelo menos 15 minutos;
8. Certificar-se de que o supositório realmente tenha sido introduzido;
9. Orientar para que o paciente permaneça deitado por mais alguns minutos, após a colocação do supositório, procurando retê-lo no intestino por, pelo menos, uma hora.

G) Fluxo:



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



VIA VAGINAL

A) Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de aplicação de medicamento via vaginal.

B) Alcance:

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiro.

C) Responsabilidades:

É responsabilidade dos auxiliares de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D) Definições:

EPI – equipamento de proteção individual, utilizado para segurança do operador do procedimento;

Material: medicamento (cápsulas, comprimidos, supositórios, pomadas e cremes), gazes, recipientes para lixo, aplicador próprio, luvas.

Posição ginecológica: paciente deitado, de barriga para cima, com os joelhos dobrados e as plantas dos pés apoiados na cama.

E) Precauções:

No manuseio de pacientes deve ser usadas luvas;
Entre o manuseio de cada paciente as mãos devem ser lavadas.

F) Procedimentos:

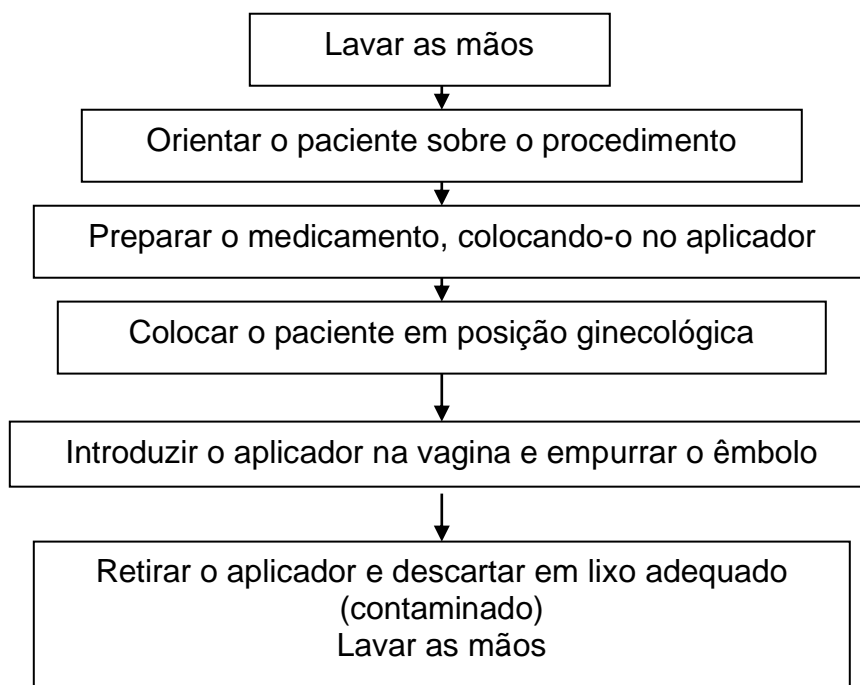
1. Lavar as mãos conforme técnica;
2. Colocar luvas;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento;
4. Utilizar biombo se necessário;
5. Respeitar a privacidade do paciente, descobrindo somente o necessário;
6. Colocar o paciente em posição ginecológica;
7. Remover o produto da embalagem e colocar o medicamento no aplicador próprio;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



8. Afastar os pequenos lábios com os dedos indicador e polegar com auxílio da gaze;
9. Segurar o aplicador horizontalmente e introduzir delicadamente o aplicador, 10 cm aproximadamente e pressionar seu embolo;
10. Retirar o aplicador e pedir a paciente para que permaneça no leito;
11. Descartar o aplicador em lixo adequado (contaminado)
12. Lavar as mãos.

G) Fluxo:



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



VIA CUTÂNEA OU TÓPICA

A) Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de aplicação de medicação via cutânea ou tópica.

B) Alcance:

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

C) Responsabilidades:

É responsabilidade dos auxiliares de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas praticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D) Definições:

Via cutânea ou tópica – aplicação do medicamento na pele.

E) Precauções:

1. No manuseio de paciente deve ser usadas luvas;
2. Entre o manuseio de cada paciente as mãos devem ser lavadas;
3. Na maioria dos casos não devem colocar curativos ou bandagens, sobre a região tratada;
4. Quando recomendada pelo profissional, pode-se usar uma folha de filme plástica transparente (o mesmo usado para embrulhar alimentos) sobre a região tratada, ate o produto ser absorvido pela pele. Não deixar o filme plástico por mais tempo do que o recomendado.
5. O uso prolongado pode causar exagerada absorção do produto, o que poderia levar a reações indesejáveis;
6. Cremes são produtos não oleosos, que não mancham as roupas. Devem ser preferidos para uso no couro cabeludo, em outras áreas da pele que apresentem pelos ou em lesões úmidas.

F) Procedimentos:

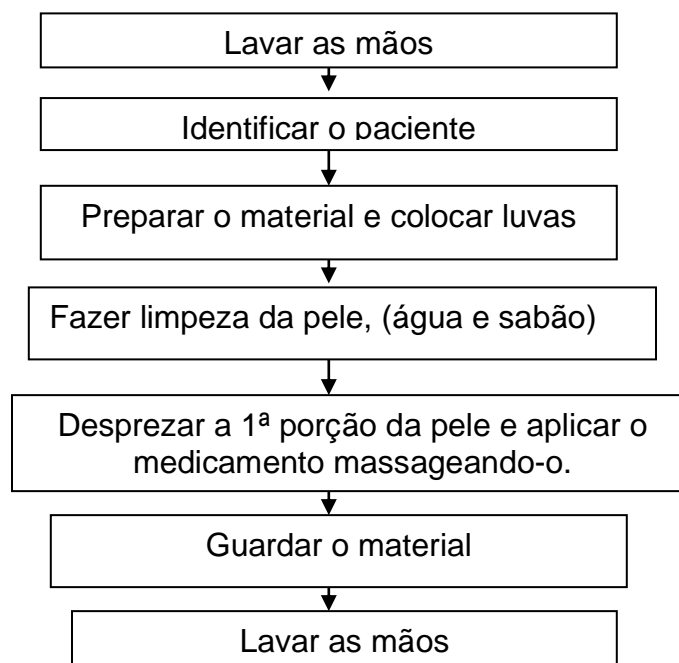
1. Lavar as mãos conforme técnica;
2. Preparar o material mantendo o cartão de medicação, ou a prescrição, próximo a bandeja;
3. Identificar o paciente perguntando seu nome completo;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



4. Informar o paciente sobre o procedimento;
5. Colocar luvas de procedimentos;
6. Fazer a limpeza da pele com água e sabão antes da aplicação do medicamento, se necessário, (pele oleosa e com sujidade).
7. Desprezar a primeira porção de pomada;
8. Aplicar o medicamento massageando a pele delicadamente;
9. Observar qualquer alteração na pele: erupções, prurido, edema, eritema, etc...
10. Quando o medicamento for armazenado em recipiente, retirá-lo com auxílio da espátula;
11. Antes de aplicar a pomada, fazer o teste de sensibilidade;
12. Após a medicação guardar o material;
13. Lavar as mãos.

G) Fluxo:



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



VIA OTOLÓGICA

A) Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de aplicação de medicação via otológica.

B) Alcance:

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiro.

C) Responsabilidade:

É responsabilidade dos auxiliares de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D) Definições:

Via otológica – administração de medicamentos no canal auditivo. **SOMENTE COM PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

E) Precauções:

1. Lavar as mãos;
2. No manuseio de pacientes deve ser usadas luvas;
3. Entre o manuseio de cada paciente as mãos devem ser lavadas;
4. Antes de usar o produto ele pode ser aquecido, esfregando o frasco com as palmas das mãos, até atingir a temperatura do corpo;
5. **Não** colocar o frasco em “Banho Maria”, ou na água quente, pois a alta temperatura pode alterar as propriedades da medicação e causar queimaduras ao ser aplicado.

F) Procedimento:

1. Lavar as mãos conforme técnica;
2. Preparar o material mantendo o cartão de medicação, ou a prescrição, próximo a bandeja;
3. Informar o paciente sobre o procedimento;
4. Identificar o paciente perguntando o seu nome completo;
5. Colocar luvas de procedimento;
6. Orientar o paciente para que sente e incline a cabeça para o lado ou deite deixando o ouvido afetado para cima;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



7. Segurar o lóbulo da orelha (a ponta da orelha) e puxá-lo delicadamente para cima e para trás (em adultos), a fim de permitir que o produto chegou mais facilmente ao canal auditivo. Em crianças o lóbulo da orelha deve ser puxado para baixo e para trás.
8. Desprezar uma gota de medicamento;
9. Encher o aplicador e pingar o número de gotas prescrito pelo profissional, tomando o cuidado para não encostar o aplicador no conduto auditivo, pois ele seria facilmente contaminado;
10. Permanecer segurando o lóbulo da orelha, na posição acima, durante alguns segundos;
11. Fazer uma bolinha de algodão e colocá-la no ouvido, para evitar que o medicamento escorra para fora do mesmo.
12. Fechar bem a embalagem do produto e guardar o material;
13. Lavar as mãos.

G) Fluxo:



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



VIA OFTÁLMICA

A) Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de aplicação de medicação via oftálmica.

B) Alcance:

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiro.

C) Responsabilidades:

É responsabilidade dos auxiliares de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D) Definições:

Via oftálmica: administração de medicamentos na conjuntiva ocular;

Material utilizado: medicamento (pomada ou colírio), gaze, conta-gotas se necessário, recipiente de lixo.

E) Precauções:

1. Entre o manuseio de cada paciente as mãos devem ser lavadas;
2. Antes de aplicar os produtos, checar os prazos de validade dos mesmos. Nunca utilizar medicamentos com prazos de validade vencidos; verificar se o colírio não apresenta partículas em suspensão e se a cor da mesma não está alterada.
3. Quando dois ou mais produtos são receitados para os olhos, fazer um intervalo de pelo menos 5 minutos entre a aplicação de cada um deles. Não aplicar simultaneamente os diferentes produtos.
4. Se a aplicação do colírio com os olhos abertos for difícil, principalmente em crianças ou pacientes que tenham fortes reflexos de piscar os olhos, o produto pode ser aplicado com os olhos fechados. Nesse caso o paciente pode deitar-se, fechar os olhos e pingar o colírio no canto interno do olho, abrindo-o em seguida, para que o produto penetre no saco conjuntival por ação da gravidade. Utilizar o mesmo procedimento para o outro olho.
5. No caso do paciente ter que utilizar colírio e pomada oftálmica num mesmo tratamento, pingar primeiro o colírio e, após 5 minutos, fazer uso da pomada. Nunca inverter a ordem, uma vez que a pomada adere a superfície ocular, promovendo uma barreira que impedira o contato do colírio com a área a ser tratada.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



6. Manter os frascos do colírio e as bisnagas de pomada sempre bem fechadas e identificadas com data e hora da abertura e assinatura de quem a abriu.

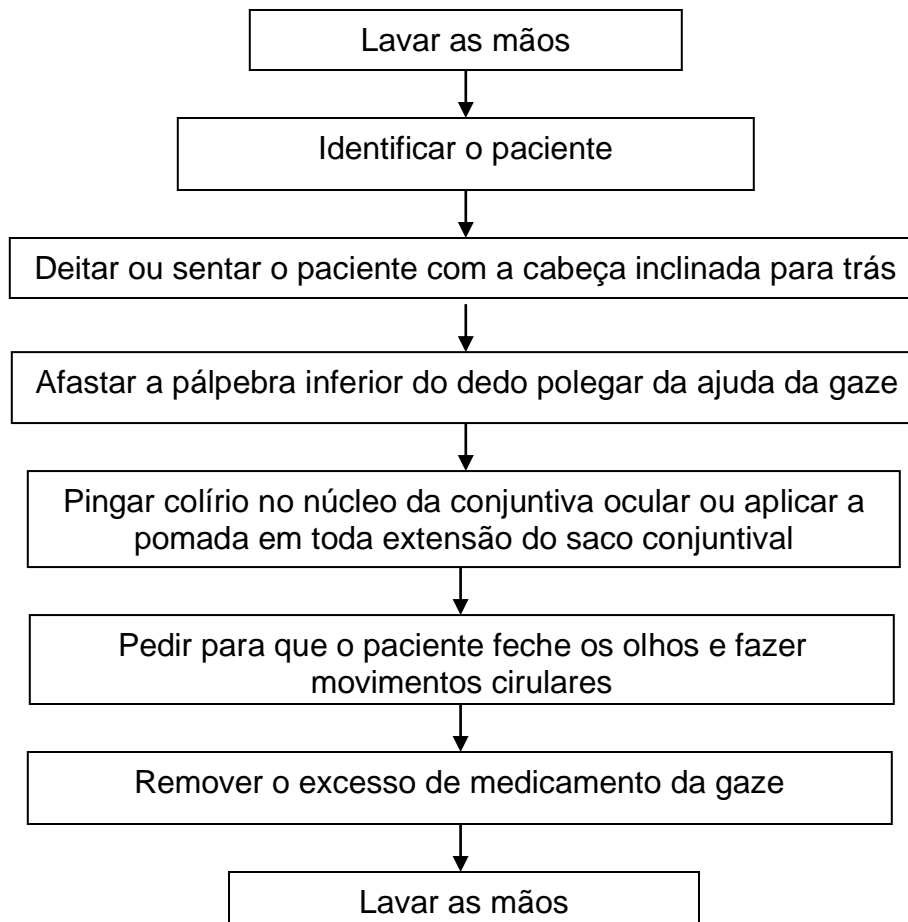
F) Procedimentos:

1. Lavar as mãos conforme técnica;
2. Preparar o material mantendo o cartão de medicação, ou a prescrição, próximo a bandeja;
3. Identificar o paciente perguntado seu nome completo;
4. Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado;
5. Deitar o paciente (ou se sentar, colocando a cabeça bem inclinada para traz);
6. Antes da aplicação da medicação, remover secreções e crostas;
7. Puxar a pálpebra inferior para baixo, usando o dedo indicador com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente;
8. Desprezar a primeira porção da pomada ou uma gota de colírio;
9. Pingar o colírio ou colocar a pomada oftálmica sem encostar o aplicador nos olhos, usando as quantidades recomendadas pelos profissionais;
10. Fechar os olhos devagar. Pedir para que o paciente não fique piscando;
11. Após pingar o colírio e o paciente fechar os olhos, colocar o indicador de cada mão no canto dos olhos que fica próximo ao nariz, fazendo uma ligeira pressão, durante 1 a 2 minutos. Esse procedimento evita que o medicamento escorra para os canais que comunicam os olhos com o nariz e a garganta, tornando a medicação mais efetiva e impedindo que ela seja absorvida pelo organismo, o que poderia aumentar o risco de efeitos adversos;
12. Ao aplicar a pomada, depositá-la ao longo de toda extensão do saco conjuntival inferior;
13. Solicitar ao paciente que feche as pálpebras e faça movimentos giratórios, ou de um lado para outro do globo ocular, a fim de dispersar o medicamento;
14. Limpar a área externa dos olhos com a gaze caso o produto tenha extravasado;
15. Fechar bem a embalagem do produto e guardar o material;
16. Lavar as mãos para remover possíveis resíduos do produto.

48

G) Fluxo:

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



VIA INTRADÉRMICA

A - Objetivo

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de aplicação de injeção intradérmica.

B - Alcance

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiro.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



C - Responsabilidades

É responsabilidade dos auxiliares técnicos de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D – Definições

Via Intradérmica – introdução de pequena quantidade de medicamento entre a pele e o tecido subcutâneo (derme). Em Saúde Pública técnica usada para administração da vacina BCG e teste de PPD.

E - Precauções

- Entre o manuseio de cada paciente as mãos devem ser lavadas;
- Em casos de vacinas BCG e PPD não fazer anti-sepsia local;
- Nos testes alérgicos, rodelar com caneta o ponto onde foi injetada a solução.
- Materiais utilizados:
 - ✓ 01 Seringa de 1 ml, graduada;
 - ✓ 01 Agulha 10 x 5;
 - ✓ Medicação prescrita;
 - ✓ Recipiente com bolas de algodão;
 - ✓ 01 Almotolia de Álcool 70;
 - ✓ Luva de procedimento.

F - Procedimento:

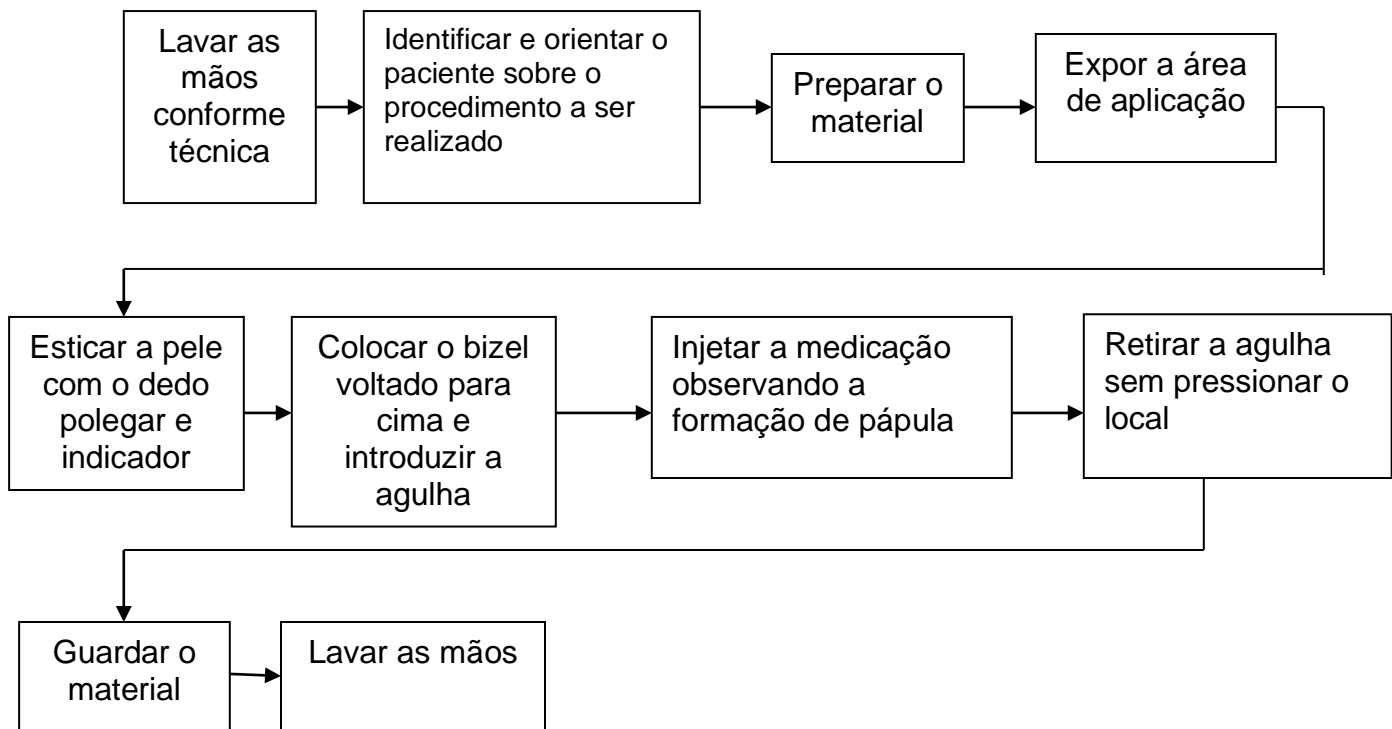
1. Conferir a medicação prescrita – a data, o horário, nome completo, dosagem e via de administração;
2. Providenciar os materiais descritos anteriormente;
3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente: o que vai ser feito;
4. Lavar as mãos;
5. Calçar as luvas;
6. Umedecer as bolas de algodão com álcool 70%;
7. Preparar a medicação conforme técnica;
8. Escolher a região adequada para aplicação (*face externa superior do braço - região do deltoide, face externa da coxa, face anterior da coxa, região abdominal e glútea*);
9. Colocar o paciente em posição confortável, conforme região escolhida, não o expondo desnecessariamente;
10. Fazer antisepsia do local, com movimentos firmes em um só sentido, com algodão embebido em álcool a 70° ;
11. Desprezar o algodão, colocando outro algodão limpo em uma das mãos;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



12. Segurar a seringa horizontalmente com uma das mãos;
13. Fazer uma prega na pele com a mão esquerda, na região onde foi feita a antissepsia;
14. Introduzir a agulha perpendicularmente à pele com bisel para cima, atingindo o tecido subcutâneo com um movimento rápido e único;
15. Fixar a seringa com uma das mãos e aspirar, tracionando o êmbolo com a outra mão para verificar se não atingiu vaso sanguíneo, caso isso ocorra mudar o local de aplicação;
16. Injetar o líquido vagarosamente e observar as condições do paciente;
17. Retirar a agulha com movimento rápido e único depois de apoiar um dedo no canhão da agulha;
18. Fazer ligeira compressão no local com algodão;
19. Colocar a seringa na bandeja;
20. Colocar o paciente em posição confortável;
21. Reconstituir a unidade;
22. Desprezar seringa com agulha na caixa de perfurocortante.
23. Proceder às anotações na folha de anotação de enfermagem;
24. Lavar as mãos

G - Fluxo



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



H- Anexos

Tempo necessário para proceder a leitura:

- Teste alérgico: 15 minutos após a aplicação.
- PPD: 72 horas após a aplicação.

