

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) DE ENFERMAGEM

Laranjeiras do Sul

2018

Elaboração: Enfª Priscila Baptistel 02/03/2018	Revisão: Enfª Liliam Bortoluzzi 13/04/2018	Próxima Revisão: 13/04/2019	Revisado em: 06/2022 Alunos escola técnica	Revisado em: 06/2023	Revisado em: _/_/_/_ _____
---	---	-----------------------------------	---	----------------------------	----------------------------------

Sumário

HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS	4
AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	5
MEDIDA DO PESO CORPORAL	6
VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA CORPÓREA.....	7
MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL	7
MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL	8
MEDIDA DA ESTATURA.....	9
MEDIDA DO PERÍMETRO CEFÁLICO.....	10
MEDIDA DO PERÍMETRO TORÁCICO	10
VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA	11
VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	12
AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR.....	12
ORGANIZAÇÃO DE SALAS	14
USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI).....	15
USO DE LUVAS ESTÉREIS	15
CONSERVAÇÃO DE POMADA, GEL E CREME APÓS ABERTURA.....	16
PREPARO DE MEDICAMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO POR VIA PARENTERAL.....	17
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAVENOSA.....	19
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR	21
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEA.....	23
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADÉRMICA	24
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL.....	25
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INALATÓRIA	26
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR	27
ADMINISTRAÇÃO DE INSULINAS	28
ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL.....	29
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS	31
TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA.....	33
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA.....	35
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO.....	37
COLOCAÇÃO DO DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	39

TROCA DE SONDA DE CISTOSTOMIA	40
COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA (PAPANICOLAOU)	41
EXAME CLÍNICO DAS MAMAS	43
CURATIVO	44
DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL CONSERVADOR.....	46
BOTA DE UNNA	48
RETIRADA DE PONTOS.....	50
LAVAGEM GÁSTRICA	51
LAVAGEM INTESTINAL.....	52
OXIGENOTERAPIA	53
SONDAGEM NASOENTERAL	54
SONDAGEM NASOGÁSTRICA.....	56
TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL.....	58

HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

FINALIDADE: É a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

COMPETÊNCIA: Todos da equipe

MATERIAL:

- Pia;
- Papel toalha;
- Almotolia de sabão líquido neutro ou soluções antissépticas.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;
2. Retirar adornos;
3. Arregaçar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário;
4. Posicionar-se em frente a pia, sem encostar-se à mesma;
5. Abrir a torneira;
6. Molhar as mãos;
7. Fechar a torneira;
8. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido neutro para cobrir toda superfície das mãos;
9. Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos:
 - palma contra palma;
 - palma direita sobre dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos;
 - palma esquerda sobre o dorso da mão direita, entrelaçando os dedos;
 - palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais;
 - parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai-vem;
 - rotação dos polegares direito e esquerdo
- friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;
- esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;
10. Abrir a torneira;
11. Enxaguar as mãos no sentido dos dedos para os punhos;
12. Fecha a torneira com auxílio do mesmo papel toalha que enxugou as mãos e despreza-lo na lixeira de resíduos comuns.

OBSERVAÇÕES:

- Segundo a NR32 não se deve usar adornos no local de trabalho;
- Os cinco momentos para a higienização das mãos são: antes de contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente, após contato com as áreas próximas ao paciente;
- Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Portaria nº 485 de 11 de novembro de 2005. Norma Regulamentadora nº 32 (NR32):** Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. ANEXO I, artigo 32.2.4.5 b, 2005.

AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

FINALIDADE: Avaliar o nível de pressão arterial dos indivíduos.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- Algodão
- Álcool a 70%
- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos
3. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração, apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido;
5. Identificar o manguito adequado (com largura correspondente a 40% da circunferência do braço), realizar assepsia das olivas e campânula do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%;
6. Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;
7. Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito enquanto continua palpar a artéria. Anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece;
8. Desinsuflar o manguito rapidamente;
9. Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente;
10. Colocar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;
11. Manter o estetoscópio firme sobre o pulso braquial, sem pressão excessiva, e insufla o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20-30 mmHg acima desta pressão;
12. Esvaziar lentamente o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg., identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);
13. Desinsuflar totalmente o manguito;
14. Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 5 minutos;
15. Retirar o manguito do braço do paciente;
16. Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
17. Higienizar as mãos
18. Realizar anotação de enfermagem;
19. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

OBSERVAÇÕES:

- Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento;

- Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em pé, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti-hipertensiva;
- Certificar-se de que o paciente não esteja com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da aferição;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2010, vol.95, n.1, suppl.1.

POTTER, P.A. & PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**, p.729, 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

MEDIDA DO PESO CORPORAL

FINALIDADE: Método para obtenção da medida do peso corporal dos indivíduos.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- Balança mecânica ou digital;
- Papel toalha.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos
3. Apresentar-se ao paciente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Forrar a base da balança com papel-toalha;
5. Verificar as condições de a balança destravá-la, tarar e travá-la (mecânica) ou ligá-la e verificar a tara (eletrônica);
6. Pedir ao paciente para subir na balança após retirar os sapatos;
7. Ler o valor obtido (balança eletrônica), ajustar os massores e verificar o peso (balança mecânica);
8. Ajudar o paciente a descer da balança;
9. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
10. Higienizar as mãos;
11. Registrar no prontuário eletrônico;
12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

OBSERVAÇÕES:

- Certificar que as balanças estão apoiadas sobre uma superfície plana, lisa e firme;
- Pesas os pacientes com a menor quantidade possível de roupas;
- Em crianças menores de 15 kg, deve-se utilizar a balança infantil (de bandeja), colocando a criança deitada com todo o corpo sobre a bandeja, com a mão próxima para evitar quedas;
- Deve-se despir totalmente a criança (inclusive calçados e fraldas) para evitar alteração de resultado;
- Crianças impossibilitadas de se movimentar devem ser pesadas no colo do profissional e descontar o peso do colaborador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012. POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA CORPÓREA

FINALIDADE: Determinar a temperatura corpórea (da superfície da pele).

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem

MATERIAL:

- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Termômetro coluna de mercúrio ou digital.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos
3. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Manter o paciente em posição confortável;
5. Realizar desinfecção do termômetro zerando a temperatura armazenada anteriormente (para crianças preferir o termômetro digital);
6. Selecionar local apropriado, livre de lesões (preferencialmente região axilar);
7. Aguardar por 05 minutos (termômetro de mercúrio) ou até a emissão de sinal sonoro (termômetro digital);
8. Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70% e zerar a temperatura armazenada;
9. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
10. Higienizar as mãos;
11. Registrar no prontuário eletrônico;
12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

OBSERVAÇÕES:

- Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração;
- Em crianças observar se vestimenta adequada à estação do ano ou temperatura ambiente ou fatores externos que possam alterar a temperatura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão: Enfermagem**, 2012.

MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

FINALIDADE: Avaliar a distribuição de gordura nos indivíduos, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.
MATERIAL: <ul style="list-style-type: none"> Fita métrica não extensível/inelástica.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; Solicitar ao paciente que fique em pé, ereto, abdome relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas; Afastar a roupa do paciente de forma que a região da cintura fique despida; Posicionar-se lateralmente ao paciente e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca; Segurar o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre o ponto médio localizado; Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura; não deve ficar larga, nem apertada; Pedir ao paciente que inspire e, em seguida, que expire totalmente. Realizar a leitura antes que a pessoa inspire novamente; Higienizar as mãos; Registrar no prontuário eletrônico; Manter ambiente de trabalho limpo e organizado
OBSERVAÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde. Brasília/DF, 2011.

MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL

FINALIDADE: Indicar indiretamente a quantidade de gordura visceral no corpo quando relacionada com a circunferência abdominal do indivíduo.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- Fita métrica não extensível/inelástica.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Higienizar as mãos
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Orientar o paciente a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com mínimo de roupas possível;
- Colocar a fita métrica ao redor do quadril, ao nível das espinhas ilíacas anteriores, sem comprimir a pele, levando em consideração a porção mais volumosa do glúteo;
- Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes;
- Realizar a leitura;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Prefeitura Municipal de Campinas/SP, 2009.