Tabela da via parenteral no adulto:

- Calibre das agulhas – 07x05 e 10x05
- Volume máximo introduzido – 0,5 ml
- Posição da agulha – 15°

52

VIA SUBCUTÂNEA

A- Objetivo

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de injeção subcutânea.

B- Alcance

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiro.

C- Responsabilidades

É responsabilidade dos auxiliares de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D- Definições

Via Subcutânea – Introdução de uma droga no tecido subcutâneo ou hipoderme.

E- Precauções

- Entre o manuseio de cada paciente as mãos devem ser lavadas;
- Indicadas principalmente para drogas que não necessitam ser rapidamente absorvida, quando se deseja eficiência da dosagem e também uma absorção contínua e segura do medicamento e na aplicação de alguns medicamentos (Insulina, Adrenalina, Vacina Anti-Rábica);
- Utilizar apenas na aplicação de pequena quantidade de soluções medicamentosas (no máximo 2ml; em geral não se ultrapassa 1ml);
- Usar sempre seringas e agulhas próprias para injeções subcutâneas;
- *Para as vacinas de aplicação SC usar algodão seco.*

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



Materiais utilizados:

- ✓ 01 Seringa de 1 ml, graduada;
- ✓ 01 Agulha 13 x 4,5;
- ✓ Medicação prescrita;
- ✓ Recipiente com bolas de algodão;
- ✓ 01 Almotolia de Álcool 70°;
- ✓ Luvas de procedimento.

53

F- Procedimento:

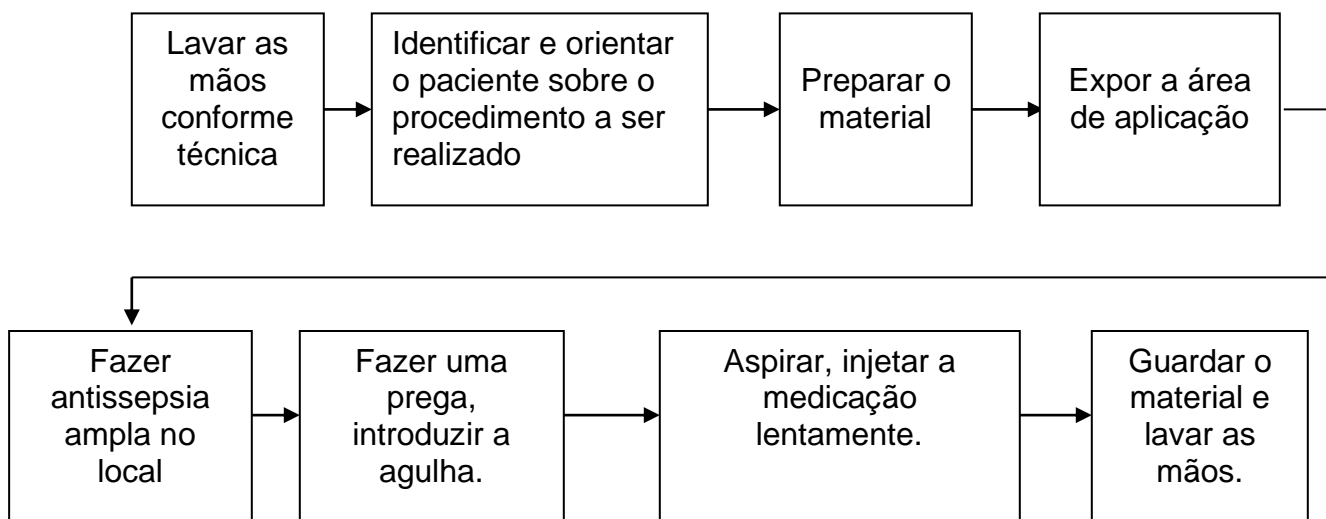
1. Conferir a medicação prescrita - a data, o horário, nome completo, dosagem e via de administração;
2. Providenciar os materiais descritos anteriormente;
3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente: o que vai ser feito;
4. Lavar as mãos;
5. Calçar luvas;
6. Umedecer as bolas de algodão com álcool 70%;
7. Preparar a medicação conforme técnica;
8. Escolher a região adequada para aplicação (toda tela subcutânea, preferencialmente parede abdominal, face anterior da coxa e do braço, dorso superior, menos indicado é o anterior do antebraço porque tem grande chance de pegar um vaso);
9. Colocar o paciente em posição confortável, conforme região escolhida, não o expondo desnecessariamente;
10. Fazer antisepsia do local, com movimentos firmes em um só sentido, com algodão embebido em álcool a 70°;
11. Desprezar o algodão, colocando outro algodão limpo em uma das mãos;
12. Segurar a seringa horizontalmente com uma das mãos;
13. Fazer uma prega na pele com a mão esquerda, na região escolhida;
14. Introduzir a agulha perpendicularmente à pele com bisel para cima, atingindo o tecido subcutâneo com um movimento rápido e único;
15. Fixar a seringa com uma das mãos e aspirar, tracionando o êmbolo com a outra mão para verificar se não atingiu vaso sanguíneo, caso isso ocorra mudar o local de aplicação;
16. Injetar o líquido vagorosamente e observar as condições do paciente;
17. Retirar a agulha com movimento rápido e único depois de apoiar um dedo no canhão da agulha;
18. Fazer ligeira compressão no local com algodão;
19. Colocar a seringa na bandeja;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



20. Colocar o paciente em posição confortável;
21. Reconstituir a unidade;
22. Descartar agulha em caixa de perfurocortante;
23. Lavar as mãos;
24. Proceder às anotações na folha de anotação de enfermagem

G - Fluxo:



H - Anexos

Locais de aplicação:

- Parede abdominal;
- Face anterior da coxa e braço;
- Dorso superior;
- Abdômen, ao redor da cicatriz umbilical;
- Qualquer área pouco sensível, evitando-se, porém, as zonas de proeminências ósseas, inflamadas, muito vascularizadas ou inervadas;

Tabela da via parenteral no adulto:

- Calibre das agulhas – 13 x 4,5
- Volume máximo introduzido – 1,5 ml.
- Posição da agulha – 90°

Emitido: Francieli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	---	---	--	---------------------------------------



VIA INTRAMUSCULAR

A- Objetivo

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de aplicação de injeção intramuscular.

B- Alcance

O procedimento descrito envolve aos auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiro.

C- Responsabilidades

É responsabilidade dos auxiliares e técnicos de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D- Definições

Via Intramuscular – Introdução de medicamentos nas camadas musculares.

E- Precauções

- Entre o manuseio de cada paciente as mãos devem ser lavadas;
- Pode-se aquecer um pouco a ampola/frasco com soluções oleosas, antes de aspirá-la na seringa;
- Administrar, no máximo 5ml em glúteo, no deltoide 3ml;
- Na escolha do local de aplicação, fazer o rodízio dos músculos;
- Durante todo o procedimento, desde a introdução da agulha até a sua retirada, a mão direita permanece segurando a seringa (se destro);
- Pode-se utilizar a mão esquerda para segurar a seringa e a direita para segurar o músculo. Isso irá depender da firmeza e habilidade de cada pessoa.
- Aos pacientes com complicações vasculares e/ou neurológicas nos membros inferiores ou superiores, contraindica-se aplicar injeções no membro comprometido;
- As pacientes mastectomizadas não devem receber injeções no deltoide do lado correspondente à mama operada.

Materiais utilizados:

- ✓ 01 Seringa compatível com a medicação a ser administrada;
- ✓ 01 Agulha 25 x 7;
- ✓ Medicação prescrita;
- ✓ Recipiente com bolas de algodão;
- ✓ 01 Almotolia de Álcool 70 °;
- ✓ Luvas de procedimento.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



F) Procedimento:

1. Conferir a medicação prescrita;
2. Providenciar os materiais descritos anteriormente;
3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente: o que vai ser feito;
4. Lavar as mãos;
5. Calçar luvas;
6. Abrir o invólucro sobre local onde vai ser preparada a medicação;
7. Colocar antisséptico no recipiente que contém as bolas de algodão;
8. Preparar a medicação

USO DE FRASCO-AMPOLA

- 8.1 Abrir o invólucro da seringa, pelo lacre disponível pelo fabricante;
- 8.2 Manter a seringa no interior do invólucro;
- 8.3 Abrir o invólucro das agulhas, descartando-o em seguida;
- 8.4 Acoplar a agulha à seringa;
- 8.5 Fazer assepsia no “gargalo da ampola” de diluente, deixando-a próxima à medicação;
- 8.6 Quebrar a ampola protegendo-se com algodão seco;
- 8.7 Desprezar o algodão utilizado e o gargalo da ampola em recipiente próprio;
- 8.8 Retirar o protetor de esterilização da agulha com auxílio da mão esquerda;
- 8.9 Colocar a ampola entre os dedos indicador e médio de uma das mãos e pegar a seringa montada com a outra;
- 8.10 Introduzir toda agulha na ampola, tomando-se o cuidado de não tocar na borda externa da mesma;
- 8.11 Aspirar a quantidade de medicamento necessário, tracionando o êmbolo da seringa;
- 8.12 Desprezar a ampola usada;
- 8.13 Retirar ar da seringa;
- 8.14 Colocar o protetor de esterilização na agulha;
- 8.15 Acomodá-la dentro da bandeja;
- 8.16 Remover o lacre de proteção do frasco de medicação;
- 8.17 Fazer a assepsia do local em que vai ser inserida a agulha;
- 8.18 Introduzir o diluente, contido na seringa, dentro do frasco de medicação;
- 8.19 Desconectar a seringa da agulha, mantendo-a no frasco de medicação;
- 8.20 Agitar a medicação até a completa homogeneização da solução;
- 8.21 Aspirar o volume de ar, igual ao volume total de solução contido no frasco, para dentro da seringa;

9. Preparar a medicação:

USO DE AMPOLA

- 9.1 Abrir o invólucro da seringa, pelo lacre disponível pelo fabricante;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



- 9.2 Manter a seringa no interior do invólucro;
- 9.3 Abrir o invólucro das agulhas, descartando-o em seguida;
- 9.4 Acoplar a agulha à seringa;
- 9.5 Fazer assepsia no “gargalo da ampola” de diluente, deixando-a próxima à medicação;
- 9.6 Quebrar a ampola protegendo-se com algodão seco;
- 9.7 Desprezar o algodão utilizado e o gargalo da ampola em recipiente próprio;
- 9.8 Retirar o protetor de esterilização da agulha com auxílio da mão esquerda;
- 9.9 Colocar a ampola entre os dedos indicador e médio de uma das mãos e pegar a seringa montada com a outra;
- 9.10 Introduzir toda agulha na ampola, tomando-se o cuidado de não tocar na borda externa da mesma;
- 9.11 Aspirar a quantidade de medicamento necessário, tracionando o êmbolo da seringa;
- 9.12 Desprezar a ampola usada em caixa de perfurocortante;
- 9.13 Colocar o material com medicação na cabeceira do paciente ou mesa de apoio;
- 9.14 Checar o nome do paciente que vai receber a medicação;
- 9.15 Explicar o procedimento e a finalidade;
- 9.16 Escolher a região adequada (deltóide, dorso-glúteo, ventro-glúteo ou terço médio da coxa) questionando o paciente sobre o local que deseja receber a medicação.
- 9.17 Colocar o paciente em posição confortável, conforme região escolhida, não o expondo desnecessariamente;

LOCAL ESCOLHIDO: MÚSCULO DELTÓIDE

1. Fazer antisepsia do local, com movimentos firmes em um só sentido, com algodão embebido em álcool a 70°, esperar secar;
2. Desprezar o algodão e manter outro algodão limpo em uma das mãos;
3. Segurar a seringa horizontalmente com firmeza, com uma das mãos;
4. Fixar o músculo com o polegar e o indicador da outra mão;
5. Introduzir a agulha no músculo, com movimento único e rápido, perpendicular à pele, formando um ângulo de 90°, mantendo esta mão na seringa;
6. Retirar a mão do músculo;
7. Aspirar tracionando o êmbolo com a mão que fixava o músculo, observando a possível entrada de sangue na seringa (em caso de presença de sangue, retirar a agulha e aplicar em outro local);
8. Introduzir lentamente o medicamento pressionando o êmbolo com polegar, observando possíveis reações locais e gerais do paciente;
9. Pegar algodão, colocando-o sobre a agulha;
10. Retirar a agulha com movimento rápido e único;
11. Fazer ligeira pressão no local com algodão;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



12. Colocar a seringa na bandeja;
13. Colocar o paciente em posição confortável;
14. Reconstituir a unidade;
15. Desprezar agulha em lixo perfurocortante;
16. NUNCA REENCAPAR AGULHA!!!
17. Lavar as mãos;
18. Proceder às anotações na folha de anotação de enfermagem.

58

LOCAL ESCOLHIDO: REGIÃO VENTRO-GLÚTEA

1. Colocar o paciente em decúbito lateral ou dorsal;
2. Fazer antisepsia do local, com movimentos firmes em um só sentido, com algodão embebido em álcool a 70°, esperar secar;
3. Localizar a espinha ilíaca anterossuperior direita, com a falange distal do dedo indicador da mão esquerda;
4. Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca, espalmando a mão sobre a base do grande trocanter do fêmur, de modo a formar com o indicador, um triângulo;
5. Colocar o dedo médio na crista ilíaca anterossuperior e depois afastar o dedo indicador para formar o triângulo, se a injeção for do lado esquerdo;
6. Aplicar a injeção no centro desse triângulo, com a agulha dirigida ligeiramente para a crista ilíaca.
7. Desprezar o algodão e manter outro algodão limpo em uma das mãos;
8. Segurar a seringa horizontalmente com firmeza, com uma das mãos;
9. Fixar o músculo com o polegar e o indicador da outra mão;
10. Introduzir a agulha no músculo, com movimento único e rápido, perpendicular à pele, formando um ângulo de 90°, mantendo esta mão na seringa;
11. Retirar a mão do músculo;
12. Aspirar tracionando o êmbolo com a mão que fixava o músculo, observando a possível entrada de sangue na seringa (em caso de presença de sangue, retirar a agulha e aplicar em outro local);
13. Introduzir lentamente o medicamento pressionando e o êmbolo com polegar, observando possíveis reações locais e gerais do paciente;
14. Pegar algodão, colocando-o sobre a agulha;
15. Retirar a agulha com movimento rápido e único;
16. Fazer ligeira pressão no local com algodão;
17. Colocar a seringa na bandeja;
18. Colocar o paciente em posição confortável;
19. Reconstituir a unidade;
20. Lavar as mãos;

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	--	---	--	---------------------------------------



21. Proceder às anotações na folha de anotação de enfermagem.

LOCAL ESCOLHIDO: MÚSCULO GLÚTEO

1. Colocar o paciente em decúbito lateral ou ventral, com uma das pernas dobradas, semelhante ao número quatro
2. Fazer antisepsia do local, com movimentos firmes em um só sentido, com algodão embebido em álcool a 70°, esperar secar;
3. Traçar uma linha imaginária da região coccígea até trocânter de fêmur e outra linha verticalmente dividindo o glúteo em quatro partes;
4. Selecione o quadrante superior externo para a aplicação da injeção;
5. Desprezar o algodão e manter outro algodão limpo em uma das mãos;
6. Segurar a seringa horizontalmente com firmeza, com uma das mãos;
7. Fixar o músculo NA LATERAL DA COXA, com o polegar e o indicador da outra mão;
8. Introduzir a agulha no músculo, com movimento único e rápido, perpendicular à pele, formando um ângulo de 90°, mantendo esta mão na seringa;
9. Retirar a mão do músculo;
10. Aspirar tracionando o êmbolo com a mão que fixava o músculo, observando a possível entrada de sangue na seringa (em caso de presença de sangue, retirar a agulha e aplicar em outro local);
11. Introduzir lentamente o medicamento pressionando e êmbolo com polegar, observando possíveis reações locais e gerais do paciente;
12. Pegar algodão, colocando-o sobre a agulha;
13. Retirar a agulha com movimento rápido e único;
14. Fazer ligeira pressão no local com algodão;
15. Colocar a seringa na bandeja;
16. Colocar o paciente em posição confortável;
17. Recompor a unidade;
18. Lavar as mãos;
19. Desprezar agulha em lixo perfurocortante;
20. Proceder às anotações na folha de anotação de enfermagem.

LOCAL DE APLICAÇÃO: TERÇO MÉDIO DA COXA (MUSCULO VASTO LATERAL)

1. Colocar o paciente em decúbito dorsal, com os MMII esticados;
2. Fazer antisepsia do local, com movimentos firmes em um só sentido, com algodão embebido em álcool a 70°, esperar secar;
3. Fazer uma divisão imaginária da coxa, em três partes iguais;
4. Selecionar o quadrante do meio para a aplicação da injeção;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



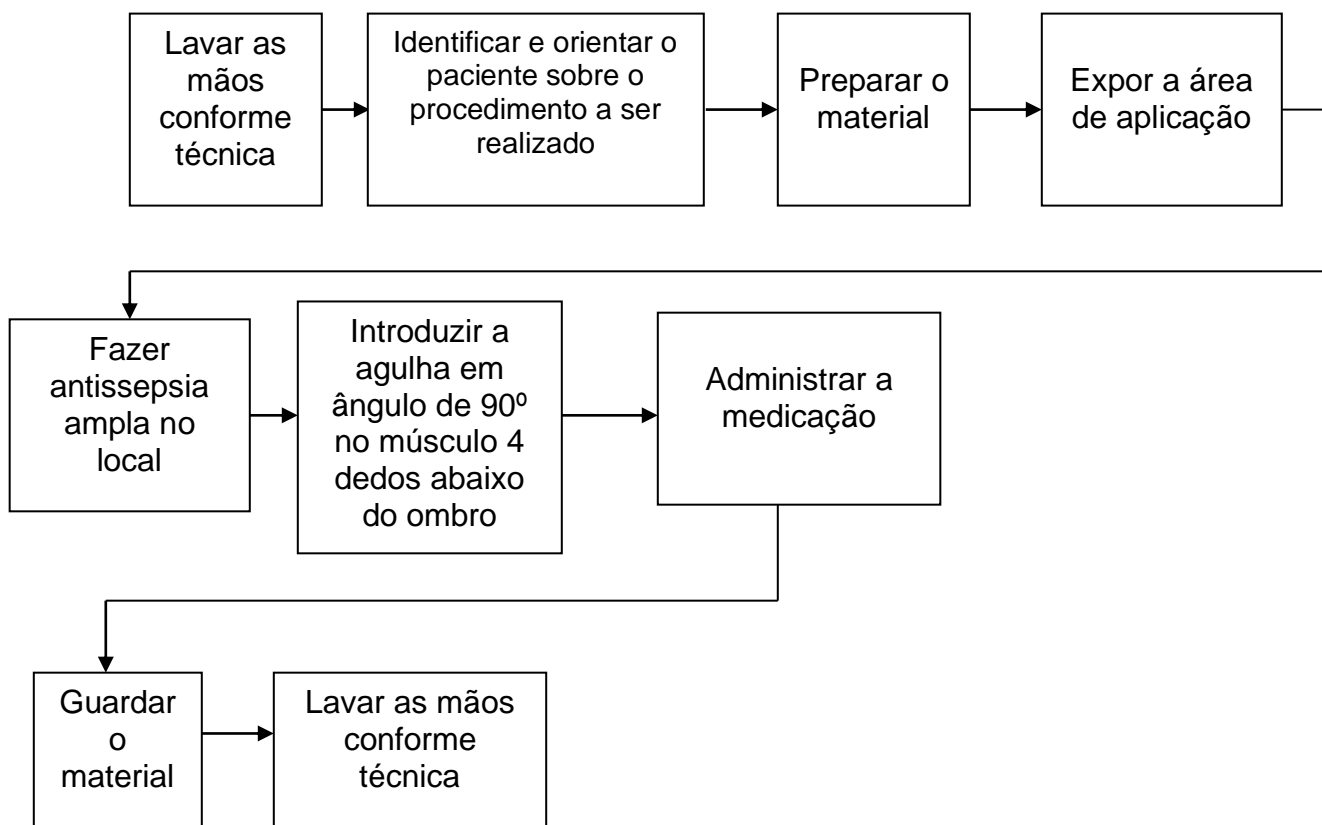
5. Desprezar o algodão e manter outro algodão limpo em uma das mãos;
6. Segurar a seringa horizontalmente com firmeza, com uma das mãos;
7. Fixar o músculo com o polegar e o indicador da outra mão;
8. Introduzir a agulha no músculo, com movimento único e rápido, perpendicular à pele, formando um ângulo de 90°, mantendo esta mão na seringa;
9. Retirar a mão do músculo;
10. Aspirar tracionando o êmbolo com a mão que fixava o músculo, observando a possível entrada de sangue na seringa (em caso de presença de sangue, retirar a agulha e aplicar em outro local);
11. Introduzir lentamente o medicamento pressionando e êmbolo com polegar, observando possíveis reações locais e gerais do paciente;
12. Pegar algodão, colocando-o sobre a agulha;
13. Retirar a agulha com movimento rápido e único;
14. Fazer ligeira pressão no local com algodão;
15. Colocar a seringa na bandeja;
16. Colocar o paciente em posição confortável;
17. Reconstituir a unidade;
18. Lavar as mãos;
19. Proceder às anotações na folha de anotação de enfermagem.

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	--	---	--	---------------------------------------



G -Fluxo:

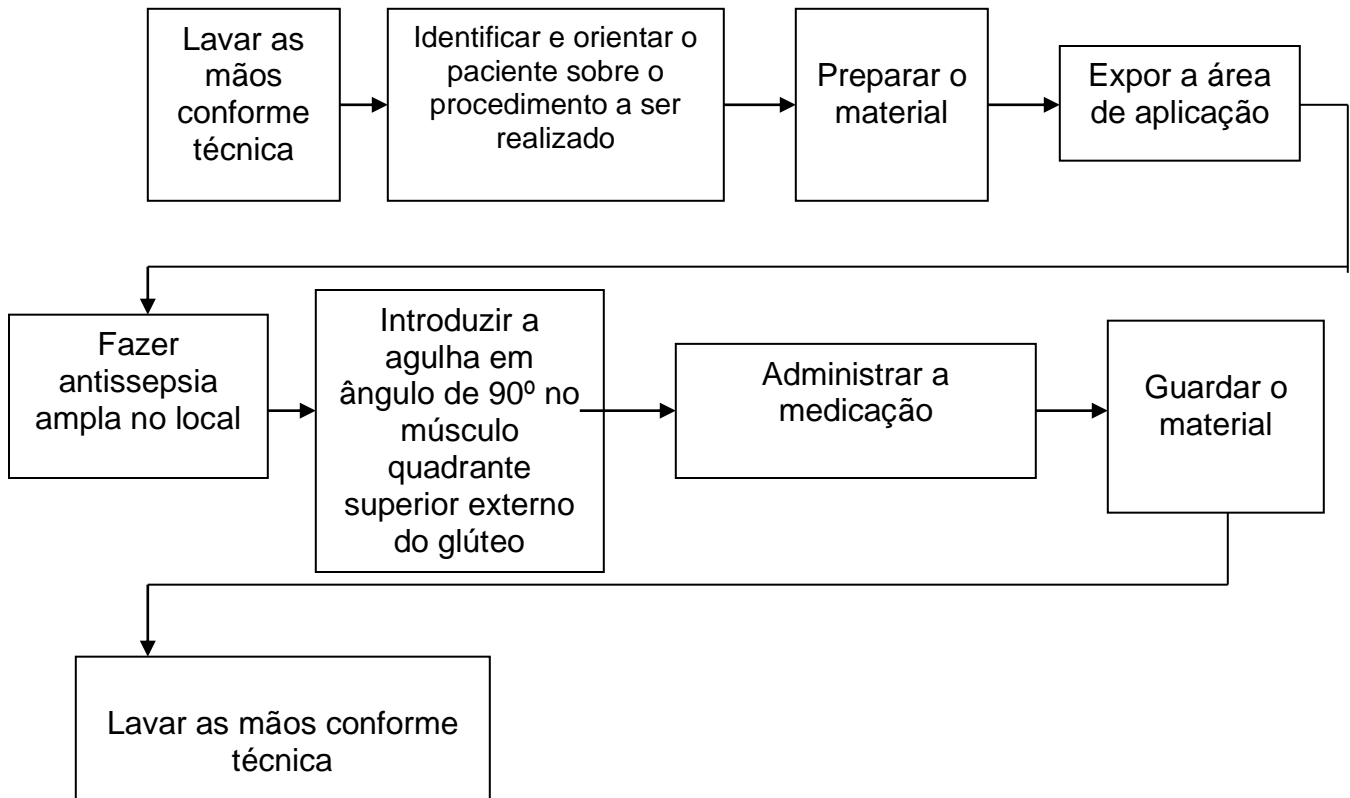
Músculo deltoide



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



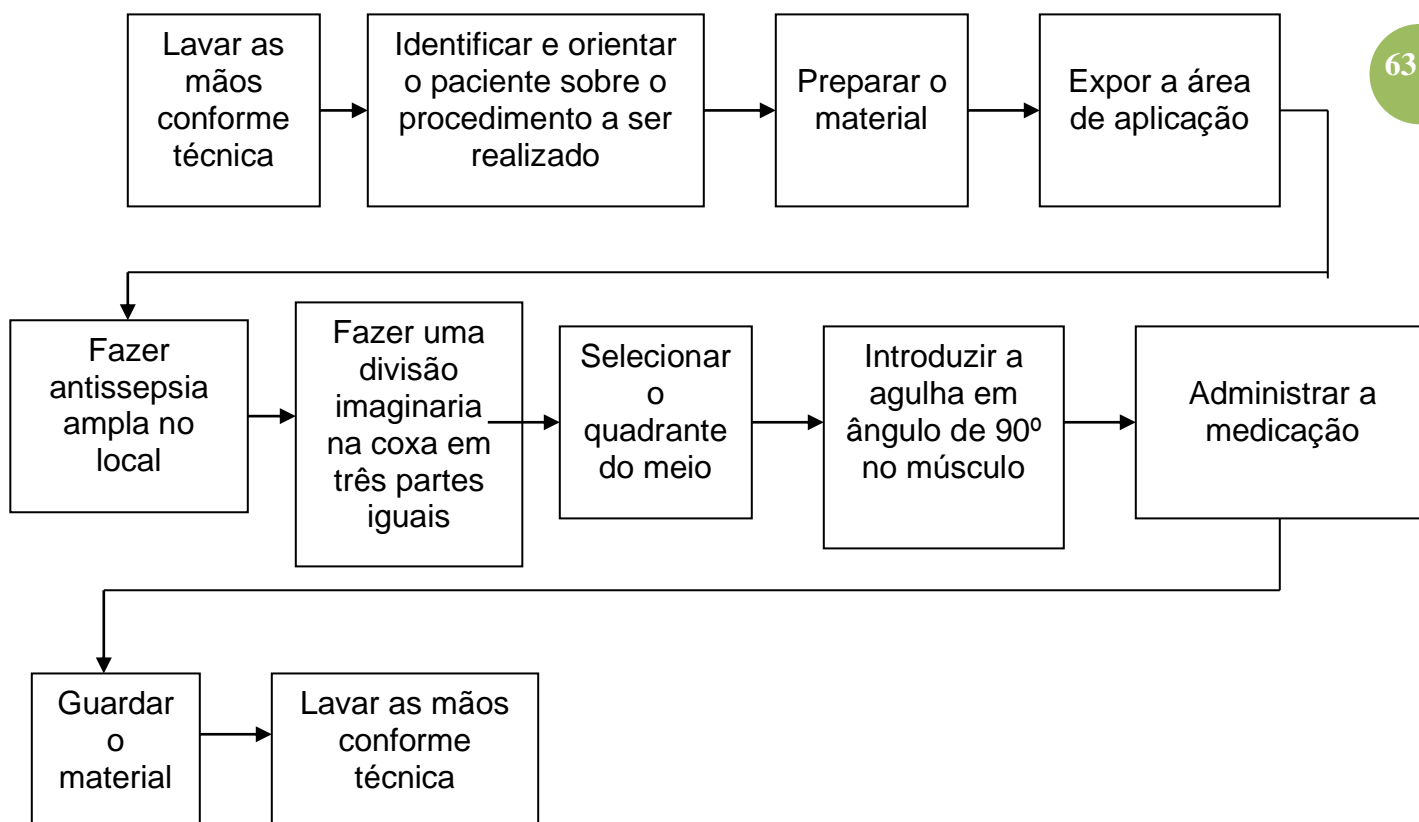
Região glútea:



Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	--	---	--	---------------------------------------



Terço médio da coxa (músculo vasto lateral)



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



VIA ENDOVENOSA

A- Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de aplicação de injeção endovenosa.

B- Alcance:

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

C- Responsabilidades:

É responsabilidade dos auxiliares e técnicos de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D- Definições:

Via endovenosa – é a administração de uma droga diretamente na veia a fim de obter uma ação imediata do medicamento.

E - Precauções:

- Entre o manuseio de cada paciente as mãos devem ser lavadas;
- No manuseio de pacientes deve ser usadas luvas;
- A solução deve ser cristalina, não oleosa e não conta flocos em suspensão;
- Retirar todo o ar da seringa para não deixar entrar ar na circulação;
- Aplicar lentamente, observando as reações do paciente;
- Verificar se a agulha ou cateter ainda permanece na veia, durante a aplicação;
- Retirar a agulha na presença de hematoma, infiltração ou dor.
- A nova picada deverá ser em outro local, de preferência em outro membro;
- Usar de artifícios para melhorar a visualização das veias: aquecer ou massagear o local, pedir para o paciente abrir e fechar a mão com o braço voltado para baixo;

Materiais utilizados:

- ✓ 01 Escalpe ou abocath com calibre compatível com a faixa etária e permeabilidade venosa;
- ✓ Medicação prescrita preparada;
- ✓ Recipiente com bolas de algodão;
- ✓ 01 Almotolia de Álcool 70;
- ✓ Garrote;
- ✓ Esparadrapo ou micropore;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Todo material deve estar em bandeja.

1. Técnica:

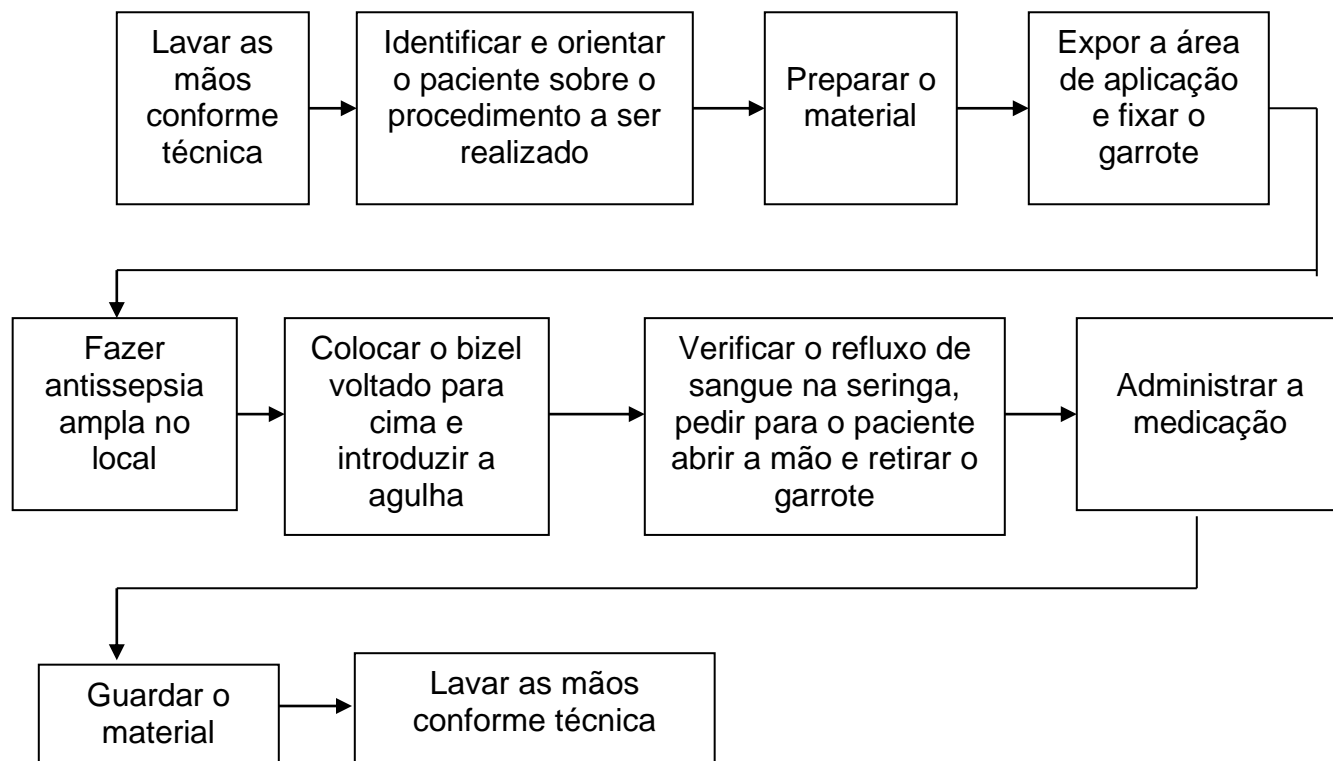
1. Lavar as mãos;
2. Conferir a medicação prescrita;
3. Preparar medicação prescrita;
4. Providenciar materiais descritos anteriormente;
5. Lavar as mãos;
6. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente: a medicação que vai ser feita;
7. Calçar luvas;
8. Umedecer as bolas de algodão com álcool 70%.
9. Abrir o invólucro do escalpe ou abocath;
10. Fazer assepsia com álcool 70% do local a ser puncionado e esperar secar;
11. Remover a tampa de proteção do escalpe;
12. Informar o paciente sobre a medicação que vai ser administrada;
13. Colocar a embalagem do Kit preparado sobre a mesa de cabeceira;
14. Posicionar o paciente deitado em decúbito dorsal ou sentado, apoiando o local a ser puncionado;
15. Avaliar o local a ser puncionado;
16. Palpar e selecionar a veia a ser puncionada;
17. Garrotear cerca de 4 cm acima do local pretendido para a punção da agulha, mantendo à distância, as extremidades do garrote;
18. Solicitar ao paciente para abrir e fechar a mão, conservando-a fechada posteriormente, pedindo que não mova o braço;
19. Fazer antisepsia da área usando algodão embebido em álcool a 70° com movimentos firmes, únicos e no sentido do retorno venoso;
20. Desprezar o algodão;
21. Puncionar a veia do paciente com abocath ou scalp com bisel para cima inserindo a agulha na pele introduzindo a agulha na luz do vaso, cerca de 1 cm abaixo do local pretendido para a punção da veia;
22. Quando refluir sangue no cateter, conectar o mesmo à seringa ou ao equipo de sorte se for o caso e infundir o soro ou a medicação e observar se ocorrerá infiltração da medicação ou soro ou se o paciente referirá dor.
23. Observar o refluxo do sangue através do escalpe ou abocath;
24. Soltar o garrote;
25. Solicitar ao paciente para abrir a mão;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



26. Introduzir lentamente a medicação, mantendo a agulha na posição adequada, até terminar a administração de todo o medicamento;
27. Observar com frequência o refluxo sanguíneo e reações do paciente, durante a aplicação;
28. Pegar outro algodão embebido em álcool, colocando-o sobre a agulha;
29. Retirar a agulha aplicando ligeira pressão com o algodão;
30. Solicitar ao paciente para elevar o braço, sem flexioná-lo, pressionando o local punccionado;
31. Observar se houve hemostasia no local punccionado;
32. Se abocath fazer a imobilização com esparadrapo conforme técnica, e identificar com número do abocath, data, hora e assinatura de quem fez o procedimento.
33. Desprezar o algodão;
34. Desprezar o material descartável;
35. Retirar as luvas;
36. Lavar as mãos;

A- Fluxo:



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



H) Anexos:

Locais de aplicação:

- em qualquer veia periférica acessível;
- dobra do cotovelo: basílica, mediana e cefálica;
- antebraço;
- dorso das mãos.
- em veias profundas, por meio de cateteres endovenosos introduzidos por punção ou flebotomia (dissecção de veia).

Tabela da veia parenteral no adulto:

- Calibre dos abocath: 24, 22, 20, 18, 16 e 14.
- Calibre de scalp: 27, 25, 23, 21 e 19
- Volume máximo introduzido: não tem.
- Posição da agulha: 15°
- Obs: o número maior significa o menor calibre/lúmen, e o menor significa calibre/lúmen maior

VENÓCLISE

A- Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de aplicação de medicamentos por venóclise.

B- Alcance:

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiro.

C- Responsabilidades:

É responsabilidade dos auxiliares e técnicos de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D - Definições:

Venóclise é a administração, através de uma veia, de regular quantidade de líquido no organismo;

Materiais utilizados:

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



- frasco de solução e medicação prescrita;
- esparadrapo;
- equipo;
- garrote;
- scalp;
- algodão;
- álcool 70%.

68

E - Procedimento:

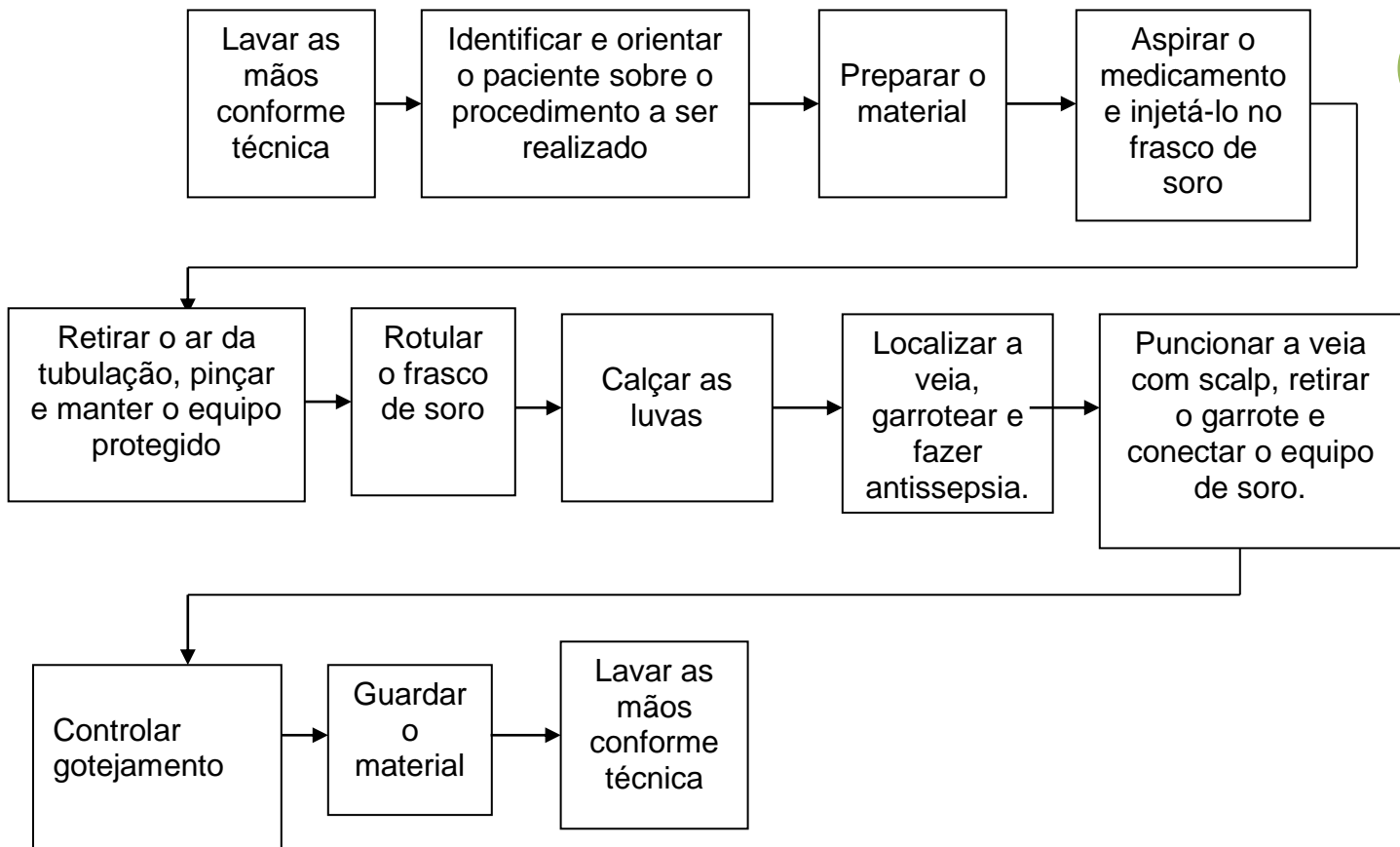
1. Lavar as mãos conforme técnica;
2. Preparar o material mantendo a prescrição médica ao lado da bandeja;
3. Identificar o paciente perguntando seu nome completo;
4. Explicar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado;
5. Aspirar o medicamento e injetá-lo no frasco de soro;
6. Em frascos de plástico, fazer a antissepsia no local a ser cortado com algodão embebido em álcool, injetar o medicamento sem introduzir o canhão da agulha na parte interna do frasco, conectar o equipo.
7. Retirar o ar da tubulação, pinçar e manter protegido a ponta do equipo com protetor próprio;
8. Fazer rótulo do soro, onde deve constar:
 - Nome do paciente;
 - Soro mais medicamentos (nome e quantidade);
 - Em quantas horas deverá correr;
 - Nº de gotas por minuto;
 - Horário em que foi ligado;
 - Horário do término do soro;
 - Data e assinatura.
9. Colocar o soro no suporte a uma altura de 1m acima do leito;
10. Cortar tiras de esparadrapo;
11. Calçar as luvas;
12. Localizar a veia, garrotear, fazer antissepsia e puncionar;
13. Ao ver refluir sangue pelo cateter ou pelo infusor, descagarrotear;
14. Retirar o garrote, conectar o equipo de soro e fixar o abocath ou scalp com esparadrapo (pode-se deixar o equipo conectado ao abocath ou ao scalp antes de puncionar a veia);
15. Controlar gotejamento;
16. Observar anormalidades;
17. Guardar o material utilizado;
18. Desprezar agulhas no lixo perfurocortante;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



19. Lavar as mãos conforme técnica;

F - Fluxo:



69

Locais de administração.