MEDIDA DA ESTATURA

FINALIDADE: Técnica para obtenção da altura dos indivíduos.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- Antropômetro

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Higienizar as mãos
2. Apresentar-se ao paciente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Crianças menores de 2 anos:

3. Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços;
4. Manter, com a ajuda da mãe/ responsável:
 - a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;
 - os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro;
 - os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro;
5. Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levantar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam;
6. Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;
7. Retirar a criança;
8. Higienizar as mãos;
9. Registrar no prontuário;
10. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:

11. Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento;
12. Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;
13. Solicitar ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/ parede;
14. Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;
15. Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;
16. Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;

17. Higienizar as mãos;
18. Registrar no prontuário;
19. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde**. Brasília/DF, 2011.

MEDIDA DO PERÍMETRO CEFÁLICO

FINALIDADE: Medida da circunferência fronte-occipital, correspondendo ao perímetro cefálico máximo.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem

MATERIAL:

- Fita métrica não extensível/inelástica.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Higienizar as mãos
2. Apresentar-se ao paciente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
3. Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal;
4. Passar a fita métrica por baixo da cabeça da criança posicionando-a sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima;
5. Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça;
6. Realizar a leitura;
7. Higienizar as mãos;
8. Registrar no prontuário eletrônico;
9. Manter ambiente limpo e organizado.

OBSERVAÇÕES:

- Não incluir pavilhão auricular;
- Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

MEDIDA DO PERÍMETRO TORÁCICO

FINALIDADE: Medida da circunferência torácica obtida na altura dos mamilos.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- Fita métrica não extensível/inelástica.

<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos 2. Apresentar-se ao paciente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 3. Colocar a criança deitada ou sentada caso já consiga permanecer nessa posição; 4. Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos; 5. Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax; 6. Realizar a leitura; 7. Higienizar as mãos; 8. Registrar no prontuário eletrônico; 9. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado
<p>OBSERVAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A medida não deve ser feita sobre a roupa.
<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO. Secretaria Municipal de Saúde.. Procedimentos Operacionais Padrão para as Unidades Básicas de Saúde. Colombo/PR, 2012.</p>

<h2 style="color: #0056b3;">VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA</h2>
<p>FINALIDADE: Determinar a resposta cardíaca expressa pelo batimento de uma artéria pressionada sobre uma saliência óssea. Envolve os critérios de frequência, volume e ritmo avaliados por 1 (um) minuto.</p>
<p>COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.</p>
<p>MATERIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relógio com marcador de segundos ou cronômetro. • Estetoscópio se necessário.
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material; 2. Higienizar as mãos 3. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 4. Manter o paciente em posição confortável; 5. Posicionar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, pressionando levemente contra saliência óssea; 6. Enumerar as pulsações por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto a volume, ritmo e frequência); 7. Higienizar as mãos 8. Registrar no prontuário eletrônico; 9. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.
<p>OBSERVAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração; • Considerar se o paciente realiza atividade física regular, neste caso, a frequência padrão pode ser inferior.
<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p>

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica.** 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão: Enfermagem,** 2012.

VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

FINALIDADE: Determinar a resposta pulmonar expressa pelos movimentos respiratórios envolve os critérios de frequência, amplitude/profundidade, ritmo e simetria que devem ser avaliados por 1 (um) minuto.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

MATERIAL:

- Relógio com marcador de segundos
- Estetoscópio se necessário

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Higienizar as mãos
2. Reunir o material e levá-lo para próximo do cliente;
3. Apresentar-se e explicar o procedimento ao cliente e/ou acompanhante;
4. Manter o paciente em posição confortável;
5. Colocar a mão no pulso do cliente simulando a verificação do pulso;
6. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;
7. Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;
8. Higienizar as mãos;
9. Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%;
10. Registrar no prontuário;
11. Comunicar enfermeiro se alterações.
12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

OBSERVAÇÕES:

Observar os padrões de frequência respiratória:

IDADE	Batimentos por minuto*
Recém-Nascido	35-40
Lactentes (06 meses)	30-50
Crianças que começam a andar	25-32
Crianças	20-30
Adolescentes	16-19
Adultos	14-20

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão: Enfermagem,** 2012.

POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR

FINALIDADE: Obtenção do nível de glicemia capilar

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem
MATERIAL: <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja • Algodão • Luvas de procedimento • Lanceta • Glicosímetro • Fitas reagentes
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos 2. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 3. Calçar as luvas de procedimento; 4. Conectar a fita reagente ao glicosímetro; 5. Orientar o paciente a lavar as mãos com água e sabão, enxaguar e secar. 6. Posicionar o dedo do paciente para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local; 7. Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção; 8. Comprimir o local com algodão seco; 9. Aguardar o resultado pelo glicosímetro; 10. Desprezar os materiais pérfuro-cortantes em recipiente adequado. 11. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados; 12. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos; 13. Registrar no prontuário eletrônico; 14. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado
OBSERVAÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Seguir as instruções dos fabricantes dos glicosímetros, checando recomendações específicas; • Evitar locais frios, cianóticos ou edemaciados para a punção para assegurar uma amostra de sangue adequada; • Verificar a validade das fitas; • Verificar a compatibilidade entre o número do “chip” /código com o número do lote da fita utilizada; • Comunicar resultado ao enfermeiro, caso esteja alterado; • Cumprir rodízio dos locais de punção; • Amostras de sangue escorridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Manual de Procedimentos de Enfermagem . Brasília/DF, 2012. POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem . 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. PIANUCCI, A. Saber Cuidar: procedimentos básicos em enfermagem . São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2005.

ORGANIZAÇÃO DE SALAS

FINALIDADE: Compreende a preparação da sala ou setor para as atividades de enfermagem. Inclui a desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes nas diferentes áreas de uma unidade de saúde e a providência dos materiais necessários para o desenvolvimento das atividades.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- Luvas;
- Álcool a 70%;
- 02 panos limpos;
- Solução com hipoclorito de sódio 1% (para locais com presença de matéria orgânica);
- Lista com os materiais a serem reabastecidos na sala ou setor. (Anexo x)

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Descartar materiais com validade vencida ou com a qualidade comprometida;
2. Checar o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos do setor. Em caso de algum problema ou mau funcionamento, comunicar imediatamente o enfermeiro responsável;
3. Higienizar as mãos
4. Calçar as luvas;
5. Umedecer o pano limpo com álcool 70% e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo;
6. Se houver locais com presença de matéria orgânica, proceder primeiro a limpeza com hipoclorito de sódio 1%, aguardar 10 minutos e remover com água e sabão. Após, secar a superfície e limpar com álcool a 70% conforme descrição no item anterior;
7. Verificar os materiais em falta no setor e providenciar a reposição.

OBSERVAÇÕES:

- As superfícies referidas neste protocolo compreendem: mobiliários, equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, suporte para soro, balança, computadores e outros com os quais o profissional e os materiais terão contato durante o trabalho.
- Após a realização de procedimentos em que haja contaminação da sala por secreções ou produtos, deve ser realizada uma limpeza sistemática, concorrente ou terminal de acordo com cada situação a ser definida pelo enfermeiro na rotina de cada serviço;
- O Enfermeiro deve ser responsável por determinar a execução e a periodicidade do procedimento de limpeza a fim de garantir o atendimento seguro ao paciente e ao profissional;
- Repor os materiais necessários;
- Para realização de limpeza concorrente e terminal ver POP de esterilização;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília/DF, 2010.

CUNHA F.M.B.; et al. **Manual de boas práticas para o serviço de limpeza – abordagem técnica e prática**. Faculdade de odontologia, São José dos Campos/ SP, 2010.

USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

FINALIDADE: Regulamentar a utilização do Equipamento de Proteção Individual (EPI), visando proporcionar condições de trabalho mais seguras, evitar o risco de acidentes e proteger a saúde do trabalhador.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem, médico

NORMAS

- Os profissionais da área de saúde deverão fazer uso de dispositivos ou produtos, de uso individual ou coletivo, destinado à proteção de riscos, suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.
- O profissional deverá receber os equipamentos adequados ao risco da unidade escalada e o uso é obrigatório.
- O trabalhador que se acidentar na execução de suas atividades, independente do uso de EPI, deverá comunicar à sua chefia imediata para dar andamento no preenchimento da ficha de notificação e receber atendimento.
- Os profissionais de saúde deverão usar sapatos fechados e confortáveis segundo recomendação da NR 32.
- Os trabalhadores não devem sair do local de trabalho usando EPI.
- A equipe de enfermagem deverá realizar limpeza e/ou desinfecção dos EPI.
- Fazer uso do EPI apenas para o fim a que se destina.
- Zelar pela conservação do EPI fornecido pela instituição.
- Responsabilizar-se pela guarda de EPI sob seu uso pessoal, bem como o descarte, se for o caso.
- Participar dos treinamentos e dos cursos de educação permanente acerca do uso de EPIs e prevenção de riscos.
- É responsabilidade do enfermeiro exigir o uso adequado dos EPIs por todos os colaboradores da sua unidade de trabalho e reforçar periodicamente as orientações sobre o uso de EPI aos trabalhadores.

USO DE LUVAS ESTÉREIS

FINALIDADE: É a colocação e retirada adequada das luvas esterilizadas com a finalidade de evitar contaminação.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- Luvas esterilizadas na numeração adequada.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Higienizar as mãos
2. Abrir a embalagem externa pela borda de abertura até o final;

3. Retirar a embalagem interna, colocando-a sobre uma superfície limpa;
4. Abrir as dobras horizontais do envelope;
5. Abrir os dois lados das dobras verticais do papel pelas abas presentes nestas;
6. Segurar com o polegar e indicador da mão não dominante a dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura da mesma;
7. Unir os dedos da mão dominante, com a palma da mão voltada para cima e introduzi-la na abertura da luva. Tracionar a luva com a mão não dominante em direção ao punho, até calçá-la por completo, desfazendo a dobra do punho;
8. Ajustar os dedos da mão que estão dentro da luva na medida em que a traciona;
9. Colocar os dedos da mão enluvada por baixo da dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura;
10. Unir os dedos da mão não dominante e introduzir na abertura da luva com a palma da mão voltada para cima. Tracionar a luva em direção ao punho até calça-la por completo, desfazendo a dobra do punho;
11. Ajustar as luvas de ambas às mãos;
12. Manter a mão enluvada longe do corpo e outras superfícies;
13. Desprezar o papel envelope da luva apenas após término do procedimento asséptico a ser realizado.

RETIRAR AS LUVAS

1. Segurar com o polegar e o indicador de uma das mãos a luva da outra mão, próximo ao punho desta;
2. Puxar a luva em direção aos dedos, virando-a para o lado avesso, a medida que vai sendo retirada;
3. Segurar a luva retirada com a mão que encontra-se com luva;
4. Repetir o procedimento na outra mão, encapando a luva que era segurada;
5. Desprezar as luvas na lixeira correta (lixo comum ou infectante), dependendo da quantidade de sangue/secreção contida nestas;
6. Higienizar as mãos.

OBSERVAÇÕES:

- Higienizar as mãos antes e depois de calçar as luvas. As luvas não oferecem proteção completa contra a contaminação, razão que justifica a importância da correta higienização das mãos antes de calçar as luvas;
- Utilizar luvas esterilizadas sempre que for manipular campos/materiais estéreis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASILIA. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos: Considerações sobre seu uso. **Boletim Informativo de Tecnovigilância**. Brasília, n.2, abr-jun, 2011.

CONSERVAÇÃO DE POMADA, GEL E CREME APÓS ABERTURA

FINALIDADE: Padronizar as formas de conservação de pomada, gel e creme após abertura, a fim de prevenir/evitar eventos adversos

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem

NORMAS

- Os recipientes (bisnagas, frascos e potes) com os produtos (creme, óleo, gel ou pomada) violados, ou seja, abertos, deverão ser identificados com data, hora de abertura e nome do profissional.
- Os produtos acondicionados em bisnaga, frasco ou pote poderão ser de uso coletivo, desde que tenha indicação e o manuseio seja feito sem contaminá-lo. No caso de bisnaga, deve-se desprezar a primeira porção e só usar a porção seguinte. As substâncias acondicionadas em potes deverão ser manuseadas com espátula esterilizada ou não, que deverá ser desprezada após o uso.
- Alguns exemplos dos produtos em creme, óleo, gel e pomada, mais utilizados na instituição são: pomada composta, xilocaína gel, agentes tópicos para curativos (papaína, fibrase, sulfatiazina de prata, ácido graxo essencial, hidrogel), cremes dermatológicos e outros.
- As tampas das bisnagas e dos potes, quando abertas, deverão ser colocadas com a parte interna para cima sobre superfícies limpas, quando manuseadas.
- Armazenar os produtos em local adequado (seco, limpo, geladeira se necessário).

PREPARO DE MEDICAMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO POR VIA PARENTERAL

FINALIDADE: Oferecer segurança e qualidade nas medicações realizadas pela via parenteral.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem

MATERIAL:

- Bandeja;
- Algodão;
- Álcool a 70%
- Seringa descartável, com dispositivo de segurança, apropriada à via de administração e volume;
- Agulha descartável apropriada;
- Medicamento prescrito;
- Etiqueta para identificar o medicamento.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar a prescrição (medicamento prescrito, nome, nº de registro e órgão de classe do prescritor), data, dose, via e nome paciente;
2. Reunir o material, escolhendo a seringa e agulha apropriada para a técnica a ser realizada;
3. Higienizar as mãos;
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
5. Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento a ser administrado;
6. Se for **AMPOLA** observar se todo o medicamento está na parte inferior da ampola;
7. Limpar o gargalo com algodão embebido em álcool a 70%;
8. Montar a seringa com agulha de grosso calibre;
9. Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze;
10. Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio de uma das mãos, e com a outra pegar a seringa e introduzir cuidadosamente dentro da ampola sem

tocar as bordas externas, com o bísel voltado para baixo, em contato com o líquido;

11. Aspirar a dose prescrita;
 12. Se for **FRASCO-LIÓFILO** retirar o lacre metálico do frasco superior, limpar a borracha e o gargalo da ampola com o diluente, usando algodão embebido em álcool a 70%;
 13. Aspirar o diluente da ampola e introduzir o líquido no frasco ampola;
 14. Retirar a seringa, sem contaminar a agulha;
 15. Realizar rotação do frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma;
 16. Colocar ar na seringa, na mesma quantidade do líquido que será aspirado do frasco;
 17. Erguer o frasco verticalmente, com a borracha voltada para baixo, logo após introduzir a agulha, que está conectada à seringa, no mesmo e injetar o ar, aspirando a dose prescrita;
 18. Se for **FRASCO-AMPOLA** retirar o lacre metálico superior;
 19. Limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%;
 20. Montar seringa com agulha de grosso calibre;
 21. Colocar ar na seringa na mesma proporção da quantidade do líquido a ser aspirado;
 22. Erguer o frasco verticalmente, com a borracha voltada para baixo, logo após introduzir a agulha, que está conectada a seringa, no mesmo e injetar o ar;
 23. Aspirar a dose prescrita;
- Ao final do preparo:**
24. Deixar a seringa/ agulha para cima em posição vertical, expelindo todo o ar que tenha penetrado;
 25. Proteger a agulha com protetor próprio;
 26. Trocar a agulha conforme a especificidade do paciente, líquido e via de administração;
 27. Identificar com nome do paciente, nome do medicamento, via de administração, horário de administração e colocar na bandeja;
 28. Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
 29. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
 30. Higienizar as mãos;
 31. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;