- Veia profunda: por meio de cateter de curta permanência (intracath), de longa permanência, totalmente implantado (por-a-cath) e os longa permanência, parcialmente implantados (broviac e hickman), implantação realizada por médicos;
- Quaisquer veias periféricas dos MMSS, em crianças indicam-se também as veias situadas na cabeça.

Soluções mais utilizadas:

- **SG 5% (soro glicosado a 5%): solução isotônica de glicose;**
- SG 10%, 25%, 50%, 70%: soluções de glicose hipertônicas;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



- **SF (soro fisiológico): solução isotônica de cloreto de sódio a 0,9%;**
- **SGF (soro glicofisiológico): compõe-se de meia porção de SG 5% e a outra metade de SF;**
- Solução de Manitol a 10% e 20%: indicada para promover diurese osmótica;
- Solução de bicarbonato de sódio a 3% e 10%: é uma solução alcalina, usada para corrigir acidose sanguínea;
- **Solução de Ringer simples: composta de NaCl (cloreto de sódio), potássio e cálcio;**
- **Solução de Ringer lactado: acrescenta-se lactado;**
- Dextran: é o substituto artificial do plasma;
- Solução de aminoácidos.

70

Cálculo do gotejamento do soro

Pode-se fazer o cálculo através de 2 formas:

$$\text{- N}^\circ \text{ de gotas} = \frac{\text{volume}}{\text{tempo}} \times 3$$

Sabe-se que 1 ml = 20gts
1 h = 60 min

Cálculo de gotejamento em microgotas:

$$\text{- N}^\circ \text{ de gotas} \times 3 = \text{mgt/min.}$$

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022



CURATIVO

A) Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo, evitar a infecção nas feridas assépticas; impedir ou reduzir a propagação de infecção em feridas sépticas; absorver secreções e facilitar a drenagem e ainda promover a cicatrização.

71

B) Alcance ou Escopo:

O procedimento descrito envolve auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

C) Responsabilidades:

É responsabilidade dos auxiliares de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário o processo desenvolvido.

D) Definições:

Terminologia: P.V.P.I. – Iodo Povidine

E.P.I.- Equipamento de proteção individual (Luvas, óculos, máscaras, etc.)

Materiais utilizados:

- Pacote de curativo (pinças Kelly, Kocher, anatômica, dente de rato e tesoura);
- Pacote com gases;
- Esparadrapo, micropore;
- Antisséptico;
- Soro fisiológico;
- Cuba rim ou similar;
- Saco de lixo;
- Campo para isolamento se necessário;
- Outros materiais se necessário.
-

Soluções Utilizadas:

- Soro fisiológico: limpeza da ferida e área adjacente. Após aberto o frasco, deverá permanecer com sua abertura protegida com tampa estéril e sua *validade será de 24 horas em geladeira ou 12 horas em temperatura ambiente*. Datar e assinar.

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	--	---	--	---------------------------------------



- PVPI: indicado para antissepsia de mucosas contaminadas, cirurgias, suturas. É passível de contaminação, sendo necessário haver rotina de troca de soluções: *trocar almotolias a cada 7 dias.*
- Água Oxigenada: é um antisséptico com ação oxidante fugaz na presença de matéria orgânica. Tem por finalidade a remoção de resíduos de sangue além de ser utilizado para debridamento químico, uma vez que destrói o tecido de granulação. *Sofre ação de luz e por isso, o frasco deve ser de cor escura e seu conteúdo deverá ser desprezado semanalmente.*

TIPOS DE CURATIVOS

Curativo Aberto: é aquele no qual se utiliza apenas o antisséptico, mantendo a ferida exposta;

Curativo Oclusivo e fechado: o curativo limpo e seco deve ser mantido oclusivo por 24 horas, após este período, a incisão pode ser exposta e lavada com água e sabão.

Curativo Oclusivo Úmido: é aquele no qual se fecha a ferida com gaze ou compressa umedecida (pomada ou solução prescrita).

Oclusivo Compressivo: é aquele no qual é mantida compressão sobre a ferida (hemorragias, eviscerações etc.)

Curativo com Dreno: deve ser realizado separadamente do da incisão e o primeiro a ser realizado será sempre do local menos contaminado, ou seja, a cicatriz cirúrgica.

Curativo Contaminado: feridas infectadas e feridas abertas (cicatrização por 3ª intenção) ou com perda de substância, com ou sem infecção.

FINALIDADES DOS CURATIVOS

- Remover corpos estranhos;
- Reaproximar bordas separadas;
- Proteger a ferida contra contaminação e infecções;
- Promover hemostasia;
- Preencher espaço morto e evitar a formação de sero-hematomas;
- Reduzir o edema;
- Diminuir a intensidade da dor.

CURATIVOS ESPECIAIS

Miase: larva de mosca. O tratamento é feito com aplicação de éter. As larvas não irão morrer, porém sairão para a cavidade onde devem ser retiradas com pinça.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



Pseudomonas: geralmente é proveniente de infecção hospitalar. A bactéria se instala em ferimentos. O tratamento é feito colocando-se duas colheres de chá de permanganato de potássio ou 1 comprimido de permanganato de potássio em 5 litros de água e lavando a lesão 2 a 3 vezes ao dia.

Queimaduras:

- 1º grau: hiperemia e ardor. Basta apenas lavar com água fria, passar hidratante que tenha como base uma mistura de difenidramina + calamina + cânfora.
- 2º grau: flictenas (bolha), dor. Administração via oral de líquidos. O curativo deve ser úmido (furacinado, vaselinado). Aplicação de pomadas ou cremes.
- 3º grau: indolor, comprometimento de vasos, nervos, músculos. Não retirar objetos que estiverem grudados. Lavar a queimadura com água corrente. Tratamento intra-hospitalar.

Mordedura de cães: faz-se antissepsia do ferimento, lavando com bastante água e sabão. Se houver suspeita de raiva, não fazer curativo e realizar a profilaxia antirrábica (soro e vacina) e antitetânica, conforme protocolo e prescrição médica.

Retirada de Berne:

- Fazer antissepsia (limpeza) da área;
- Fazer tricotomia se necessário;
- Ocluir com esparadrapo;
- Retirar após 15 a 30 minutos e espremer as laterais
- Fazer curativo no local.

PRECAUÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO CURATIVO

- Lavar as mãos;
- Utilizar luvas para a realização do procedimento.
- Cuidado com a contaminação do material.

PROCEDIMENTO

Tempos ou fases do curativo:

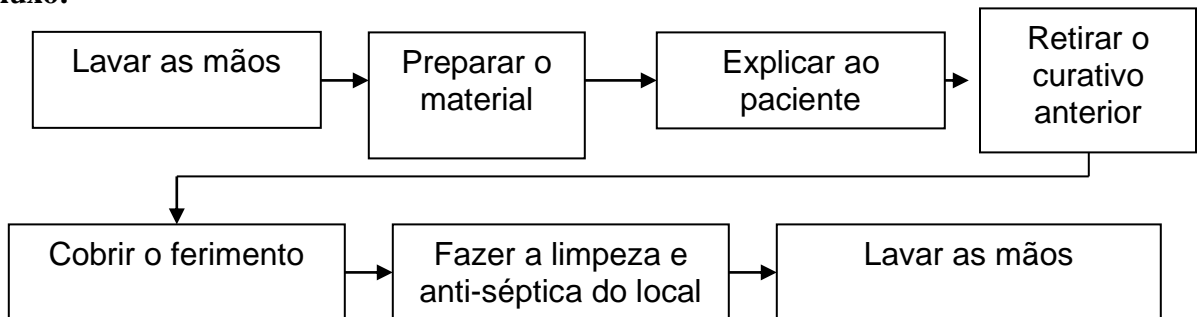
- 1º tempo: remoção do curativo anterior com as pinças Kocher e dente de rato;
- 2º tempo: limpeza da ferida com as pinças anatômicas e Kelly;
- 3º tempo: tratamento da lesão com as pinças anatômicas e Kelly;
- 4º tempo: proteção da ferida com as pinças anatômicas e Kelly.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



1. Lavar as mãos;
2. Preparar o material;
3. Explicar ao paciente o procedimento;
4. Solicitar ou auxiliar o paciente a posicionar-se adequadamente;
5. Expor a área a ser tratada;
6. Colocar a cuba-rim ou similar próximo ao local do curativo;
7. Abrir o pacote de curativo, de modo que o primeiro par fique próximo ao paciente;
8. Segurar o esparadrapo do curativo anterior com a pinça dente de rato;
9. Remover o curativo e desprezá-lo na cuba-rim ou similar, evitando que as pinças toquem o mesmo;
10. Iniciar a limpeza da área menos contaminada com o 2º par de pinças utilizando soro fisiológico. Trocar as gazes sempre que necessário;
11. Fazer aplicação do antisséptico com auxílio da pinça Kelly;
12. Proteger a ferida com gaze utilizando as pinças anatômicas e Kelly;
13. Fixar as gazes com esparadrapo;
14. Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
15. Imergir as pinças e a tesoura abertas em solução adequada;
16. Lavar as mãos;
17. Anotar em prontuário procedimento realizado, aspecto, quantidade e tipo de secreção encontrada, se o curativo é limpo ou contaminado. Tudo deve ser relatado.

G) Fluxo:



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



SUTURA

A) Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de sutura.

B) Alcance:

O procedimento descrito envolve aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

C) Responsabilidades:

É responsabilidade do médico a execução da sutura.

É responsabilidade dos auxiliares e técnicos de enfermagem auxiliar o médico no procedimento e a execução da parte final do procedimento (curativo) e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar quando necessário, o processo desenvolvido.

OBS: Cabe também ao Enfermeiro a auxiliar o médico e a execução final do procedimento quando necessário.

D) Soluções utilizadas:

- Soro fisiológico: limpeza da ferida e área adjacente. Após aberto o frasco, deverá permanecer com sua abertura protegida com tampa estéril e sua validade será de 24 horas em geladeira ou 12 horas em temperatura ambiente. Datar e assinar.
- PVPI: indicado para antisepsia de mucosas contaminadas, cirurgias, suturas. É passível de contaminação, sendo necessário haver rotina de troca de soluções: almotolias a cada 7 dias.
- Água Oxigenada: é um antisséptico com ação oxidante fugaz na presença de matéria orgânica. Tem por finalidade a remoção de resíduos de sangue além de ser utilizado para debridamento químico, uma vez que destrói o tecido de granulação. Sofre ação de luz e por isso, o frasco deve ser de cor escura e seu conteúdo deverá ser desprezado semanalmente.

Materiais utilizados:

- Seringa, agulha;
- Anestésico (xilocaína 2%);
- Algodão;
- Gazes;
- Pacote de sutura (porta-agulha Kelly, Anatômica e tesoura);
- Fio de Sutura;
- Cuba rim ou similar
- Luvas estéreis;

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	--	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



- Pacote de curativo;
- Soro fisiológico;
- Antisséptico (PVPI);
- Água oxigenada;
- Outros materiais se necessário.

76

E) Precauções:

Lavar as mãos, utilizar luvas para a realização do procedimento, cuidado com a contaminação do material.

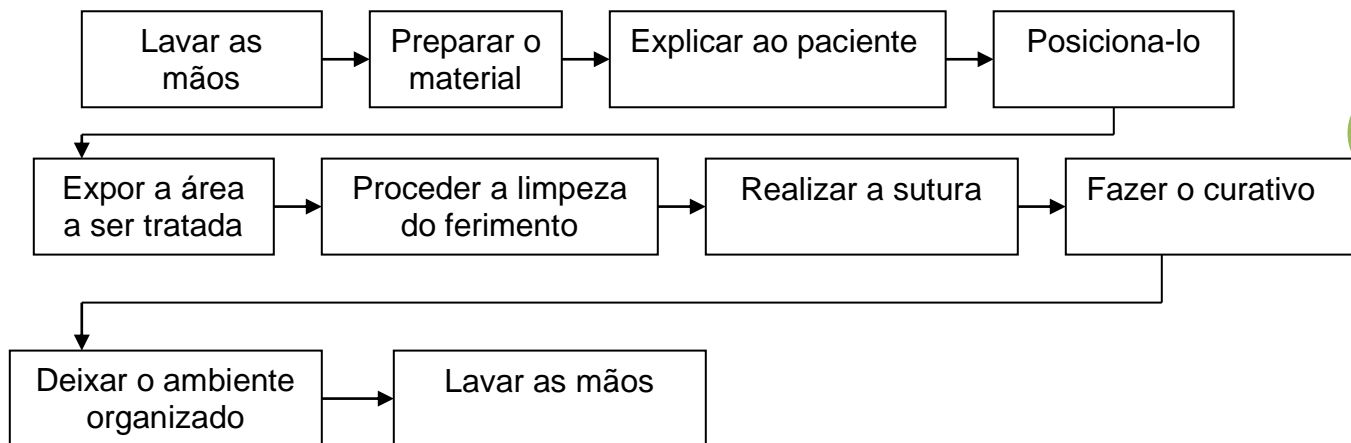
F) Procedimentos:

1. Lavar as mãos;
2. Preparar o material;
3. Explicar ao paciente o procedimento;
4. Posicionar o paciente;
5. Expor a área a ser tratada;
6. Colocar o cuba-rim ou similar;
7. Abrir o pacote de sutura;
8. Abrir pacote de luvas estéreis para o médico calcá-las;
9. Calçar luvas;
10. Alcançar ao médico o material para anestesia;
11. Proceder a limpeza do ferimento e a antisepsia;
12. Proceder a sutura;
13. Fazer novamente a assepsia do local;
14. Imergir as pinças abertas em soluções adequadas;
15. Deixar o ambiente em ordem
16. Lavar as mãos;
17. Anotar em ficha ou prontuário: tamanho do ferimento, tipo, quais materiais utilizados (fios, soluções, pomadas, ataduras, gazes etc.) e quantidade de cada um. Enfim, anotar tudo o que for importante.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



G) Fluxo:



77

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022



RETIRADA DE PONTOS

A) Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de retirada de pontos.

B) Alcance:

O procedimento descrito envolve auxiliares, técnicos e enfermeiros.

C) Responsabilidades:

É de responsabilidade da enfermeira o bom andamento do procedimento e do auxiliar ou técnico a execução do procedimento.

D) Soluções utilizadas:

- Soro fisiológico: limpeza da ferida e área adjacente. Após aberto o frasco, deverá permanecer com sua abertura protegida com tampa estéril e sua validade será de 24 horas em geladeira ou 12 horas em temperatura ambiente. Datar e assinar.
- PVPI: indicado para anti-sepsia de mucosas contaminadas, cirurgias, suturas. É passível de contaminação, sendo necessário haver rotina de troca de soluções: se dose única ou frascos pequenos, trocar diariamente almotolias a cada 7 dias.

E) Materiais utilizados:

- Pacote de retirada de pontos (pinça Kelly, tesoura).
- Gazes
- Solução anti-séptica
- Soro fisiológico
- Micropore ou esparadrapo

F) Precauções:

Lavar as mãos, cuidado com a contaminação do material.
Cuidado para não ferir o paciente.

G) Procedimento:

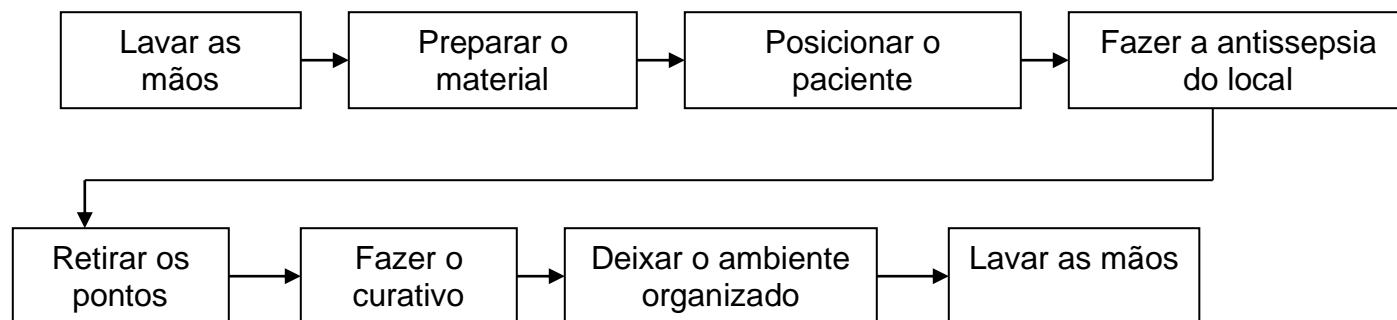
1. Lavar as mãos;
2. Preparar o material;
3. Posicionar e explicar ao paciente;
4. Expor a área a ser tratada;
5. Fazer a limpeza com soro fisiológico;
6. Fazer a antisepsia com PVPI;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



7. Proceder a retirada de pontos utilizando uma pinça com garra para agarrar o fio, e com a tesoura cortar o fio, puxando-o com a pinça de garra até que o mesmo saia completamente.
8. Fazer novamente a antisepsia;
9. Proceder o curativo;
10. Embalar as pinças e encaminhar ao CME;
11. Deixar o ambiente organizado;
12. Lavar as mãos.

G) Fluxo:



Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022



EXERESE DE UNHA

A) Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de exérese de unha.

B) Alcance:

O procedimento descrito envolve médicos, auxiliares, técnicos e enfermeiros.

C) Responsabilidades:

O procedimento descrito é de responsabilidade do médico e a parte final do procedimento é executada por auxiliares ou técnicos de enfermagem e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar, e alterar quando necessário, o processo desenvolvido.

D) Soluções utilizadas:

- Soro fisiológico: limpeza da ferida e área adjacente. Após aberto o frasco, deverá permanecer com sua abertura protegida com tampa estéril e sua validade será de 24 horas em geladeira ou 12 horas em temperatura ambiente. Datar e assinar.
- PVPI: indicado para antissepsia de mucosas contaminadas, cirurgias, suturas. É passível de contaminação, sendo necessário haver rotina de troca de soluções: se dose única ou frascos pequenos, trocar diariamente almotolias a cada 7 dias.

E) Materiais utilizados:

- Pinça hemostática;
- Pacote de curativo (pinça Kelly, anatômica, dente de rato, tesoura);
- Gases;
- Anestésico xilocaína a 2%;
- Seringa e agulha;
- Esparadrapo ou micropore;
- Atadura;
- Cuba-rim ou similar;
- Luvas estéreis;
- Luvas de procedimento.

F) Precauções:

Lavar as mãos antes e depois do procedimento, utilizar luvas, cuidar com a contaminação do material.

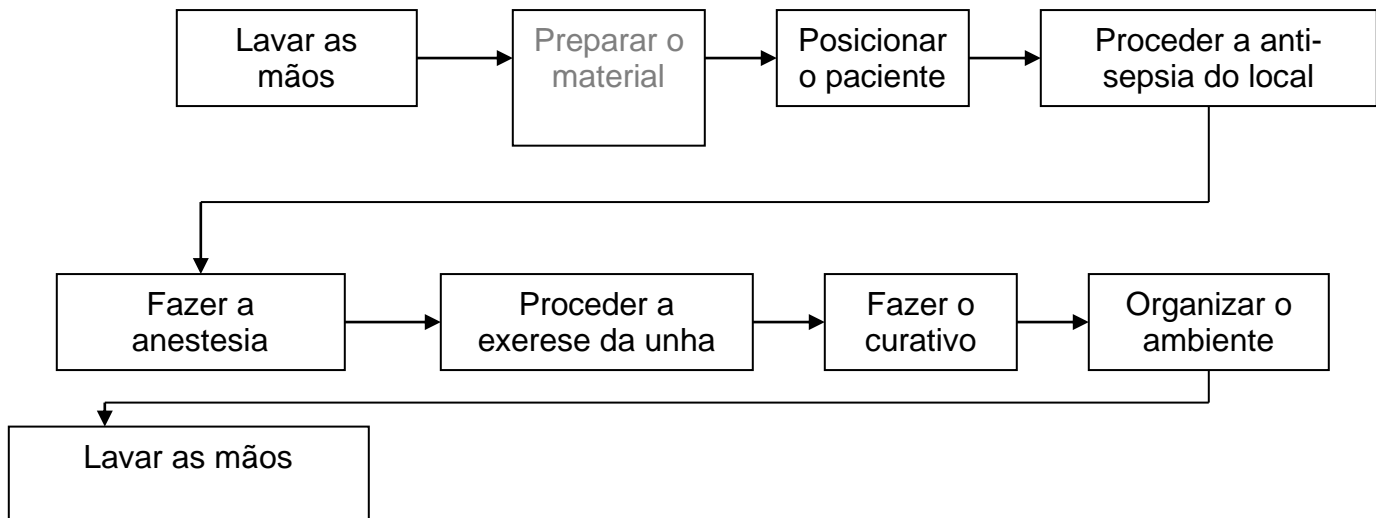
G) Procedimento:

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



1. Lavar as mãos;
2. Preparar o material;
3. Posicionar e explicar ao paciente o que será feito;
4. Colocar a cuba-rim ou similar próximo ao local;
5. Abrir o pacote de curativo;
6. Proceder a anti-sepsia do local;
7. Fazer a anestesia (médico);
8. Proceder a exeresse da unha;
9. Fazer o curativo;
10. Cobrir com gaze, e atadura;
11. Abrir as pinças e colocar em solução desinfetante;
12. Deixar o ambiente em ordem;
13. Lavar as mãos.

G) Fluxo:



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



LAVAGEM DE OUVIDO

A) Objetivos:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de lavagem de ouvido.

B) Alcance:

O procedimento descrito envolve médico, auxiliar/ técnico de enfermagem e enfermeiro.

C) Responsabilidade:

É responsabilidade do médico a execução do procedimento e cabe ao auxiliar, técnico de enfermagem ou enfermeiro durante o procedimento orientar, verificar e supervisionar o processo.

D) Definições:

Materiais utilizados:

- Otoscópio;
- Cuba-rim;
- Toalha de papel;
- Água morna;
- Seringa de 20 ml;
- Luvas.

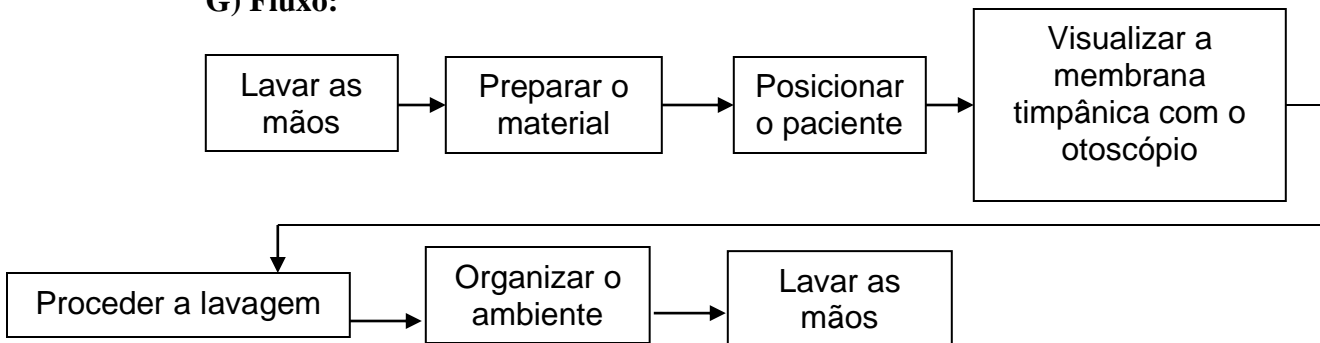
E) Precauções:

- Lavar as mãos;
- Preparar o material;
- Posicionar o paciente;
- Visualizar a região timpânica com o otoscópio;
- Proceder a lavagem dos dois ouvidos ou somente de um, conforme a necessidade (médico);
- Visualizar novamente a membrana timpânica;
- Organizar o ambiente;
- Lavar as mãos conforme técnicas.
-

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



G) Fluxo:



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022



RETIRADA DE CORPO ESTRANHO

A) Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de retirada de corpos estranhos.

B) Alcance:

O procedimento descrito envolve médico, enfermeiro e auxiliar ou técnico de enfermagem.

C) Responsabilidades:

É responsabilidade do médico a execução do procedimento e cabe ao auxiliar a parte final do procedimento e enfermeiros a orientar, verificar e supervisionar o processo.

D) Materiais utilizados:

- Material de curativo;
- Pinça hemostática delicada;
- Outros materiais se necessário;
- Anestésico quando necessário;
- Atadura quando necessário;
- Micropore ou esparadrapo;

E) Definições:

Corpo estranho é todo corpo ou objeto que venha penetrar ou impedir o correto funcionamento do organismo.

Possíveis locais de alojamento de corpos estranhos:

- Ouvido;
- Nariz;
- Olhos;
- Laringe, traquéia;
- Pele;
- Esôfago, intestino, estômago.

F) Precauções:

Lavar as mãos e cuidar sobre a contaminação do material.

G) Procedimentos:

1. Retirada de corpo estranho dos olhos:

- Deve-se lavar em água corrente o local com objeto estranho;

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	--	---	--	---------------------------------------



- Esta lavagem deve ser feita de tal forma que impeça o corpo de sair de um olho e entrar no outro;
- Caso o objeto esteja na pálpebra, retira-se com o cotonete ou com a ponta de um lenço ou gaze umidificado.

2. Ouvidos:

Cereais:

- A retirada de cereais do conduto auditivo deve ser feita com a administração de álcool absoluto.

Insetos:

- Basta colocar três a quatro gotas de óleo mineral no ouvido e esperar alguns instantes ou se realiza a lavagem do ouvido.

Água:

- Este problema se soluciona facilmente com a aplicação de álcool absoluto.

3. Nariz:

- Não se deve tentar retirar o objeto utilizando ferramentas como pinça, grampos, palitos, dentre outros pois pode causar sangramento da mucosa nasal, além de dificultar ainda mais a retirada do corpo estranho.
- Em casos de corpos estranhos no nariz, pede-se para a vítima respirar pela boca, tapar a narina boa e desobstruir a outra assuando o nariz.

4. Laringe:

- Pede-se para a vítima se acalmar, depois de observá-la faz-se a tapotagem de tal forma: aplica-se em torno de quatro golpes nas costas, na região entre as escápulas, a mão deve estar em concha e o sentido dos golpes deve ser de baixo para cima e para dentro.
- Se a tapotagem não resolver, aplica-se a manobra de Heimlich, esta deve ser feita da seguinte forma:

Posiciona-se atrás da vítima, coloque uma mão fechada sobre a região epigástrica (entre o apêndice xifóide e o umbigo) e a outra mão por cima dessa para dar maior pressão. Faz-se então, uma pressão no sentido de fora para dentro e de baixo para cima.

5. Esôfago, estômago, intestino:

- Dar alimentos pastosos: purê de batatas, etc.

6. Pele:

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



- Anzóis:

Fazer sair a extremidade agulhada, cortar a ponta com pinça ou alicate, retirar o anzol, fazer profilaxia antitetânica.

Em regiões muito vascularizadas, como palma da mão, olho e face, ou quando está situado muito profundamente, não retirar o anzol, pois pode provocar o rompimento de alguns vasos. A região deve ser imobilizada e a vítima deve fazer o tratamento intra-hospitalar conforme conduta médica.

H) Fluxo:

1-Olhos:

Lavar as mãos;

Preparar o material;

Lavar o olho com água corrente até sair o objeto;

Organizar o ambiente;

Lavar as mãos.

Ouvidos:

Lavar as mãos;

Preparar o material;

Posicionar o paciente;

Administrar a solução conforme o objeto a ser removido (cereais, insetos etc.).

Após a retirada, organizar o ambiente;

Lavar as mãos.

Nariz:

Lavar as mãos;

Pedir para o paciente assoar o nariz;

Após a retirada lavar as mãos.

Laringe – traquéia:

Lavar as mãos;

Proceder às manobras anteriormente descritas;

Após a retirada do corpo estranho lavar as mãos.

Esôfago, estomago, intestino:

Oferecer alimentos pastosos ao paciente.

IMPORTANTE: Sempre comunicar o médico e que o mesmo avalie o paciente antes de qualquer atitude.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022



DRENAGEM DE ABCESSO

A) Objetivo:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de drenagem de abscesso.

B) Alcance:

O procedimento descrito envolve médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem.

C) Responsabilidades:

É de responsabilidade do médico a execução do processo e dos auxiliares e técnicos a conclusão do mesmo, do enfermeiro observar, verificar, orientar, e alterar quando necessário o processo desenvolvido.

D) Materiais utilizados:

PVPI;
Luvas;
Seringas, agulha;
Anestésico quando necessário;
Bisturi;
Material de curativo;
Soro;
Dreno de penrose se necessário.

E) Precauções:

Usar luvas;
Cuidar com a contaminação do material.

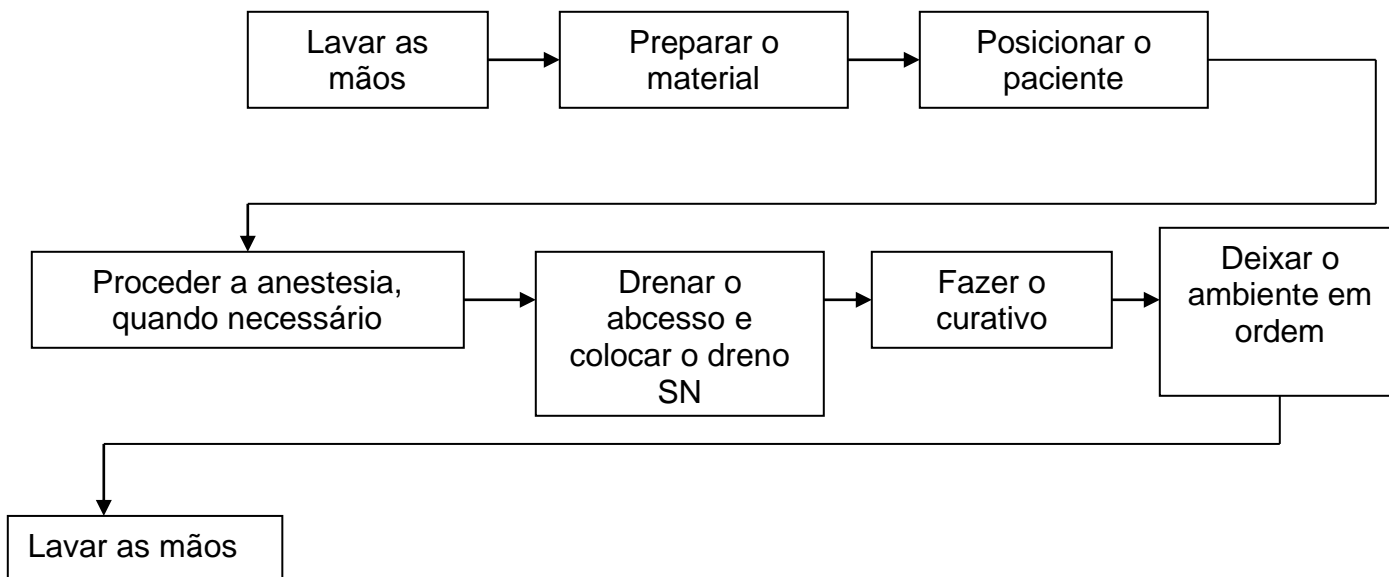
F) Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Preparar o material;
- Calçar as luvas;
- Aspirar o anestésico se for necessário;
- Proceder ao corte com o bisturi no local da drenagem, se necessário; (médico);
- Apertar até que saia o conteúdo do abscesso;
- Colocar o dreno de penrose, se necessário;
- Realizar posteriormente a técnica de curativo anteriormente descrita;
- Organizar o ambiente;
- Lavar as mãos.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



G) Fluxo:



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



TRICOTOMIA

A) Objetivos:

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de tricotomia.

B) Alcance:

O procedimento descrito envolve auxiliares, técnicos e enfermeiros.

C) Responsabilidades:

É responsabilidade do enfermeiro o bom andamento do procedimento e do auxiliar ou técnico de enfermagem a execução do mesmo.

D) Materiais:

Luvas;
Lâmina de barbear;
Gaze;
Água e sabão;
Toalha de papel;
Cuba-rim.

E) Precauções:

Cuidado para não ferir o paciente.

F) Procedimento:

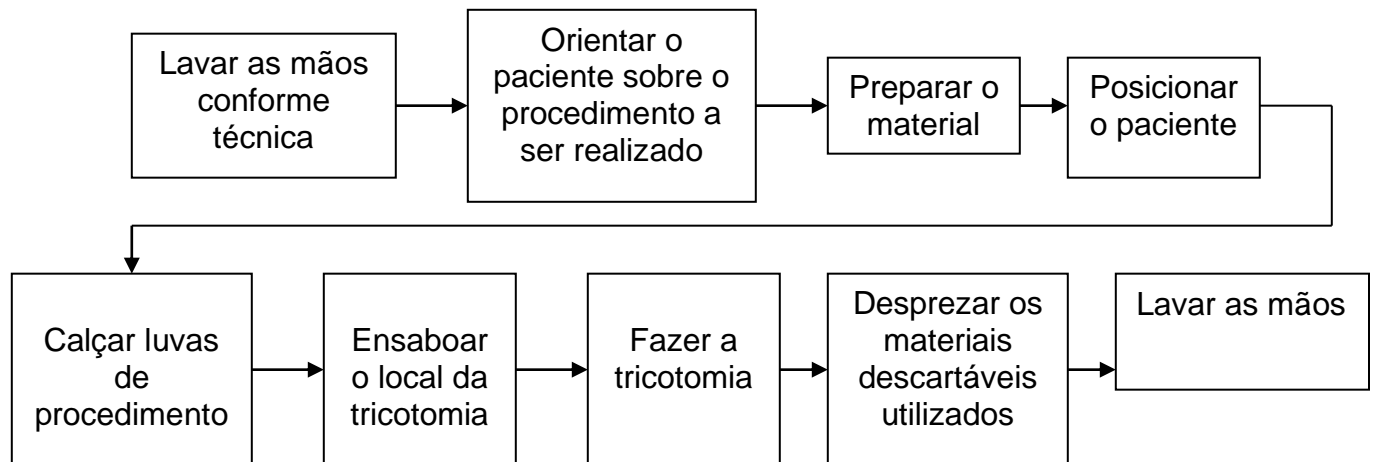
1. Certificar-se do local em que será realizada a tricotomia;
2. Lavar as mãos;
3. Comunicar ao paciente o procedimento que será realizado;
4. Calçar luvas;
5. Posicionar o paciente de forma adequada para o procedimento;
6. Cobrir o paciente com lençol;
7. Colocar água morna na cuba redonda;
8. Expor apenas a área onde será realizado o procedimento;
9. Molhar a gaze;
10. Ensaboar o local que será realizado o procedimento;
11. Utilizar o aparelho de barbear com movimentos suaves e no sentido contrário do crescimento do pêlo ou cabelo;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



12. Retirar o excesso de pêlos da lâmina em papel toalha, ao observar alteração em seu corte;
13. Retirar o excesso de sabão do local em que está sendo feito o procedimento;
14. Secar o local com a toalha;
15. Certificar-se da retirada total dos pêlos e cabelos;
16. Desprezar os materiais descartáveis no lixo e o aparelho de barbear no descartex;
17. Retirar as luvas;
18. Lavar as mãos;

G) Fluxo:



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022



ATENÇÃO!!!

SOBRE CATETERISMO VESICAL OU SONDAGEM VESICAL:

A Resolução nº 450/2013, publicada em dezembro pelo COFEN - Conselho Federal de Enfermagem, estabelece as competências da equipe de Enfermagem em relação ao procedimento de Sondagem Vesical (introdução de cateter estéril, através da uretra até a bexiga, para drenar a urina). Segundo o Parecer Normativo, aprovado pela Resolução, a inserção de cateter vesical é função privativa do Enfermeiro, em função dos seus conhecimentos científicos e do caráter invasivo do procedimento, que envolve riscos ao paciente, como infecções do trato urinário e trauma uretral ou vesical.

O Parecer ressalta que ao Técnico de Enfermagem compete a realização das atividades prescritas pelo Enfermeiro no planejamento da assistência, a exemplo de monitoração e registro das queixas do paciente e condições do sistema de drenagem, do débito urinário; manutenção de técnica limpa durante o manuseio do sistema de drenagem e coleta de urina para exames; monitoração do balanço hídrico – ingestão e eliminação de líquidos, sempre sob supervisão e orientação do Enfermeiro.

SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO FEMININO

A - Objetivo

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de sondagem vesical, pela uretra até a bexiga de uma mulher.

B - Alcance

O procedimento descrito envolve aos técnicos de enfermagem e enfermeiros. Os médicos também podem realizar este procedimento.

C - Responsabilidades

É responsabilidade do enfermeiro a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do auxiliar ou técnico de enfermagem auxiliar o enfermeiro no processo. O médico também pode realizar este procedimento e sendo assim o enfermeiro ou técnico de enfermagem o auxilia no processo.

D - Definições

Sondagem Vesical – Introdução de um catéter estéril através da uretra até a bexiga, com o objetivo de drenar a urina.

E - Precauções

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	--	---	--	---------------------------------------



- Entre o manuseio de cada paciente as mãos devem ser lavadas;
- No procedimento deve ser usado luvas estéreis;
- A sondagem vesical só é indicada na incontinência urinária e na retenção urinária quando as medidas para estimular a micção forem ineficazes.

F - Material necessário

- Pacote de cateterismo vesical contendo cuba-rim, gaze, campo fenestrado, pinça Pean ou similar;
- Sonda uretral com numeração de acordo com a fisiologia do paciente;
- Luvas esterilizadas;
- PVPI;
- Soro fisiológico;
- Xylocaína gel.