OBSERVAÇÕES:

- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;
- Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente;
- Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se de que ele está na temperatura ambiente, evitando dessa forma a ocorrência de hipotermia;
- Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação;
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, nome e quantidade do medicamento, data e horário da diluição;
- Quando necessário diluir o medicamento em soro compatível, como SF 0,9% ou SG 5%.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Rotinas de preparo de medicação parenteral**. Disponível em: www.hu.ufsc.br/CCIH/02-rotinas.pdf.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012

POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAVENOSA

FINALIDADE: Permitir absorção rápida do medicamento; Aplicar medicamentos a clientes impossibilitados de utilizar outra via; Administrar doses elevadas de medicamentos e soros; Manter / reestabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Algodão;
- Garrote;
- Etiqueta para identificar o medicamento;
- Seringa descartável com dispositivo de segurança;
- Agulha descartável para aspiração/preparo do medicamento;
- Medicamento/solução prescrita;
- Solução prescrita para diluição do medicamento;
- Equipo micro ou macrogotas (se necessário);
- Cateter intravenoso periférico – AbocathR ou dispositivo de infusão intravenoso - ScalpR com número adequado para quantidade e velocidade de infusão;
- Esparadrapo ou micropore;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar a prescrição (medicamento prescrito, nome, nº de registro e órgão de classe do prescritor), data, dose, via e nome paciente;
2. Reunir o material;
3. Higienizar as mãos;
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
5. Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da medicamento a ser administrado;
6. Calçar luvas de procedimento;
7. Verificar o local onde será realizada a punção venosa, atentar para possíveis restrições de local (mastectomia, distúrbios de coagulação, cateterismo e fístulas);
8. Realizar antissepsia da pele;
9. Garrotear aproximadamente 10 cm acima do local escolhido para a realização da punção venosa, solicitar ao paciente a realização do movimento de abrir e fechar das mãos;
10. Utilizar o dispositivo mais adequado para infusão do medicamento conforme as indicações a seguir:
Punção com Scalp
11. Realizar a punção com o bisel do scalp voltado para cima;
12. Observar se há retorno venoso, se sim, soltar o garrote;

13. Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;
14. Fixar o dispositivo com micropore ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso.

Punção com cateter intravenoso periférico

15. Realizar a punção com o bisel do abocath voltado para cima;
16. Observar se há retorno venoso no dispositivo, se sim, introduzir o cateter, remover a agulha ou acionar o dispositivo de recolhimento automático;
17. Soltar o garrote;
18. Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;
19. Fixar o dispositivo com micropore ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso.
20. Administrar o medicamento no tempo correto, conforme prescrição ou indicação do fabricante, observar atentamente o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas;

Após a finalização da administração medicamentosa:

21. Retirar o dispositivo escolhido para punção e pressionar o local com algodão;
22. Desprezar os materiais pérfurocortantes em recipiente adequado;
23. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
24. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
25. Realizar anotação de enfermagem no prontuário eletrônico;
26. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;

OBSERVAÇÕES:

- Punção com Scalp: utilizado para infusão de soluções de grande volume. Deve-se utilizar o dispositivo de tamanho adequado ao calibre da veia escolhida para realização da administração medicamentosa;
- Punção com Abocath: utilizado para infusão de soluções de grande volume, e principalmente quando há a necessidade de infusão rápida. Em pacientes com prognóstico de remoção via SAMU, é obrigatória a utilização deste dispositivo.
- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;
- Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;
- Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se de que ele está na temperatura ambiente, evitando dessa forma a ocorrência de hipotermia;
- Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procurar a orientação;
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar o frasco com nome do paciente, nome e quantidade do medicamento, data e horário da diluição;
- Quando necessário diluir o medicamento em solução compatível, como SF 0,9% ou SG 5%;
- A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

NÉRI, E.D.R., et al. Protocolos de preparo e administração de medicamentos: Pulsoterapia e Hospital Dia. Universidade Federal do Ceará, Hospital Walter Cantídio. Fortaleza/CE, 2008.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR

FINALIDADE: Utilizar o tecido muscular como via de administração de medicamentos, beneficiando-se da rápida absorção de substâncias por esse tecido.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- EPI (luva de procedimento, óculos de proteção);
- Bandeja;
- Seringa – conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml.);
- Agulha – comprimento/calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado;
- Algodão;
- Medicamento prescrito;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar a prescrição (medicamento prescrito, nome, nº de registro e órgão de classe do prescritor), data, dose, via e nome paciente;
2. Reunir o material;
3. Higienizar as mãos;
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
5. Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;
6. Escolher local da administração;
7. Realizar antissepsia da pele;
8. Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar;
9. Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo;
10. Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);
11. Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;
12. Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;
13. Fazer leve compressão no local;
14. Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
15. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
16. Higienizar as mãos;
17. Realizar anotação de enfermagem e registro do procedimento;
18. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;

OBSERVAÇÕES:

- A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos;
- O músculo escolhido para administração do medicamento deve ser bem desenvolvido, de fácil acesso e não possuir vasos de grosso calibre ou nervos superficiais. O volume máximo e substância a ser utilizada devem ser compatíveis com a estrutura muscular;
A. Locais de aplicação: O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. Na seleção do local deve-se considerar o seguinte:
 - Distância em relação a vasos e nervos importantes;
 - Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;

- Espessura do tecido adiposo;
- Idade do paciente;
- Irritabilidade da droga;
- Atividade do paciente;

Dorsoglútea (DG):

- Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição em pé é contra-indicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;
- Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma linha imaginária, a partir da espinha íliaca póstero-superior até o trocanter do fêmur;
- Administrar a injeção acima dessa linha imaginária;
- Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

Ventroglútea (VG):

- Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal;
- Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;
- Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha íliaca ântero-superior direita;
- Estender o dedo médio ao longo da crista íliaca;
- Espalmar a mão sobre a base do grande trocanter do fêmur e afastar o indicador dos outros dedos formando um triângulo ou "V". Realizar a aplicação dentro dessa área delimitada entre os dedos médios e indicador;
- Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Vasto Lateral da Coxa:

- Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;
- Traçar um retângulo delimitado pela linha média na região anterior da coxa, (na frente da Perna) e na linha média lateral da coxa (do lado da perna), 12-15 cm do grande trocanter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura;
- Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos.

Deltóide:

- Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral;
- Localizar músculo deltóide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicamento no centro do triângulo imaginário.
- Avaliar massa muscular – máximo de 2,5ml

B – Escolha correta do ângulo

- Vasto lateral da coxa – ângulo 45 em direção podálica;
- Deltóide – ângulo 90°;
- Ventroglúteo – angulação dirigida ligeiramente à crista íliaca;
- Dorso glúteo – ângulo 90°;

C – Escolha correta da agulha:

Conforme Horta & Teixeira (1973) a dimensão da agulha em relação à solução e à espessura da tela subcutânea (quantidade de tecido abaixo da pele) na criança e no adulto, deve seguir o seguinte esquema:

FAIXA ETÁRIA	ESPESSURA SUBCUTÂNEA	SOLUÇÃO AQUOSA	SOLUÇÃO OLEOSA OU SUSPENSÃO
ADULTO	<ul style="list-style-type: none"> • MAGRO • NORMAL • OBESO 	<ul style="list-style-type: none"> • 25 x 6/7 • 30 x 6/7 • 30 x 8 	<ul style="list-style-type: none"> • 25 x 8 • 30 x 8 • 30 x 8
CRIANÇA	<ul style="list-style-type: none"> • MAGRA • NORMAL • OBESA 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 x 6 • 25 x 6/7 • 30 x 8 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 x 6 • 25 x 8 • 30 x 8

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. **Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEA