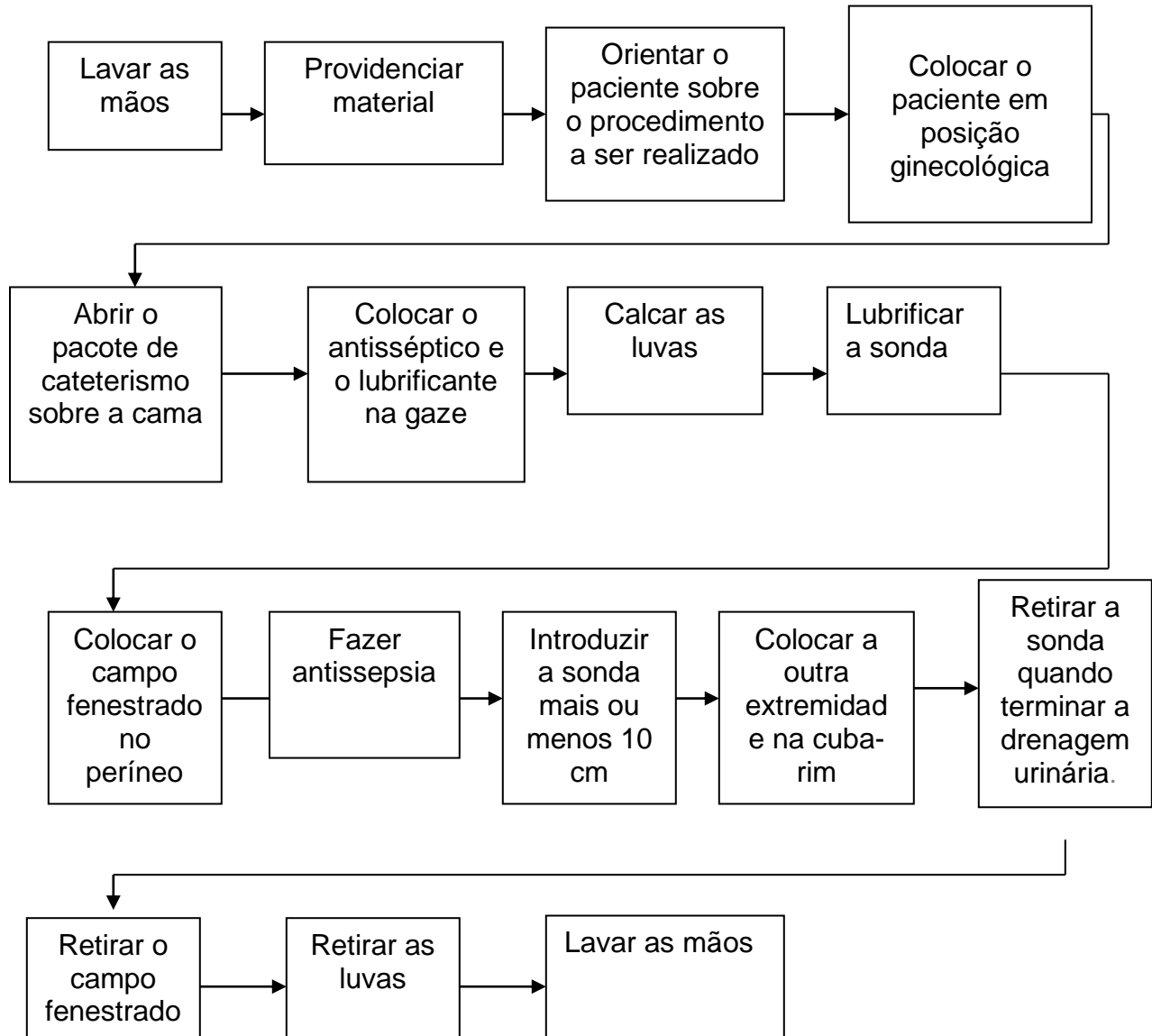
G – Procedimento

1. Lavar as mãos conforme técnica;
2. Preparar o material;
3. Identificar o paciente perguntando seu nome completo;
4. Explicar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado;
5. Colocar o paciente em posição: pernas flexionadas e afastadas uma da outra, e protegida com lençol;
6. Abrir com técnica asséptica o pacote de cateterismo sobre a cama entre as pernas da paciente;
7. Calçar luvas estéreis;
8. Colocar o antisséptico e o lubrificante na gaze;
9. Abrir o invólucro da sonda vesical, colocando-a na cuba-rim;
10. Lubrificar a sonda;
11. Colocar o campo fenestrado no períneo e aproximar a cuba-rim;
12. Afastar os pequenos lábios com o polegar e o indicador de uma das mãos, e com a outra fazer antisepsia no períneo com a gaze embebida na solução antisséptica deverá ser no sentido púbis-ânus, na sequência: grandes lábios, pequenos lábios, vestíbulo, usar a gaze uma vez e desprezá-la;
13. Limpar a região com soro fisiológico, obedecendo aos mesmos princípios de assepsia descritos;
14. Continuar a manter exposto o vestíbulo com uma das mãos, e com a outra mão introduzir a sonda lubrificada (mais ou menos 10cm), colocar a outra extremidade na cuba-rim para receber a urina drenada;
15. Retirar a sonda (quando terminar a drenagem urinária) e o campo fenestrado;
16. Guardar o material utilizado;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------

17. Lavar as mãos conforme técnica.

G- Fluxo



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



SONDAGEM VESICAL DE DEMORA FEMININO

A- Objetivo

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de sondagem vesical, pela uretra até a bexiga de uma mulher.

B- Alcance

O procedimento descrito envolve aos técnicos de enfermagem e enfermeiros.

C- Responsabilidades

É responsabilidade do enfermeiro a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e dos técnicos e auxiliares de enfermagem auxiliar o enfermeiro neste procedimento. Também pode ser realizado pelo médico.

D- Definições

Sondagem vesical – Introdução de um cateter estéril através da uretra até a bexiga, com o objetivo de drenar a urina por um longo tempo e uma bolsa coletora de sistema fechado.

E- Precauções

- Entre o manuseio de cada paciente as mãos devem ser lavadas;
- Neste procedimento deve ser usado luvas estéreis;
- A sondagem vesical só é indicada na incontinência urinária e na retenção urinária quando as medidas para estimular a micção forem ineficazes;

F- Material necessário:

Kit de Sondagem Vesical Feminina, contendo:

- ✓ 01 Coletor - Sistema fechado de coleta de urina;
- ✓ 01 Sonda vesical foley com calibre variado conforme tamanho da uretra;
- ✓ Material de cateterismo (01 Pinça de assepsia (Pean); 01 Cuba rim; Cuba redonda; Gaze estéril; 01 Campo auxiliar 50 x 50 (estéril); 01 Seringa de 20 ml; Campo fenestrado;
- ✓ 01 Tubo Xylocaína gel a 2%, sem vasoconstritor;
- ✓ 01 Ampola de Água destilada de 10 ml;
- ✓ Fita hipoalergênica para fixação da Sonda;
- ✓ 01 Par de Luvas Estéreis.
- ✓ PVPI
- ✓ SF0,9%

F) Procedimento:

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



1. Lavar as mãos;
2. Providenciar material necessário em uma bandeja;
3. Explicar a paciente passo a passo do procedimento a ser realizado;
4. Colocar a paciente em posição ginecológica expondo apenas os genitais;
5. Proceder a Higiene Íntima na paciente;
6. Abrir o material de cateterismo sobre a mesa de apoio ou na própria cama;
7. Calçar luvas estéreis;
8. Solicitar ao auxiliar/ técnico de enfermagem para colocar o antisséptico tópico na cuba redonda;
9. Solicitar ao auxiliar/ técnico de enfermagem para abrir o invólucro da seringa de 20 ml;
10. Solicitar ao auxiliar/ técnico de enfermagem a dispor o gel-anestésico na gaze;
11. Acomodar a cuba rim forrada com o invólucro do campo duplo sobre a cama;
12. Com a ajuda do auxiliar/ técnico de enfermagem introduzir 5 ml de ar na seringa;
13. Segurar a sonda com a mão direita;
14. Introduzir o ar da seringa na via de teste da sonda, para testar a complacência do balão de fixação da sonda;
15. Conectar a sonda testada no coletor sistema fechado;
16. Lubrificar a ponta da sonda com xylocaína gel, anteriormente preparada na gaze;
17. Acomodar a sonda no campo, com a ponta protegida com a gaze contendo anestésico;
18. Preparar a gaze na pinça;
19. Umedecer a gaze em antisséptico tópico e fazer antisepsia da região supra púbica, inguinal e grandes lábios, utilizando a pinça com a mão direita, com movimento único no sentido da região supra púbica ao períneo;
20. Desprezar a gaze nos invólucros vazios dos materiais abertos;
21. Preparar nova gaze na pinça;
22. Retirar o excesso de antisséptico tópico com gaze seca;
23. Desprezar a gaze nos invólucros vazios dos materiais abertos;
24. Colocar o campo fenestrado cobrindo toda a região genital da paciente, deixando exposta somente à área a ser manipulada;
25. Afastar os grandes lábios com a mão esquerda;
26. Proceder à antisepsia do sulco interlabial direito e esquerdo, iniciando na parte superior do clitóris e terminando na região perianal;
27. Desprezar a gaze nos invólucros vazios dos materiais abertos;
28. Fazer antisepsia dos pequenos lábios, vestibulo vaginal e meato urinário, num único movimento, iniciando abaixo do clitóris, até a região perianal;
29. Novamente desprezar a gaze;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde

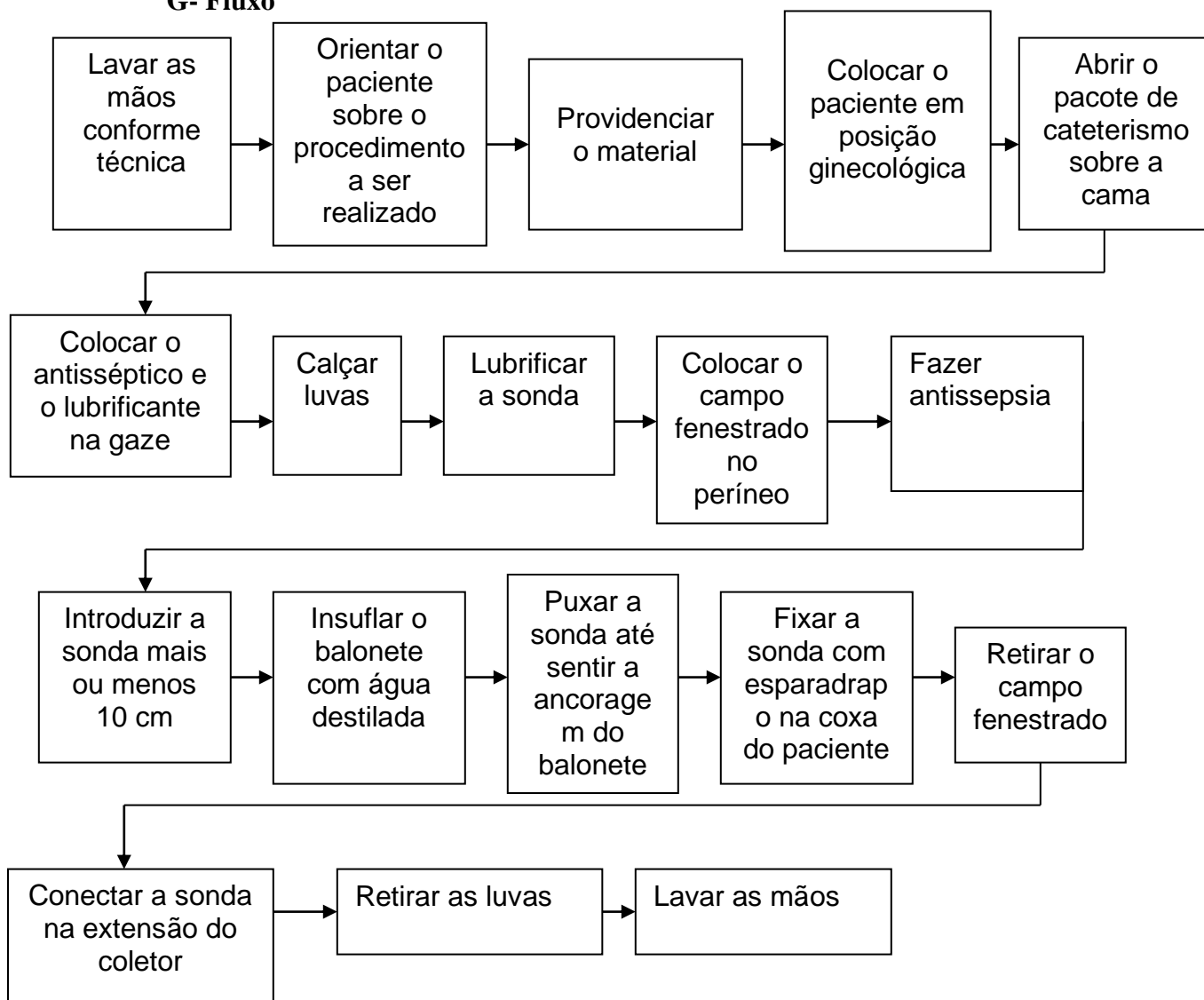


30. Fazer antissepsia do meato urinário, mantendo a mão esquerda afastando os grandes e pequenos lábios;
31. Desprezar a gaze;
32. Colocar a pinça no campo;
33. Pegar a sonda com a mão direita, mantendo exposta à uretra com a mão esquerda;
34. Comunicar à paciente a introdução da sonda, pedindo que a mesma, simultaneamente, inspire lentamente para maior relaxamento;
35. Introduzir cuidadosamente a sonda no meato urinário, uretra e bexiga, até iniciar a drenagem de urina, certificando-se da localização correta do meato uretral;
36. Retirar a mão esquerda dos genitais;
37. Observar o escoamento da urina para então continuar o procedimento;
38. Verificar se o cateter se encontra na bexiga antes de insuflar o balão;
39. Insuflar o balão se for sondagem de demora;
40. Tracionar cuidadosamente a sonda para observar o ajuste do balão à bexiga;
41. Retirar o campo;
42. Proceder à fixação da sonda, com fita hipoalergênica na região inferior da coxa;
43. Retirar as luvas;
44. Identificar bolsa coletora com data, hora e assinatura do enfermeiro.
45. Recompôr a unidade;
46. Lavar as mãos;

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022



G- Fluxo



97

H- Observações

- Esvaziar a bolsa coletora sempre que a urina atingir 2/3 da bolsa ou a cada 8 horas, evitando a possibilidade de refluxo.
- Manter a bolsa acima do chão e abaixo do nível da bexiga.
- Anotar sempre em prontuário a quantidade de urina desprezada e o horário.

Emitido: Francieli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	---	---	--	---------------------------------------



SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO MASCULINO

A- Objetivo

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de sondagem vesical, pela uretra até a bexiga de um homem.

B- Alcance

O procedimento descrito envolve aos técnicos de enfermagem e enfermeiros.

C- Responsabilidades

É responsabilidade do enfermeiro a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do auxiliar/ técnico de enfermagem auxiliar no procedimento. O médico também pode realizar este procedimento.

D- Definições

Sondagem Vesical – introdução de um cateter estéril através da uretra até a bexiga, com o objetivo de drenar a urina.

E- Precauções

- Entre o manuseio de cada paciente as mãos devem ser lavadas;
- Neste procedimento devem ser usadas luvas estéreis;
- A sondagem vesical só é indicada na incontinência urinária e na retenção urinária quando as medidas para estimular a micção forem ineficazes.

F- Material necessário:

- Pacote de cateterismo vesical contendo cuba-rim, gaze, pinça Pean, - campo fenestrado;
- Sonda uretral nº 10 a 20;
- Luca estéril;
- PVPI;
- Soro fisiológico;
- Xylocaína gel;

G- Procedimento

1. Lavar as mãos conforme técnica;
2. Preparar o material;
3. Identificar o paciente perguntando seu nome completo;
4. Explicar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado;
5. Colocar o paciente em posição: decúbito dorsal e com as pernas afastadas, e protegidas com lençol;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde

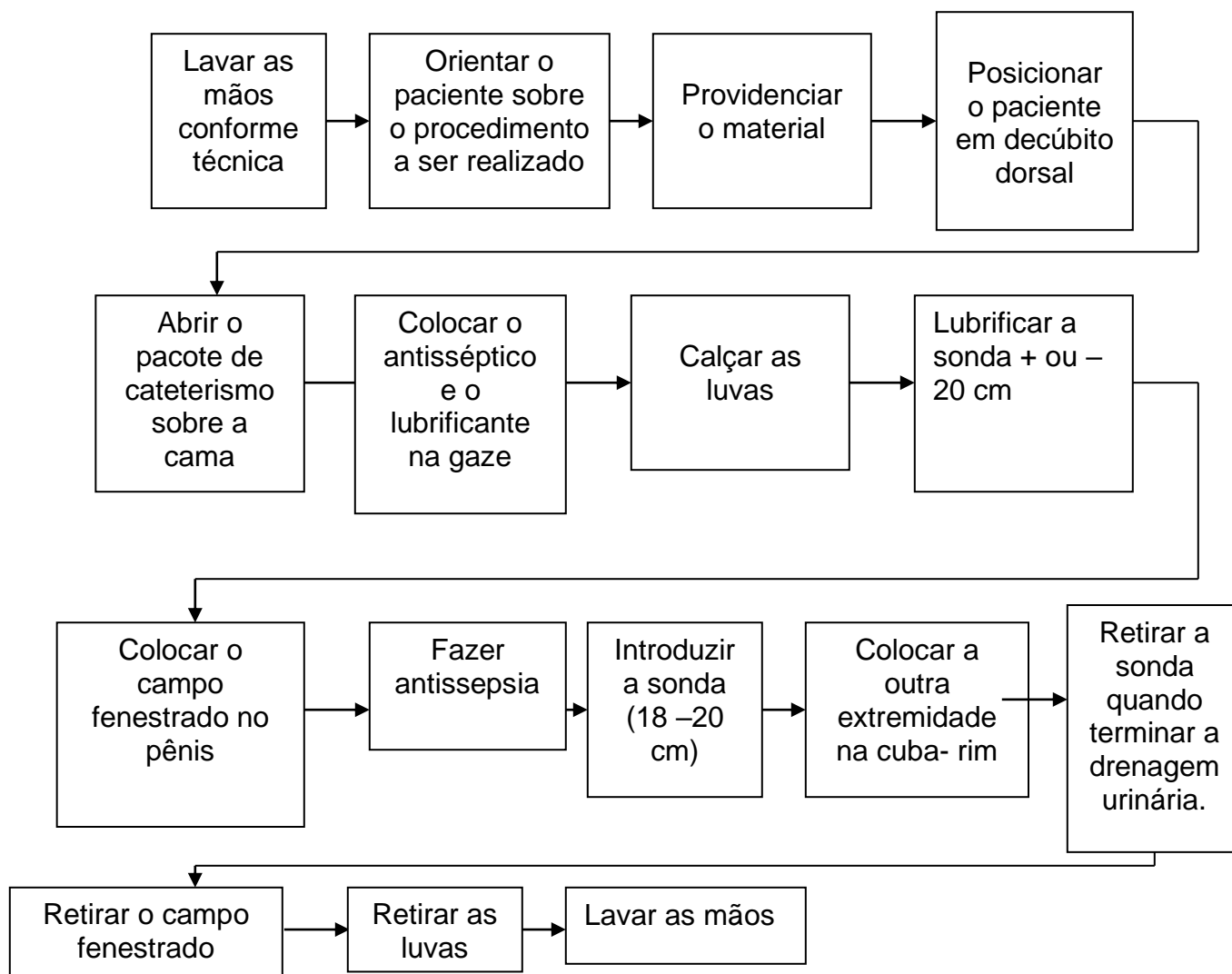


6. Abrir com técnica asséptica o pacote de cateterismo sobre a cama entre as pernas do paciente;
7. Colocar o antisséptico e o lubrificante na gaze;
8. Colocar a luva com técnica asséptica;
9. Com ajuda da auxiliar/ técnica de enfermagem abrir o invólucro da sonda vesical, colocando-a na cuba rim;
10. Lubrificar a sonda;
11. Colocar o campo fenestrado no pênis e aproximar a cuba-rim;
12. Segurar o pênis com uma gaze (com uma das mãos), mantendo-o perpendicular ao abdômen;
13. Fazer antisepsia, afastando o prepúcio com o polegar e o indicador da mão esquerda (se destro), e, com a pinça montada, fazer a antisepsia do meato uretral para a periferia;
14. Lubrificar a sonda com xylocaína gel (mais ou menos 20 cm);
15. Introduzir a sonda até a sua extremidade (18 – 20 cm) com movimentos para baixo, com o pênis elevado perpendicularmente, e abaixar o pênis lentamente para facilitar a passagem na uretra bulbar;
16. Recobrir a glande com o prepúcio a fim de evitar edema da glande, colocar a outra extremidade na cuba rim para receber a urina drenada;
17. Retirar a sonda (quando terminar a drenagem urinária) e posteriormente o campo fenestrado;
18. Guardar o material utilizado;
19. Lavar as mãos conforme técnica;

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	--	---	--	---------------------------------------



H- Fluxo:



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



SONDAGEM VESICAL DE DEMORA MASCULINO

A - Objetivo

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de sondagem vesical pela uretra até a bexiga de um homem.

B - Alcance

O procedimento descrito envolve aos técnicos de enfermagem e enfermeiros.

C - Responsabilidades

É responsabilidade do enfermeiro a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do auxiliar/ técnico de enfermagem auxiliar no procedimento.

D - Definições

Sondagem Vesical – Introdução de um cateter estéril através da uretra até a bexiga, com objetivo de drenar a urina.

E - Precauções

- Entre o manuseio de cada paciente as mãos devem se lavadas;
- Neste procedimento devem ser usadas luvas estéreis;
- A sondagem vesical só é indicada na incontinência urinária quando as medidas para estimular a micção forem ineficazes.