FINALIDADE: Lentificar o tempo de absorção do medicamento administrado

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Algodão;
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;
- Agulha para aplicação (13x4,5 ou 8x4,5);
- seringa de 1 ml;
- Medicamento prescrito.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar a prescrição (medicamento prescrito, nome, nº de registro e órgão de classe do prescritor), data, dose, via e nome paciente;
2. Reunir o material;
3. Higienizar as mãos;
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
5. Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;
6. Escolher o local da administração;
7. Realizar antissepsia da pele;
8. Pinçar com os dedos a pele do local da administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão dominante. O profissional deve segurar a seringa como se fosse um dardo, deixando a palma da mão para cima);
9. Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo 45° a 90°; dependendo da quantidade de tecido subcutâneo no local;
10. Aspirar, observando se atingir algum vaso sanguíneo;
11. Injetar o líquido lentamente;
12. Retirar a agulha com movimento único e firme;
13. Fazer leve compressão local com algodão;
14. Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;

<p>15. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados; 16. higienizar as mãos; 17. Realizar anotação de enfermagem e registro do procedimento; 18. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;</p>
<p>OBSERVAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos; • Na administração de insulina e heparina não realizar massagem após aplicação, para evitar absorção regride; • Locais de aplicação: região deltoide no terço proximal, face superior externa do braço, face externa coxa, parede abdominal; • Administrar volume máximo 0,5 a 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamento); • Realizar rodízio nos locais de aplicação;
<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.</p> <p>POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.</p>

<h2 style="color: #4F81BD;">ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADÉRMICA</h2>
<p>FINALIDADE: Realizar imunização com vacina antirrábica e BCG; Realizar reações de hipersensibilidade.</p>
<p>COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.</p>
<p>MATERIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • EPIs (luvas de procedimento e óculos de proteção); • Algodão; • Seringa descartável de 1mL; • Agulha descartável – para aspiração/preparo do medicamento; • Agulha 10x5 ou 13x4,5 para administração da substância; • Solução prescrita.
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Checar a prescrição (medicamento prescrito, nome, nº de registro e órgão de classe do prescritor), data, dose, via e nome paciente; 2. Reunir o material; 3. Higienizar as mãos; 4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 5. Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada; 6. Calçar as luvas de procedimento; 7. Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura); 8. Realizar antisepsia da pele utilizando algodão com álcool 70%, no sentido de baixo para cima; 9. Colocar os óculos de proteção;

10. Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o dedo indicador;
11. Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça;
12. Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;
13. Após a finalização da administração, retirar o polegar da extremidade do êmbolo e a agulha da pele;
14. Não friccionar o local;
15. Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado.
16. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
17. Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
18. Realizar anotação de enfermagem e registro do procedimento;
19. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;

OBSERVAÇÕES:

- Imediatamente após a administração, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação de pessoal em sala de vacinação - manual do treinando**. Org. Coordenação do Programa Nacional de Imunizações. 2ª ed. – Brasília (DF). Fundação Nacional de Saúde, 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL

FINALIDADE: Utilizar a via oral para a administração de medicamentos orais tais como drágeas, cápsulas, comprimidos, xaropes e suspensões.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem

MATERIAL:

- Copo descartável ou copo graduado quando xarope ou solução aquosa.
- Medicamento
- Bandeja
- Líquido para ingestão (copo de água)

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar a prescrição (medicamento prescrito, nome, nº de registro e órgão de classe do prescritor), data, dose, via e nome paciente;
2. Reunir o material;
3. Higienizar as mãos;
4. Separar o medicamento evitando toca-lo com as mãos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar. Em caso de suspensão aquosa ou xarope, agitar o frasco e separar a dose prescrita com auxílio de copo graduado ou conta gotas;
5. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
6. Oferecer o medicamento; Drágeas ou cápsulas: orientar o paciente a não mastigar o medicamento e evitar consumir outros líquidos durante a absorção.

<p>Medicamento sublingual: pedir ao paciente que mantenha o medicamento sob a língua, não mastigando ou engolindo. Medicamento bucal (de absorção em mucosa da bochecha): orientar o paciente a alternar as bochechas para evitar a irritação da mucosa;</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Certificar-se que o medicamento foi deglutido ou completamente dissolvido; 8. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados; 9. Higienizar as mãos; 10. Realizar anotação de enfermagem e registro do procedimento; 11. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;
<p>OBSERVAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos; • Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço; • Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente;
<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.</p> <p>POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.</p> <p>KOCH. R.M. et. AL. Técnicas básicas de enfermagem. 22ªedição. Curitiba. Século XX, Livros, 2004.</p>

<h2 style="color: #4F81BD;">ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INALATÓRIA</h2>
<p>FINALIDADE: Umidificar as vias aéreas; Fluidificar secreções do trato respiratório, facilitando a sua expectoração; Manter a permeabilidade da via aérea.</p>
<p>COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.</p>
<p>MATERIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máscara para nebulização; • Copo nebulizador; • Extensão de latex (chicote); • Seringa descartável de 10 ml com dispositivo de segurança; • Agulha descartável – para aspiração da solução para diluição (se necessário); • Solução de diluição prescrita; • Medicamento prescrito; • Fonte de oxigênio, ar comprimido ou nebulizador portátil;
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Checar a prescrição (medicamento prescrito, nome, nº de registro e órgão de classe do prescritor), data, dose, via e nome paciente; 2. Reunir o material; 3. Higienizar as mãos; 4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 5. Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento e solução a serem administrados; 6. Aspirar a quantidade prescrita da solução para diluição do medicamento, se necessário;

7. Preparar corretamente o medicamento prescrito no copo nebulizador (quantidade de solução associada ao medicamento, conforme prescrição);
8. Conectar o copo nebulizador a extensão de latex (chicote), que está acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio ou nebulizador;
9. Regular o fluxo (5 a 10 litros/mim). Em caso de oxigênio o fluxo deve estar prescrito;
10. Orientar o paciente a manter a respiração nasal durante a inalação do medicamento;
11. Fechar o fluxômetro ao término da inalação e oferecer papel toalha ao paciente para este secar a umidade do rosto;
12. Comunicar ao prescritor que o procedimento findou-se caso haja a necessidade de reavaliação após procedimento;
13. Desconectar o copo da extensão de latex (chicote) acoplado ao fluxômetro e colocar o copo e a máscara para lavagem e desinfecção;
14. Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
15. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
16. Higienizar as mãos;
17. Realizar anotação de enfermagem e registro do procedimento;
18. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;

OBSERVAÇÕES:

- Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec) deve-se solicitar ao paciente ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada;
- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo;
- Caso a solução para diluição esteja em um frasco que será fracionado para vários procedimentos, identificar frasco com data e horário de abertura e validade;
- Deve-se fazer a inalação com o cliente sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

WILLIAMS, L. & WILLIAMS. **Enfermagem Médica e Hospitalar** (título original: Nurse's pocjet companion). Tradução Renato Lamounier Barbieri, Tânia Regina Micele – 1 ed. São Paulo: Editora Rideel, 2006.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR

FINALIDADE: Administrar medicamentos na bolsa conjuntival como em casos de glaucoma, após cirurgia de catarata, uso de lágrimas artificiais e vasoconstritores.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- Colírio ou pomada oftalmológica;
- Gaze;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar a prescrição (medicamento prescrito, nome, nº de registro e órgão de classe do prescritor), data, dose, via e nome paciente;
2. Reunir o material;
3. Higienizar as mãos;
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução, solicitando que incline a cabeça para trás;
5. Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente e evitando tocá-la. Pedir para o paciente olhar para cima e pingar o medicamento no centro da bolsa conjuntival;
6. Orientar o paciente a fechar a pálpebra;
7. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
8. Higienizar as mãos;
9. Realizar anotação de enfermagem e registro do procedimento;
10. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;

OBSERVAÇÕES:

- Usar o medicamento apenas no olho afetado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas/SP, 2009.

ADMINISTRAÇÃO DE INSULINAS

FINALIDADE: Melhorar o tratamento com as ações complementares destas insulinas.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Seringa de 01 ml;
- Agulha;
- Insulina (conforme prescrição médica)

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Conferir prescrição médica e reunir o material;
2. Higienizar as mãos;
3. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Retirar o frasco de insulina da geladeira 10 a 20 minutos antes da aplicação;
5. Rolar o frasco entre as mãos sem agitar com no mínimo 20 movimentos;
6. Realizar a assepsia do frasco com algodão embebido em álcool 70%;
7. Aspirar a quantidade de ar na seringa;
8. Injetar o ar dentro do frasco para melhor retirada da insulina;
9. Virar o frasco e a seringa para baixo, aspirando a quantidade de unidades conforme a prescrição médica;
10. Retirar o ar que esteja presente na seringa;
11. Selecionar a área de aplicação, tendo os cuidados no rodízio de áreas para aplicação;
12. Fazer assepsia da área com algodão;

13. Fazer prega na pele e introduzir a seringa em ângulo de 90° e após soltar a prega;
14. Administrar a quantidade de insulina que consta na seringa;
15. Retirar a seringa e após fazer uma leve compressão com algodão, não esfregar.
16. Organizar o material utilizado;
17. Lavar as mãos e registrar no prontuário.

OBSERVAÇÕES:

- Ao encontrar presença de sangue na aplicação da insulina, seguir o seguinte: sangue em pequena quantidade, continuar a administração, sangue em grande quantidade, interromper a administração e preparar nova dose de insulina (Ministério da Saúde).
- A aspiração após a introdução da agulha não é necessária quando se está utilizando os instrumentos corretos (Associação Americana dos Diabéticos, 2004).
- Algumas insulinas podem ser prescritas e administradas conjuntamente no paciente;
- Mistura de NPH + Regular: pode ser feita e utilizada imediatamente ou armazenada em refrigerador para uso em 30 dias.
- Mistura de NPH + Ultrarrápida: pode ser feita e deverá ser utilizada imediatamente após o preparo.
- Mistura de Regular + Lenta: não tem indicação.
- Glargina ou Detemir + qualquer tipo de insulina: não pode ser misturada devido ao Ph baixo do diluente.

Nos casos em que houver a mistura das insulinas seguindo as orientações anteriores, a técnica é a mesma da citada na administração da insulina, incluindo:

- Primeiramente aspira-se a quantidade de ar que consiste as unidades de insulina NPH e injeta-se o ar dentro de frasco de insulina NPH;
- Após o mesmo procedimento com a insulina regular, já aspirando a quantidade de insulina para a seringa;
- Por último aspira-se a quantidade de insulina NPH, sendo que o ar já foi injetado anteriormente.
- Na hipótese de se aspirar quantidades superiores às prescritas, de forma alguma recolocar as insulinas nos frascos. Desprezar e realizar o procedimento novamente.
- 10 UI de insulina corresponde a 0,1ml.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SÃO PAULO. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. **Manual de Orientação Clínica- Diabetes Mellitus**, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007.

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL

FINALIDADE: Oferecer aporte nutricional para melhora clínica do paciente.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- EPI (luva de procedimento e óculos de proteção);
- Dieta industrializada ou não;
- Frasco para dieta;
- Equipo de dieta enteral;
- Seringa de 20 ml;
- Estetoscópio.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos;
3. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Promover a privacidade do paciente;
5. Preparar a dieta conforme recomendações do fabricante ou solicitar a dieta preparada pelo familiar em residência e colocá-la em frasco próprio, utilizando técnica limpa e luvas calçadas;
6. Conectar o frasco de dieta ao equipo e preencher o equipo retirando o ar da extensão;
7. Colocar o paciente em posição Fowler (45°), quando não contraindicado;
8. Com auxílio da seringa, injetar 20ml de ar com pressão e auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica. Verificar a integridade da fixação da sonda e trocar se necessário;
9. Aspirar e medir o resíduo gástrico, colocando-o em um copo plástico para posterior reintrodução (se menor que 200ml);
10. Conectar o equipo com dieta à sonda;
11. Abrir a pinça rolete do equipo ajustando apropriadamente a velocidade de infusão;
12. Injetar 40ml de água na sonda logo após o término da dieta, com auxílio da seringa;
13. Administrar água conforme prescrição médica;
14. Deixar o paciente em posição de Fowler por cerca de 30 minutos após o término da infusão;
15. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
16. Retirar os EPI e higienizar as mãos;
17. Realizar anotação de enfermagem e registro do procedimento;
18. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;

OBSERVAÇÕES:

- Existem diferentes tipos de sondas de alimentações: naso/orogástrica, naso/oroenteral, gastrostomia e jejunostomia;
- As sondas de gastrostomia e jejunostomia não necessitam de confirmação de localização antes das administrações de dieta;
- Seguir a prescrição médica/nutricionista em relação ao tipo de dieta do paciente e valor calórico;
- A dieta enteral deve ser preparada com técnica limpa seguindo as recomendações do fabricante;
- O equipo e o frasco de dieta deve ser trocado a cada dieta;
- Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de dieta, para evitar obstrução da sonda;
- Realizar higiene oral conforme prescrição de enfermagem;
- Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida com água ou SF 0,9%;
- Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e descamação da pele;
- Aplicar creme ou vaselina nos lábios e narinas para prevenir a formação de crostas;

- Comunicar ao Enfermeiro as alterações ocorridas devido à infusão da dieta (vômitos, diarreia, constipação);
- As dietas não devem estar muito quentes ou frias;
- As infusões de dietas enterais por sonda devem ser administradas de forma intermitente, com infusão ou gotejamento lento por gravidade, cinco a seis vezes ao dia, durante um período de 40 a 60 minutos;
- Antes de cada administração de nova dieta deve-se verificar o resíduo gástrico, quando este for superior a 200ml e o paciente apresentar desconforto ou distensão abdominal, recomenda-se interromper a infusão de dieta enteral e avaliar o paciente radiologicamente. Na ausência de sintomas digestivos, reavaliar o resíduo novamente em 1h. Deve-se comunicar o enfermeiro tal alteração. Lembrar sempre de devolver o resíduo retirado quando este for inferior a 200ml;

Para o cuidado domiciliar

- Orientar familiar/cuidador a utilizar 1 frasco/equipos para dieta e 1 frasco/equipos para água e sucos por 7 dias. Após este período desprezar o frasco/equipos da dieta, substituindo pelo frasco/equipos da água e abrir novo frasco/equipos para água e sucos;
- Utilizar seringa de 20ml para lavar as sondas após as administrações das dietas, essa deve ser substituída a cada 7 dias;
- O paciente, sempre que possível, deve ser estimulado a participar da terapia, cuidando da higiene das narinas e da sonda, e ainda ser instruído sobre os horários de infusão, bem como a relatar sintomas de desconforto e mal estar, mudanças no hábito intestinal ou qualquer alteração que possa indicar uma complicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer 25/2013. Inserção de sonda nasogástrica/nasoenteral (SNG/SNE) e lavagem gástrica em RN por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem**, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF. 2012.