F - Material necessário:

- **Material de cateterismo vesical**, contendo: 01 Pinça de assepsia (Pean); 01 Cuba redonda de 7cm de diâmetro; 01 Campo auxiliar 50 x 50 (estéril); Gaze estéril; 01 Seringa de 20 ml; Campo fenestrado, Cuba rim.
- 01 Coletor - Sistema fechado de coleta de urina;
- 01 Sonda vesical com calibre variado conforme tamanho da uretra;
- 01 Tubo de Xylocaína gel a 2%, sem vasoconstritor;
- 01 Ampola de Água destilada de 10 ml;
- PVPI;
- Fita hipoalergênica para fixação da Sonda;
- 01 Par de luvas estéril;
- Sonda Foley 14-20

G) Procedimentos:

1. Lavar as mãos conforme técnica;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

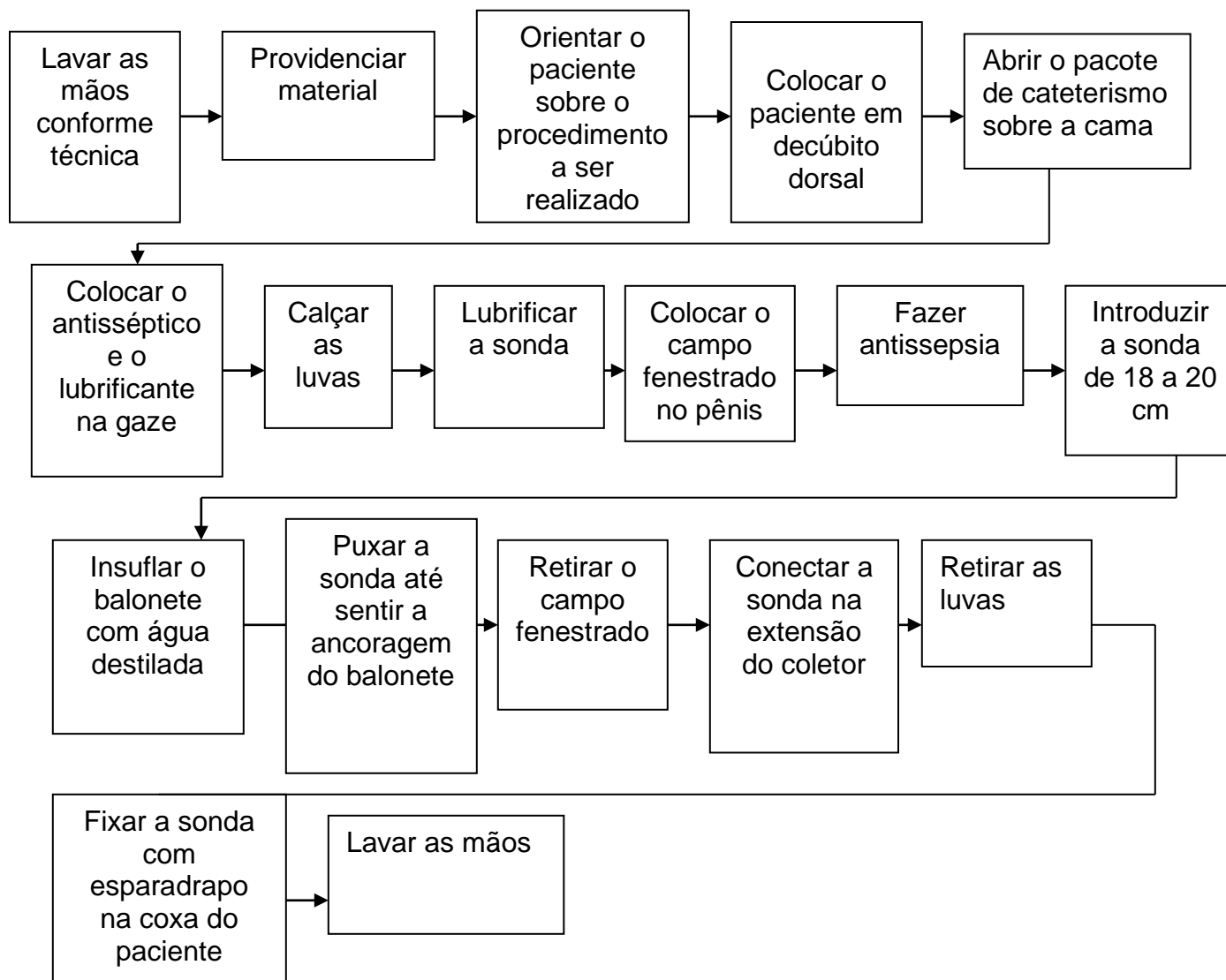
Secretaria da Saúde



2. Preparar o material;
3. Identificar o paciente perguntando seu nome completo;
4. Explicar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado;
5. Colocar o paciente em posição: decúbito dorsal e com as pernas afastadas, e protegidas com lençol;
6. Abrir com técnica asséptica o pacote de cateterismo sobre a cama entre as pernas do paciente;
7. Colocar o antisséptico e o lubrificante na gaze;
8. Colocar a luva com técnica asséptica;
9. Com ajuda da auxiliar/ técnica de enfermagem abrir o invólucro da sonda vesical, colocando-a na cuba rim;
10. Lubrificar a sonda;
11. Colocar o campo fenestrado no pênis e aproximar a cuba-rim;
12. Segurar o pênis com uma gaze (com uma das mãos), mantendo-o perpendicular ao abdômen;
13. Fazer antisepsia, afastando o prepúcio com o polegar e o indicador da mão esquerda (se destro), e, com a pinça montada, fazer a antisepsia do meato uretral para a periferia;
14. Lubrificar a sonda com xylocaína gel (mais ou menos 20 cm);
15. Introduzir a sonda até a sua extremidade (18 – 20 cm) com movimentos para baixo, com o pênis elevado perpendicularmente, e abaixar o pênis lentamente para facilitar a passagem na uretra bulbar;
16. Recobrir a glande com o prepúcio a fim de evitar edema da glande, colocar a outra extremidade na cuba rim para receber a urina drenada;
17. Conectar bolsa coletora de urina à sonda;
18. Retirar campo fenestrado;
19. Fixar sonda na perna do paciente com micropore hipoalérgico;
20. Identificar bolsa coletora com data, hora e assinatura do enfermeiro;
21. Guardar o material utilizado;
22. Lavar as mãos conforme técnica.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------

G- Fluxo:



103

H- Anexos

Esvaziar a bolsa coletora sempre que a urina atingir 2/3 da bolsa, evitando a possibilidade de refluxo, ou a cada 8 horas;

Manter a bolsa acima do chão e abaixo do nível da bexiga.

Emitido: Francieli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022



RETIRADA DA Sonda Vesical de Demora

A - Objetivo

Este procedimento tem como objetivo descrever a técnica de retirada da sonda vesical.

B - Alcance

O procedimento descrito envolve aos técnicos de enfermagem e enfermeiros.

C - Responsabilidades

É responsabilidade dos técnicos de enfermagem a execução do processo, cumprindo as boas práticas de enfermagem, e do enfermeiro orientar, verificar, supervisionar e alterar, quando necessário, o processo desenvolvido.

D - Definições

E - Precauções

Entre o manuseio de cada paciente as mãos devem ser lavadas;

No manuseio de pacientes deve ser usadas luvas.

Material utilizado: luva, seringa, benzina ou éter, saco plástico de lixo.

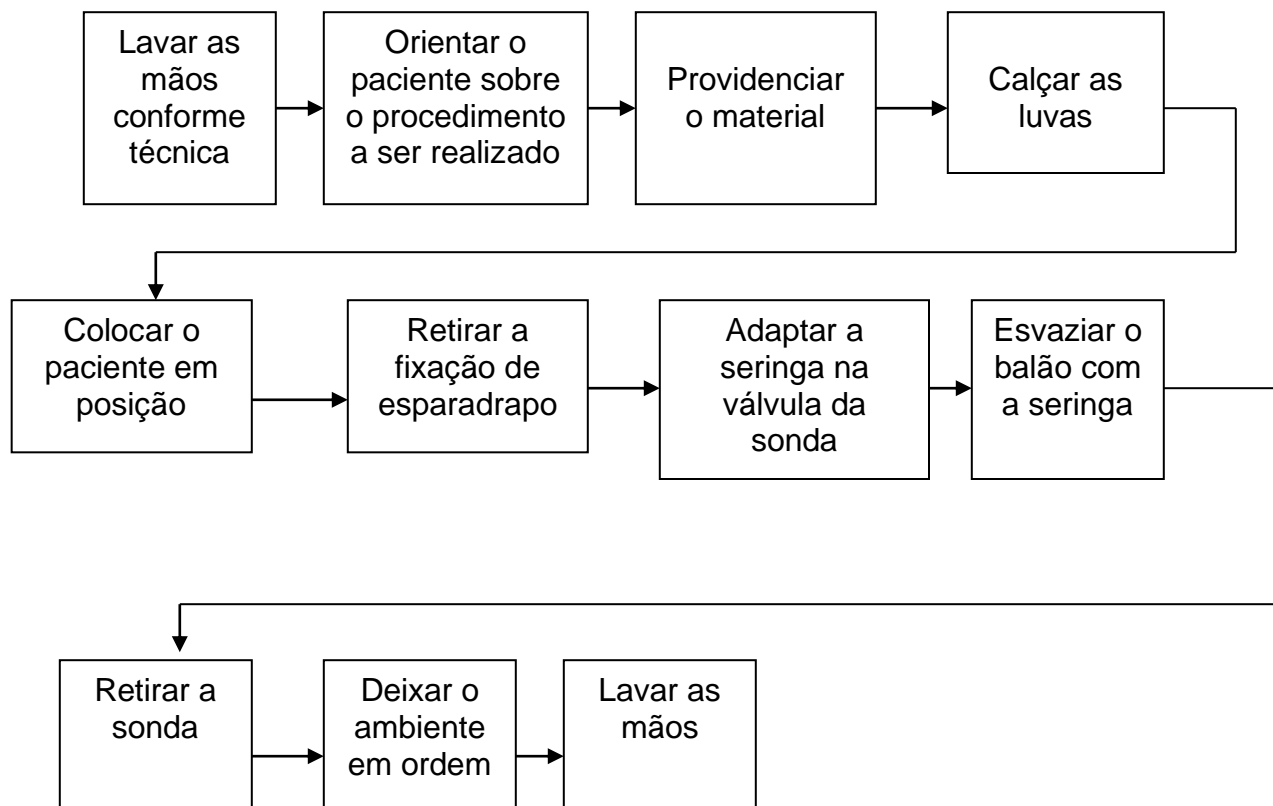
F - Procedimento

1. Lavar as mãos conforme técnica;
2. Reunir o material;
3. Identificar o paciente perguntando seu nome completo;
4. Explicar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado;
5. Colocar o material na mesa de auxílio;
6. Calçar as luvas;
7. Retirar a fixação de esparadrapo com auxílio da gaze com benzina;
8. Adaptar a seringa na válvula da sonda e esvaziar o balão;
9. Retirar a sonda desprezando-a no saco de lixo contaminado;
10. Retirar as luvas;
11. Deixar o ambiente em ordem;
12. Lavar as mãos conforme técnica.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



G - Fluxo



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



SONDA NASOGÁSTRICA

(do nariz ao estômago)

Sonda aberta: drenagem

Sonda fechada: alimentação

Material

- Sonda nasogástrica (mulher 14 a 16, homem 16 a 18);
- Seringa de 20ml;
- Copo com água;
- Gaze;
- Toalha de rosto;
- Xylocaína gel;
- Fita adesiva;
- Estetoscópio;
- Biombo s/n;
- Luvas de procedimento;
- Sacos para lixo.

Procedimento

- Elevar a cabeceira da cama (posição Fowler – 45°) com a cabeceira inclinada para frente ou decúbito dorsal horizontal com cabeça lateralizada;
- Proteger o tórax com a toalha e limpar as narinas com gaze;
- Limpar o nariz e a testa com gaze para retirar a oleosidade da pele;
- Medir a sonda do lóbulo da orelha até a ponta do nariz, até a base do apêndice e até a cicatriz umbilical;
- Marcar com adesivo;
- Calçar luvas;
- Lubrificar a sonda com xylocaína;
- Introduzir a sonda em uma das narinas pedindo ao paciente que degluta, introduzir até a marca do adesivo;
- Observar sinais de cianose, dispnéia e tosse;
- Para verificar se a sonda está no local:
 - Injetar 20ml de ar na sonda e auscultar com esteto, na base do apêndice xifóide, para ouvir ruídos hidroaéreos;
 - Ver fluxo de suco gástrico aspirando com a seringa de 20ml;
 - Colocar a ponta da sonda no copo com água, se tiver borbulhamento está na traquéia. Deve ser retirada.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



- Toda vez que a sonda for aberta, para algum procedimento, dobrá-la para evitar a entrada de ar;
- Fechá-la ou conectá-la ao coletor;
- Fixar a sonda não tracionando a narina.

LAVAGEM INTESTINAL

107

Material:

- Irrigador com extensão clampada contendo solução prescrita: água morna, glicerina, solução salina, SF + glicerina, fleet enema, minilax;
- Sonda retal (mulher: 22 ou 24 e homem: 24 ou 26);
- Pinça para fechar o intermediário; gazes; vaselina ou xylocaína; cuba rim; papel higiênico; luva de procedimento; suporte de soro; comadre; biombo s/n; impermeável; lençol móvel; solução glicerinada ou fleet enema; saco para lixo.

Procedimento:

- Abrir o pacote do irrigador, conectar a sonda retal na sua borracha;
- Colocar a solução (SF + glicerina) dentro do irrigador;
- Retirar o ar da borracha;
- Colocar a xylocaína numa gaze;
- Colocar a cuba rim, gaze e irrigador completo numa bandeja e levar para o quarto;
- Proteger a coma com impermeável e lençol móvel;
- Dependurar o irrigador no suporte de soro à altura de 60cm do tórax do paciente;
- Colocar a comadre sobre os pés da cama;
- Colocar a paciente em posição de Sims;
- Tirar ar da sonda sobre a cuba rim;
- Clampar a extensão do irrigador;
- Lubrificar a sonda reta 5 cm;
- Calçar luvas;
- Entreabrir as nádegas com papel higiênico;
- Introduzir a sonda de 5 a 10 cm, usando uma gaze, pedir ao paciente que inspire profundamente;
- Firmar a sonda com uma mão e com a outra desclampar a extensão;
- Deixar ecoar lentamente o líquido até restar pequena quantidade no irrigador;
- Se a solução não estiver sendo infundida, fazer movimentos rotatórios;
- Clampar a extensão, retirar a sonda com papel e desprezar na cuba rim;
- Orientar o paciente a reter a solução, o quanto puder;
- Oferecer comadre e papel higiênico à mão.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



SONDA NASOENTERAL

(Do nariz ao duodeno)

- Somente estará aberta se estiver infundido.
- Somente usada para alimentação.

Material:

- Sonda enteral com fio guia (mandril);
- Seringa de 20ml;
- Copo com água;
- Gaze,;
- Toalha de rosto;
- Xylocaína gel;
- Fita adesiva;
- Estetoscópio;
- Biombo s/n;
- Luvas de procedimento;
- Sacos para lixo.

Procedimento

- Elevar a cabeceira da cama (posição Fowler – 45°) com a cabeceira inclinada para frente ou decúbito dorsal horizontal com cabeça lateralizada;
- Proteger o tórax com a toalha e limpar as narinas com gaze;
- Limpar o nariz e a testa com gaze e benzina para retirar a oleosidade da pele;
- Medir a sonda do lóbulo da orelha até a ponta do nariz e até a base do apêndice (acrescentar mais **10cm**);
- Marcar com adesivo;
- Calçar luvas;
- Injetar água dentro da sonda (com mandril);
- Mergulhar a ponta da sonda em copo com água para lubrificar;
- Introduzir a sonda em uma das narinas pedindo ao paciente que degluta, introduzir até a marca do adesivo;
- Retirar o fio guia após a passagem correta;
- Aguardar a migração da sonda para duodeno, antes de administrar alimentação (até 24hs) confirmada pelo RX;
- Observar sinais de cianose, dispnéia e tosse;
- Para verificar se a sonda está no local:
 - Injetar 20ml de ar na sonda e auscultar com esteto, na base do apêndice xifóide, para ouvir ruídos hidroaéreos;

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



- Colocar a ponta da sonda no copo com água, se tiver borbulhamento está na traquéia. Deve ser retirada.
- Toda vez que a sonda for aberta, para algum procedimento, dobrá-la para evitar a entrada de ar;
- Fechá-la ou conectá-la ao coletor;
- Fixar a sonda não tracionando a narina;
- Colocar o paciente em decúbito lateral direito para que a passagem da sonda até o duodeno seja facilitada pela peristalce gástrica.

OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL TIPO ÓCULOS

Material:

- Cânula nasal dupla estéril;
- Umidificador de bolhas estéril;
- Extensão de borracha;
- Fluxômetro calibrado por cilindro de oxigênio;
- 50 ml de água destilada.

Procedimento:

- Instalar o fluxômetro e testá-lo;
- Colocar água destilada no copo do umidificador, fechá-lo e conectá-lo ao fluxômetro;
- Conectar a extensão ao umidificador;
- Identificar o umidificador com etiqueta (data, horário e assinatura);
- Instalar o cateter nasal do paciente e ajustá-la sem tracionar as narinas, prendendo-o atrás das orelhas;
- Conectar o cateter à extensão, abrir e regular o fluxômetro (conforme prescrição).

Observação: Trocar o cateter nasal diariamente.

Trocar o umidificador e extensão plástica a cada 24 horas.

Desinfecção do frasco umidificador: deve ser feito em solução de hipoclorito a 1%, seguindo o mesmo processo de desinfecção das almotolias citada anteriormente.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



NEBULIZAÇÃO/ INALACÃO

Material

- Fluxômetro;
- Nebulizador ou cilindro de oxigênio, com máscara e extensão;
- 10ml de SF ou água destilada esterilizada;
- Medicamento;
- Etiqueta;
- Gaze esterilizada;
- Folha de anotações;

Procedimento

- *No oxigênio:*
 - Colocar SF0,9% no copinho e acrescentar a medicação;
 - Conectar a extensão no copinho até o cilindro de oxigênio;
 - Regular o fluxo de gás (produzir névoa 5L/min);
 - Conectar a máscara no copinho e o mesmo à extensão;
 - Aproximar a máscara do rosto do paciente e ajustá-la, entre o nariz e a boca, solicitando que respire com os lábios entreabertos;
 - Manter o micronebulizador junto ao rosto do paciente, por 5 minutos, ou até terminar a solução (quando possível orientá-lo a fazê-lo sozinho);
 - Identificar com etiqueta (data, horário de instalação);
- *No aparelho de inalação comum*
 - Colocar SF0,9% no copinho e acrescentar a medicação (conforme a prescrição médica);
 - Conectar a extensão no copinho até o aparelho comum de inalação;
 - Ligar o nebulizador;
 - Conectar a máscara no copinho e o mesmo à extensão;
 - Aproximar a máscara do rosto do paciente e ajustá-la, entre o nariz e a boca, solicitando que respire com os lábios entreabertos;
 - Manter o nebulizador junto ao rosto do paciente, por 5 minutos, ou até terminar a solução (quando possível orientá-lo a fazê-lo sozinho);
 - Identificar com etiqueta (data, horário de instalação);

Observação: Depois de realizada a inalação no paciente, no aparelho de inalação deve ser realizada desinfecção com álcool 70% com fricção.

Observação: Depois de realizada a inalação no paciente, o kit de inalação (máscara e copinho) deve ser imersos por 30 minutos em uma solução desinfetante que contenha 975ml de água fervida + 25 ml de hipoclorito 2%, solução esta que permanece válida num

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



período de 6 horas. Após os 30 minutos de imersão, os materiais devem ser retirados e secados com pano limpo e seco) e A extensão deve ser desinfetada com álcool 70%.

ASPIRAÇÃO

Material

- Sonda de aspiração de calibre adequado;
- Prolongamento estéril;
- Luva de procedimento;
- Aparelho de sucção (aspirador);
- Gaze estéril;
- Máscara de proteção;
- Seringa de 10 ml s/n;
- Agulhas 40x12 s/n;
- Ampola de SF s/n;
- Saco de lixo.
- Frasco com SF 0.9% (500ml);
- Para limpeza do frasco e circuito após a utilização: água (500ml) ;

Procedimento:

- Testar o aspirador;
- Elevar a cabeça do paciente e lateralizá-la;
- Abrir a extremidade da sonda e adaptar ao aspirador;
- Manter o restante da sonda na embalagem;
- Colocar a máscara e a luva (considerar uma das mãos estéril e a outra não);
- Introduza a sonda com a válvula aberta, na fase inspiratória;
- Aspire e retire a sonda;
- Aspirar durante 15 segundos e dar intervalos de 30 segundos.
- Desprezar em caso de obstrução e colocar as luvas (s/n fluidificar a secreção, instalando 2ml de SF);
- Aspirar a boca e nariz com nova sonda;
- Lavar todo o circuito com SF e desprezar a sonda;
- Trocar todo circuito a cada 24hs.
- Para limpeza do frasco e circuito após a utilização: colocar água e sabão no frasco coletor, ligar o aspirador fazendo com que a água ensaboada passe pelo circuito e frasco limpando-o assim. A sujeira que não sair assim, deverá ser esfregado com esponja descartável, claro com o uso de luvas nas mãos.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Anotar em prontuário:

- Data e hora;
- Quantidade;
- Característica das secreções;
- Reações do paciente;

112

RESTRICÇÃO MECÂNICA

Material

- Atadura de crepe;
- Algodão;
- Gaze;
- Compressas cirúrgicas;
- Lençóis;
- Tala;
- Fita adesiva;
- Braçadeiras de contenção.