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS

FINALIDADE: Manter as vias aéreas permeáveis; Reestabelecer as trocas gasosas melhorando a oxigenação arterial e pulmonar; Prevenir infecção.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem de acordo com Res. 557/2017

MATERIAL:

- EPIs (luva estéril, luvas de procedimento, óculos de proteção, gorro, máscara cirúrgica);
- Fluxômetro para aspiração;
- Fonte de vácuo e oxigênio;
- Frasco de aspiração;
- Extensão de silicone;
- Sonda aspiração 14 ou 16 (adulto), 8 ou 10 (pediátrico);
- Ampola de SF 0,9%;
- Ressuscitador manual de respiração;
- Gaze estéril;
- Cânula de Guedel;

- Oxímetro de pulso

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos;
3. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Colocar o paciente na posição Fowler (45°) ou semi-Fowler, se não for contra indicado;
5. Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo;
6. Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas de procedimento;
7. Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante;
8. Clampear a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar a cavidade oral e a orofaringe até a ausência/redução esperada do conteúdo aspirado;
9. Lavar a extensão com água destilada;
10. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
11. Retirar os EPIs;
12. Deixar o paciente confortável;
13. Higienizar as mãos;
14. Realizar anotação de enfermagem e registro do procedimento;
15. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;

Aspiração Traqueal:

16. Reunir o material;
17. Higienizar as mãos;
18. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
19. Posicionar o paciente com a cabeça em extensão para aspiração traqueal e posição semi-Fowler para aspiração nasal;
20. Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo. Utilize o restante da embalagem para proteger a sonda, mantendo-a estéril;
21. Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas estéreis;
22. Desconectar o ventilador e conectar o ressuscitador manual para realização de seis ventilações em 30 minutos, com auxílio de outro profissional;
23. Com a mão dominante (estéril), introduzir a sonda no tubo mantendo a extensão clampeada para não aplicar sucção até encontrar resistência (carina);
24. Soltar o látex para obter sucção, retirando a sonda com movimentos circulares, não ultrapassando a duração de 10 segundos;
25. Reconectar o tubo do paciente ao ventilador, deixando-o descansar por pelo menos 30 segundos;
26. Se necessário, repetir o procedimento, entretanto é recomendado não realizar mais do que três aspirações por sessão;
27. Ao término da aspiração traqueal, promover a limpeza da sonda com água destilada e gaze, e realizar aspiração das vias aéreas superiores;
28. Lavar a extensão do aspirador com água destilada e desprezar a sonda;
29. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados e retirar as luvas estéreis;
30. Retirar os EPIs;
31. Fechar fonte de vácuo;
32. Deixar o paciente confortável;

- 33. Higienizar as mãos;
- 34. Realizar anotação de enfermagem e registro do procedimento;
- 35. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;

OBSERVAÇÕES:

- Instilação de SF0,9% (até 5ml) por via intrabronquica é indicada para promover fluidificação, mobilizar as secreções e estimular a tosse quando ocorrer formações de rolhas;
- O enfermeiro deve realizar ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliação da necessidade de aspiração;
- Ficar atento aos dados vitais como SpO2, FR, FC, PA; Se qualquer alteração chamar imediatamente o enfermeiro.
- Deve-se observar o aspecto da secreção do paciente (cor, consistência, quantidade e odor);

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AVENA, M.J.; CARVALHO, W.B.; BEPPU.O.S. **Avaliação do mecanismo Respiratório e da Oxigenação pré e pós –aspiração de secreção em crianças submetidas a ventilação pulmonar mecânica.** Trabalho realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital São Paulo_ Universidade Federal São Paulo. São Paulo, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Manual de Procedimentos de Enfermagem. Brasília/ DF, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica.** 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA

FINALIDADE: Higienização e troca da bolsa coletora de efluentes intestinais ou urinários em pacientes portadores de colostomia, ileostomia ou urostomia.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- EPIs (luvas de procedimento, máscara cirúrgica);
- Comadre;
- Tesoura;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Gaze ou papel higiênico;
- Sabão de uso habitual;
- Bolsa de estomia indicada ao paciente;
- Escala de medida do estoma;
- Protetor de pele (se necessário);

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos
3. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Promover a privacidade do paciente expondo apenas a área do estoma, colocando-o em decúbito dorsal;

5. Paramentar-se com os EPIs;
6. Esvaziar a bolsa coletora, observando o aspecto do material coletado (cor, consistência, quantidade, odor) e desprezar na comadre ou no vaso sanitário;
7. Umedecer a região do adesivo da bolsa ou da placa com gaze embebida em SF 0,9% aquecido e remover cuidadosamente da pele;
8. Limpar o estoma e região periestomal com gaze, água e sabão ou SF 0,9%, observando as condições da pele e mantendo-a seca para aplicação do dispositivo. Utilizar gaze sobre o mesmo para evitar drenagem de urina ou fezes enquanto prepara a nova bolsa coletora;
9. Medir o estoma com escala de medidas, traçar molde no verso da bolsa, deixando área de segurança de 1mm e recortar.
10. Aplicar pó protetor na pele periestoma em caso de sinais de irritação local;
11. Retirar o papel protetor da base adesiva da bolsa ou da placa;
12. Adaptar a nova bolsa coletora, ajustando sua abertura ao estoma, pressionando suavemente contra a parede abdominal. Colocar o clamp/presilha no dispositivo e fechar. A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes;
13. Em caso de dispositivo com duas peças (placa mais bolsa coletora), traçar o molde no verso da placa e recortar conforme medida. Após, adaptar a placa a abertura do estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa;
14. Deixar o paciente confortável;
15. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
16. Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
17. Realizar anotação de enfermagem;
18. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

OBSERVAÇÕES:

- Existem estomias intestinais e urológicas, deve ser utilizada bolsa coletora específica para cada caso.
- As bolsas coletoras podem ser de peça única (na mesma peça está a bolsa coletora e a barreira protetora de pele) ou de duas peças (bolsa coletora e barreira protetora de pele/placa separadas).
- As bolsas coletoras podem ser abertas (reutilizáveis) ou fechadas (uso único). A bolsa aberta é drenável e deve ser lavada com água e sabão e mantida enquanto houver boa aderência à pele.
- Remover o sistema de bolsas se o paciente reclamar de queimação ou coceira sob ele ou se houver drenagem purulenta ao redor do estoma.
- Usar apenas soro fisiológico ou água e sabão na pele ao redor do estoma para realizar limpeza.
- A bolsa coletora deve ser esvaziada sempre que o efluente atingir um terço ou, no máximo, metade da sua capacidade, a fim de evitar vazamento ou desprendimento da bolsa.
- O esvaziamento e a higienização regular da bolsa coletora aumenta sua durabilidade, o conforto e evita constrangimento ao paciente.
- Orientar o paciente para eliminar o gás através da abertura do clamp.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Orientações sobre ostomias**, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ostomias.pdf>. Último acesso: 27/12/2013.

PORTAL OSTOMIZADOS. Disponível em: <http://www.ostomizados.com/index.html>. Último acesso: 27/12/2013.

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

FINALIDADE: Possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução. Controlar volume urinário.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro

MATERIAL:

- EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luva estéril);
- Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antisepsia, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado);
- Sonda de Foley de calibre adequado;
- Sistema fechado de drenagem urinária estéril;
- Ampola de água destilada (quantidade para encher o balonete conforme discriminado na sonda);
- Agulha para aspiração;
- Seringa de 20ml;
- Lidocaína gel 2%;
- Fita adesiva (esparadrapo ou adesivo hipoalergênico);
- Gaze estéril se necessário;
- Solução de PVPI tópico;
- Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão).

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar a prescrição;
2. Reunir o material;
3. Higienizar as mãos;
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
5. Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
6. Posicionar o paciente adequadamente:
 - Sexo feminino: decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os pés sobre o leito.
 - Sexo masculino: decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas.
7. Paramentar-se com os EPIs;
8. Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;
9. Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do paciente, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo;
10. Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;
11. Abrir a ampola de água destilada;
12. Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
13. Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.
14. Calçar luvas estéreis
15. Com auxílio de uma seringa de 20ml e uma agulha de aspiração, sem contaminar as mãos, aspirar água destilada necessária para insuflar o balonete conforme descrito na sonda de Foley e testá-lo, retirando a água após o teste e reservar a seringa com água no campo estéril;
16. Adaptar a sonda de Foley na bolsa coletora (sistema fechado de drenagem esterilizado);

17. Realizar a antisepsia da região genital, com auxílio da pinça, contaminando apenas a mão não dominante:

Sexo masculino:

a) retraindo o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glândula.