Procedimento

- Proceder restrição no leito dos segmentos corporais na seguinte ordem: *ombros, pulsos e tornozelos, quadril e joelhos*;
- *Ombros*: lençol em diagonal pelas costas, axilas e ombros, cruzando-as na região cervical;
- *Tornozelos e pulsos*: proteger com algodão ortopédico, com a atadura de crepe fazer movimento circular, amarrar;
- *Quadril*: colocar um lençol dobrado sobre o quadril e outro sob a região lombar, torcer as pontas, amarrar;
- *Joelhos*: com 02 lençóis. Passar a ponta D sobre o joelho D e sob o E e a ponta do lado E sobre o joelho E e sob o D;

Observações

- Não utilizar ataduras de crepe (faixas) menor do que 10 cm;
- Evitar garroteamento dos membros;
- Afrouxar a restrição em casos de edema, lesão e palidez;
- Retirar a restrição uma vez ao dia (banho);
- Proceder limpeza e massagem de conforto no local.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------

POSICÕES PARA EXAMES

FOWLER

Paciente fica semissentado. Usado para descanso, conforto, alimentação e patologias respiratórias



SIMs

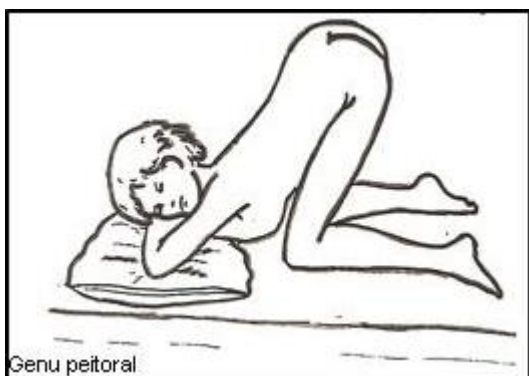
Lado direito: deitar o paciente sobre o lado direito flexionando-lhe as pernas, ficando à direita semiflexionada e a esquerda mais flexionada, chegando próxima ao abdômen. Para o lado esquerdo, basta inverter o lado e a posição das pernas. Posição usada para lavagem intestinal, exames e toque.



GENU-PEITORAL

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022

Paciente se mantém ajoelhado e com o peito descansando na cama, os joelhos devem ficar ligeiramente afastados. Posição usada para exames vaginais, retais e cirurgias.



Genu peitoral

GINECOLÓGICA

A paciente fica deitada de costas, com as pernas flexionadas sobre as coxas, a planta dos pés sobre o colchão e os joelhos afastados um do outro. É usado para sondagem vesical, exames vaginais e retal.

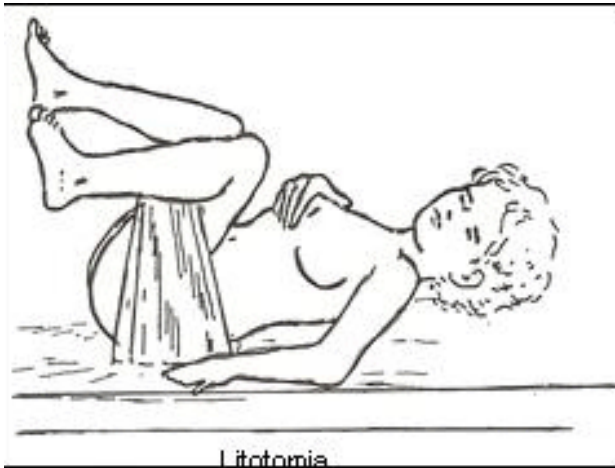


Posição Ginecológica

LITOTOMIA

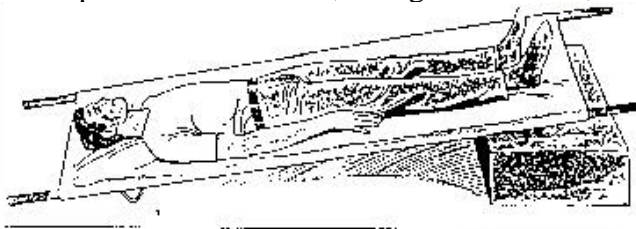
A paciente é colocada em decúbito dorsal, as coxas são bem afastadas uma das outras e flexionadas sobre o abdômen; para manter as pernas nesta posição usam-se suportes para as pernas (perneiras). Posição usada para parto, toque, curetagem.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



TREDELEMBURG

O paciente fica em decúbito dorsal, com as pernas e pé acima do nível da cabeça, posição usada para retorno venoso, cirurgia de varizes, edema.



trendelenburg

ERETA ou ORTOSTÁTICA

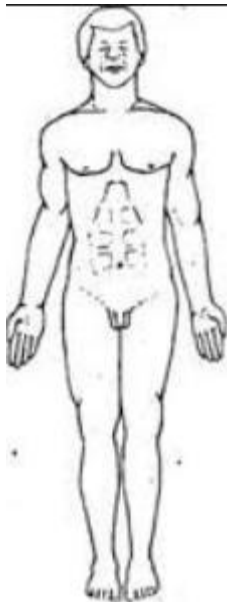
O paciente permanece em pé com chinelos ou com o chão forrado com um lençol. Posição usada para exames neurológicos e certas anormalidades ortopédicas.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022



CAIXA DE EMERGÊNCIA

A Caixa de Emergência é onde se encontram os medicamentos controlados e psicotrópicos. Ela deve permanecer lacrada com lacre numerado e aberta quando necessária para conferência das validades ou orientação médica.

Ao início de cada turno um profissional da enfermagem deve conferir a integridade do lacre. Se íntegro deve-se fazer anotação no livro de protocolo da unidade, descrevendo data e horário da verificação, número do lacre e assinatura do funcionário.

Se ao verificar a caixa o lacre estiver ausente ou danificado, o funcionário deverá comunicar imediatamente a chefia de enfermagem para averiguar o que houve com o lacre.

Sempre que estourado uma vez o lacre para utilização dos medicamentos que estão dentro da caixa, deve ser trocado por um novo com um número novo.

Ainda, sempre que utilizadas as medicações da caixa de emergências, elas devem ser repostas pelo mesmo funcionário que as administrou conforme a orientação médica.

A caixa deverá ser aberta pelo menos uma vez ao mês para verificação das validades dos medicamentos e os que estiverem vencidos deverão ser substituídos imediatamente.

Todos os medicamentos e materiais que se encontram dentro do pronto atendimento devem ser diariamente conferidos e repostos suas faltas para que NADA falte para o atendimento das EMERGÊNCIAS!!!

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
---	--	---	--	---------------------------------------



CAIXA DE EMERGÊNCIA PRONTO ATENDIMENTO

MEDICAMENTOS

08 ADENOSINA 3mg/ml
05 ADRENALINA 1mg/ml
05 AMIODARONA 150mg/ 3 ml
05 BICABORNATO DE SÓDIO 8,4%
05 CLORETO DE SÓDIO 20%
05 CLORETO DE POTÁSSIO 19,1%
10 CLOPIDOGREL 75mg cp
05 DIAZEPAN 10mg/ml
05 DOPAMINA 5mg/ml
05 DOLANTINA/ PETIDINA 50mg/ml
05 EFORTIL / ETILEFRINA 10mg/ml
05 FENITOÍNA 50mg/ ml
05 FENOBARBITAL 200mg/ml
05 FENTANILA 50mcg/ml
05 GLICONATO DE CÁLCIO 10%
05 GLICOSE 50%
05 HEPARINA 5.000UI / 0,25ml sc
05 HALOPERIDOL 5mg/ml
05 HIDROCORTISONA 500mg
05 HIDROCORTISONA 100mg
05 MIDAZOLAM 15mg/ 3ml
05 MORFINA 10mg/1ml
20 METILDOPA 250mg cp
05 SULFATO DE MAGNÉSIO
05 PROMETAZINA
05 TRAMADOL 50mg/ml
05 SUXAMETONIO 100mg/ml

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------

CARDIOVERSOR BIFÁSICO LIFE 400 PLUS FUTURA



119

Figura 1 – Cardioversor Bifásico Life 400 Plus Futura

RELAÇÃO DE PARTES E ACESSÓRIOS INCLUÍDOS

- 01 tubo de gel condutor 100 ml;
- 01 Par de eletrodos externos (pás) permanentes intercambiáveis (adulto/infantil);
- 01 Cabo de paciente de 05 vias ou 3 vias-opcional;
- 05 Eletrodos descartáveis adulto;
- 01 Manguito de PNI Adulto - nas versões com PNI;
- 01 Kit para PI - nas versões com PI;
- 01 Kit de CO2 - nas versões com Capnografia;
- 01 Sensor SpO2 Adulto e ou infantil nas versões com SPO2;
- 01 Cabo de alimentação tripolar;
- 01 Cabo de equalização de terra;
- 01 CD com Manual do Usuário e Software para leitura de cartões, nas versões com Cartão de Dados;
- 01 Par de Eletrodos Externos Descartáveis – Modelo F7959W - nas versões com Marcapasso e Modo Dea;
- 01 Rolo de papel térmico para impressora - nas versões com Impressora Térmica;
- Certificado de Garantia.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------

IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES E COMANDOS DO CARADIOVERSOR BIFÁSICO LIFE 400 PLUS FUTURA



Figura 17 a – Identificação dos comandos do CARADIOVERSOR LIFE 400 PLUS FUTURA

- | | |
|--|---|
| 1 - Liga/Desliga; | 11- Sair do Menu; |
| 2 - Indicador de Bateria; | 12- Modo de Emergência do Marcapasso; |
| 3 - Conector Entrada Pás do Modo Dea; | 13- Liga/Desliga Modo Marcapasso; |
| 4 - Liga/Desliga Modo Dea; | 14- Botão de Navegação; |
| 5 - Inibe Alarme 2 minutos; | 15- Liga/Desliga Pulso do Marcapasso; |
| 6 - Congela; | 16- Inibe Beep do Marcapasso; |
| 7 - Habilita e Desabilita Sincronismo; | 17- Seleciona Modo Sincrono e Assíncrono; |
| 8 - Anula Carga; | 18- Conector Entrada Pás do Marcapasso; |
| 9 - Acionamento PNI; | 19- Display Colorido 5,7"; |
| 10- Impressora; | 20- Pás de Choque Adulto/Infantil; |

- 21- Botão de Tratamento;
- 22- Botão de Carga;
- 23- Tecla de Seleção de Carga;
- 24- Alça de Transporte;
- 25- Borne para teste;
- 26 – Entrada para cartão Compact Flash

TESTE DE DISPARO DE ENERGIA ENTREGUE

O equipamento Cardioversor Bifásico Life 400 Plus Futura é dotado de bornes para teste de disparo de energia, que ficam posicionados ao lado dos locais de fixação das pás.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



O Usuário deverá selecionar uma carga (aconselhável uma carga entre 10 e 50 joules), tecla 1 Seleção, acionar a tecla 2 – Carga, após emissão do sinal sonoro que identificará que a carga está pronta para disparo, executar o processo de disparo do choque com as pás colocadas por cima dos bornes, aplicando uma pressão de aproximadamente 10 kgs.

Tão logo sejam acionados os botões de disparo, um flash luminoso será acionado afirmando o bom funcionamento na entrega da carga. Este procedimento poderá ser executado diariamente como forma de inspeção preventiva.

121

IMPORTANTE: A cada início de plantão deverá ser verificada a funcionalidade como forma de inspeção preventiva, e cada verificação e suas observações deverá ser anotado no livro de protocolo do Pronto Atendimento e assinado pelo profissional que a realizou, sendo este preferencialmente o ENFERMEIRO.

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022

MÓDULO DE ECG CONECTOR DE PÁS

Conecte o cabo paciente no cardioversor observando a posição correta através das marcações do cabo de paciente de 5 vias. Introduza o conector até o fim de maneira que o mesmo fique firme. O outro extremo do cabo será posicionado no tórax do paciente conforme descrito abaixo. Siga as posições indicadas no desenho conforme figura abaixo, utilizando a cor no local correto para cada rabicho.

- ✓ **Azul** = V (precordial), representa as seis precordiais;
- ✓ **Verde** = LL (perna esquerda), representa o lado esquerdo inferior do tórax;
- ✓ **Amarelo** = LA (braço esquerdo), representa o lado esquerdo superior do tórax;
- ✓ **Vermelho** = RA (braço direito), representa o lado direito superior do tórax;
- ✓ **Preto** = RL (perna direita), representa o lado direito inferior do tórax.

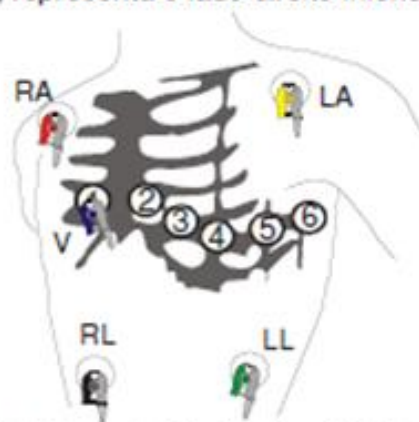


Figura 22 - Posicionamento dos eletrodos de ECG no paciente

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022

SENSOR DE OXIMETRIA SPO2



Figura 23 - Posicionamento do sensor de oximetria.

Conectar o sensor de oximetria observando a posição correta e de maneira que o conector seja introduzido até o final. Introduza o sensor no dedo do paciente na posição como indicado na figura acima.

Alguns cuidados devem ser tomados para que se possa ter uma leitura correta:

- ❖ Remova esmaltes ou unhas postiças, pois os mesmos bloqueiam a passagem das luzes do sensor impedindo uma leitura correta;
- ❖ Não utilize adesivos para firmar o sensor, como esparadrapos, por exemplo. O sensor é um dispositivo muito frágil;
- ❖ Evite quedas ou deixá-lo no chão;
- ❖ Para sensores reutilizáveis, após o uso, limpe o cabo e o sensor com um pano umedecido em água desmineralizada e sabão neutro. Desinfete-o com uma gaze umedecida em álcool isopropílico.
- ❖ Validade do sensor de oximetria: Indeterminada.

ADEQUANDO O MANGUITO DE PNI

Este tópico foi elaborado para aqueles que estejam operando o equipamento pela primeira vez.

Ele possibilita um treinamento bem simplificado das funções básicas do canal de PNI. Este canal fornece a pressão arterial sistólica, média e diastólica.

O módulo de Pressão Não Invasiva (PNI) possui proteção contra descarga de um desfibrilador cardíaco, não precisando de precaução específica quanto ao equipamento.

Durante o uso do ciclo automático de pressão sanguínea, em algumas pesquisas foram constatados danos no nervo Ulnar.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1 Data última conferência: 24/08/22	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08 Data: 08/09/2022
--	---	---	--	---------------------------------------



Município de Capanema - PR

Secretaria da Saúde



Devem ser tomados os seguintes cuidados para não impedir a circulação sanguínea do paciente:

- Não deixe que o manguito fique em cima do curso do nervo "Ulnar", no cotovelo;
- Selecione um intervalo de medida que regule a drenagem venosa adequada durante a deflexão do manguito;
- Verifique periodicamente o membro que apoia o manguito para descobrir "Estase Venosa";
- Evite a compressão ou restrição dos tubos de pressão, isto pode ocasionar o mau funcionamento do Equipamento.
- Validade do manguito de PNI: Indeterminada.

ATENÇÃO!

Utilizar manguitos e/ou mangueiras que possuam líquido no seu interior, com risco de danificar o equipamento.

Caso ocorra infiltração de líquido no equipamento, desligue-o imediatamente da rede elétrica, recolha-o e chame um técnico para fazer a conferência do equipamento.

O manguito de PNI deve ser colocado no paciente de acordo com as instruções a seguir.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022

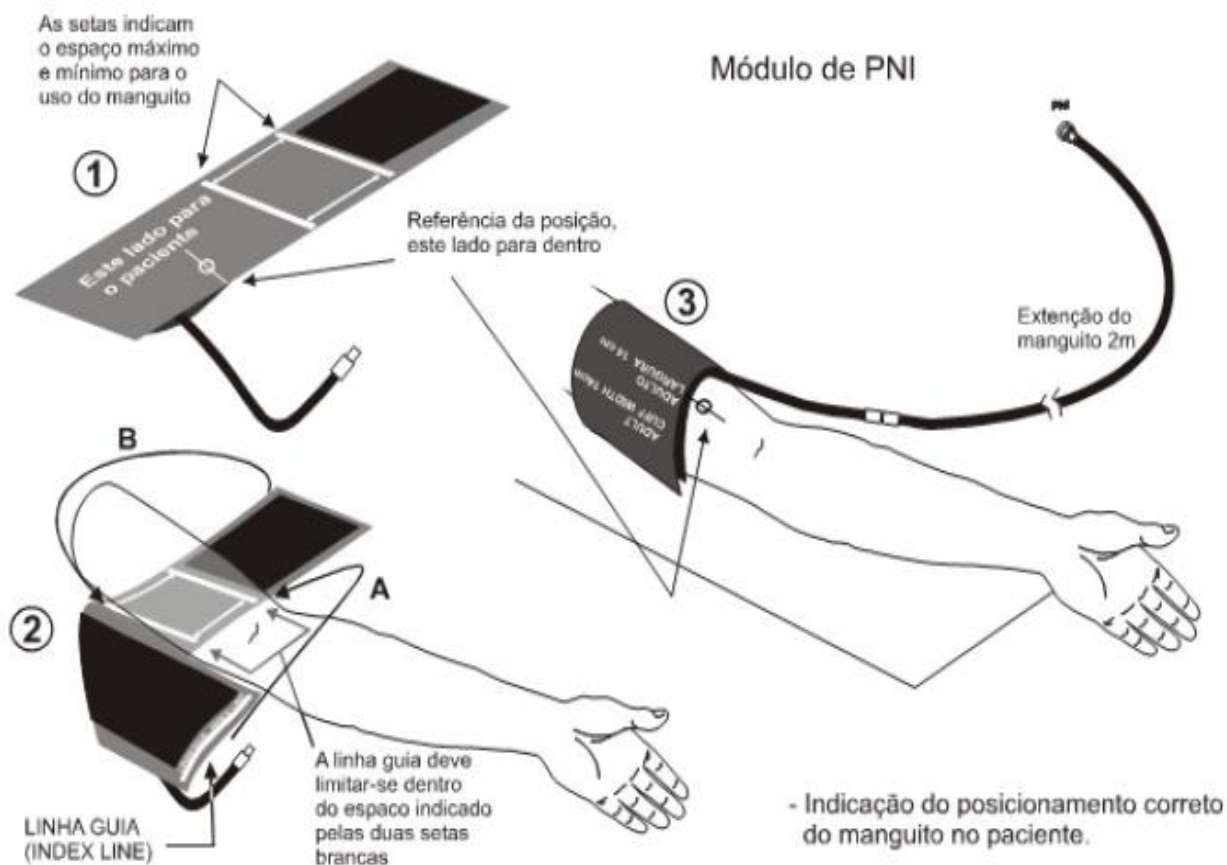


Figura 24 – Adequando o manguito ao paciente.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022

ADEQUANDO AS PÁS DO MARCAPASSO

Conectar o cabo de extensão nas pás (PADs), e em seguida encaixar o conector do outro extremo da extensão ao borne do cardioversor. Introduzir o conector e apertá-lo com uma pressão moderada. Desta forma o marcapasso estará pronto para aplicação.

126

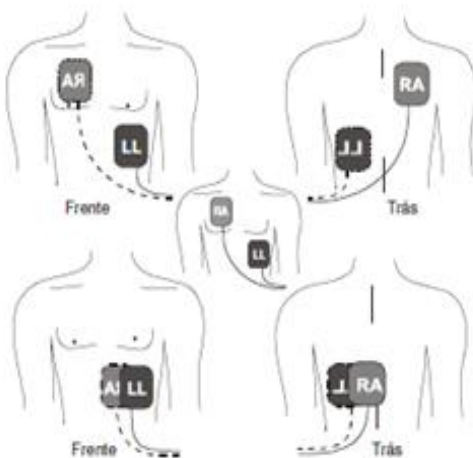


Figura 25 - Variações do posicionamento dos PAD's do marcapasso no paciente.

Emitido: Francielli Sperotto / Enf ^a . Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enf ^a . Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022



2. REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DE PROTOCOLO

Esse Protocolo deverá ser revisado e atualizado sempre que necessário, ou minimamente a cada 12 meses, cabendo esse papel a equipe de elaboração, devidamente aqui mencionada e designada em Portaria.

Ainda, sua divulgação aos colaboradores da Secretaria de Saúde é essencial para conhecimento e andamento do Fluxo de trabalho.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022



3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<http://portal.coren-sp.gov.br/node/39043> Acesso em 29/01/2015

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade/ Ministério da Saúde**. Brasília, 2006.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**: conceitos, processos e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.

VIGILÂNCIA ALIMENTAR-SISVAN. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2004

Manual do **CARDIOVERSOR BIFÁSICO LIFE 400 PLUS FUTURA**.

Emitido: Francielli Sperotto / Enfª. Coord.NIS-1	Conferido: Ana Carolina Bantle / Enfª. Coord. APS	Versão: 1	Aprovado: Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde	Resolução CMS: 08
		Data última conferência: 24/08/22		Data: 08/09/2022