Manter a mão não dominante na posição durante todo o procedimento;

b) com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glândula. Repetir o procedimento três vezes.

Sexo feminino:

a) com a mão não dominante, retraindo os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento;

b) usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos e grandes lábios;

18. Colocar o campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto;

19. Lubrificar a sonda com lidocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;

20. Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina.

21. Quando paciente do sexo masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do paciente e introduzir a sonda até a bifurcação.

22. Quando paciente do sexo feminino introduzir aproximadamente mais 10 centímetros;

23. Insuflar o balonete com água destilada, observando o volume marcado na sonda;

24. Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;

25. Retirar o campo fenestrado sem desconectar o sistema fechado de drenagem;

26. Fixar sonda na parte interna da coxa (sexo feminino) e área suprapúbica (sexo masculino);

27. Identificar a sonda com: data, validade, volume de água destilada, número da sonda e assinatura;

28. Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;

29. Desprezar os materiais perfuro-cortantes em recipiente adequado.

30. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

31. Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

32. Registrar no prontuário;

33. Manter ambiente limpo e organizado;

OBSERVAÇÕES:

- Recomenda-se a troca a cada 21 dias ou quando necessário;
- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;
- Manter o sistema de drenagem fechado, a não ser em situações específicas, como nas irrigações urinárias;
- Escolher sondas de menor calibre (12 a 16F) em adultos. Utilizar sondas de maior calibre (20 a 24 F) quando for passível a formação de coágulo;
- Trocar todo sistema de drenagem fechado quando ocorrer obstrução do cateter ou do tubo coletor, suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna do cateter, violação ou contaminação do cateter e/ou do sistema de drenagem e febre sem outra causa conhecida;
- Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e orientar o paciente a mantê-la nesta posição;

- Clampar a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga;
- Alternar os locais da fixação e trocar a fita adesiva a cada 24 horas;
- Manter o ponto distal de drenagem do coletor de urina suspenso, ou seja, sem que este encoste no solo.
- Realizar higiene íntima com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos duas vezes ao dia;
- Perguntar ao paciente se este apresenta alergia a látex, PVPI e/ou fita adesiva;
- Em caso de urgência, (bexigoma, infecções de urina, entre outras) a troca do CVD poderá ser delegada a profissional auxiliar/técnico de enfermagem devidamente capacitado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas/SP, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/ SP, 2012.

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

FINALIDADE: Introdução de uma sonda/cateter estéril da uretra até a bexiga com finalidade diagnóstica ou terapêutica.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro

MATERIAL:

- EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção e luva estéril);
- Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antisepsia, cuba, redonda gazes esterilizadas e campo fenestrado);
- Sonda uretral de alívio;
- Seringa de 20ml;
- Lidocaína gel 2%;
- Gaze estéril se necessário;
- Solução de PVPI tópico;
- Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão).

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Após realizar higiene íntima se necessário, com a finalidade de prevenir a contaminação por agentes microbianos, realizar os seguintes passos:

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos
3. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
5. Posicionar o paciente adequadamente:

- Sexo feminino: decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os

pés sobre o leito.

- Sexo masculino: decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas.

Paramentar-se com os EPIs;

6. Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;
7. Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do paciente, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo;
8. Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa e gaze estéril) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;
9. Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
10. Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.
11. Calçar luvas estéreis
12. Com auxílio da pinça, proceder antisepsia da região genital, contaminando apenas a mão não dominante:

Sexo masculino:

a) retraindo o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glândula. Manter a mão não dominante na posição durante todo procedimento.

b) com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glândula. Repetir o procedimento três vezes.

Sexo feminino:

a) com a mão não dominante, retraindo os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento.

b) usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos lábios e grandes lábios;

13. Colocar o Campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto;
14. Lubrificar a sonda com xilocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;
15. Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina;
16. Drenar a diurese na cuba rim, quando for realizar coleta de exames, colocar a urina no coletor próprio e após drenar a urina na cuba rim;
17. Retirar a sonda e o campo fenestrado;
18. Desprezar a urina no vaso sanitário;
19. Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
20. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
21. Higienizar as mãos;
22. Registrar no prontuário;
23. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

OBSERVAÇÕES:

- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;
- Escolher sonda que sejam adequadas ao diâmetro da uretra do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Bexiga Urinária: cateterismo intermitente**. Projeto Diretrizes. Brasília: ABM; CFM, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

COLOCAÇÃO DO DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

FINALIDADE: Conforto e controle da diurese em pacientes incontinentes ou inconscientes.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

MATERIAL:

- EPI (luva de procedimento);
- Bandeja;
- Material para higiene: água morna, sabão, bacia e toalha;
- Material para tricotomia, se necessário;
- Dispositivo para incontinência urinária (UripemR) de tamanho adequado;
- Coletor de urina sistema aberto;
- Fita hipoalergênica;
- Tesoura.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos;
3. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Promover a privacidade do paciente;
5. Preparar os materiais, cortando a fita hipoalergênica previamente (1 tira de 20cm).
6. Paramentar-se com os EPI;
7. Realizar a tricotomia dos pêlos pubianos se necessário;
8. Realizar higiene íntima, secando o pênis;
9. Coloque o dispositivo como um preservativo, deixando um espaço livre na ponta do pênis;
10. Enrole a fita hipoalergênica, metade sobre o dispositivo e metade sobre a pele para garantir a fixação;
11. Conecte o coletor ao dispositivo;
12. Recolha o material utilizado;
13. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
14. Retirar o EPI e higienizar as mãos;
15. Registrar no prontuário eletrônico;
16. Manter ambiente limpo e organizado.

OBSERVAÇÕES:

- Realizar a higiene do pênis e do dispositivo, com água e sabão e secar muito bem;
- No ambiente domiciliar o dispositivo pode ser utilizado várias vezes, desde que bem higienizados;
- Se possível, retirar o dispositivo durante a noite, dando preferência ao uso do papagaio;
- Observar frequentemente: garroteamento, fixação, vazamentos e lesões decorrentes do trauma pela fita hipoalergênica;
- Suspender o uso se apresentar lesões ou edema no pênis. Aguardar restabelecimento da pele.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual para Cuidadores Informais de Idosos**. Campinas/ SP, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático do cuidador**. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. ed. – Brasília, 2009.

TROCA DE SONDA DE CISTOSTOMIA

FINALIDADE: É a introdução de um cateter urinário estéril é introduzido e mantido em uma abertura cirúrgica (cistostomia supra púbica ou vesicostomia), formando um trajeto alternativo para a saída da urina contida na bexiga.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro.

MATERIAL:

- EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção);
- Kit sondagem (cuba rim, pinças, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado);
- Sonda foley ou de silicone de duas vias com calibre adequado;
- Bolsa drenagem de urina sistema fechado (Bolsa coletora);
- Luva estéril;
- Gaze estéril;
- Duas seringas de 20ml;
- Agulha para aspiração;
- Ampola de água destilada;
- Lidocaína gel 2%;
- PVPI tópico;
- Fita hipoalergênica (micropore(R));
- Biombo .

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos
3. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Promover a privacidade do paciente;
5. Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;
6. Paramentar-se com os EPIs;
7. Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;
8. Abrir a ampola de água destilada sobre a mesa auxiliar;
9. Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
10. Abrir a bisnaga de lidocaína gel 2% e colocar um pouco em local estéril;
11. Com auxílio de uma seringa de 20ml desinsufle o balonete da sonda que esta no paciente e retire-a. Desprezar sonda e bolsa no lixo adequado;
12. Calçar um par de luvas estéreis
13. Com auxílio de uma seringa de 20ml e uma agulha de aspiração, sem contaminar as mãos, aspirar água destilada necessária para insuflar o balonete. Testar o balonete introduzindo toda a água, após o teste reservar a seringa com água no campo estéril;

14. Com auxílio da pinça, proceder antissepsia do estoma;
15. Colocar o campo fenestrado sobre o estoma;
16. Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína 2%;
17. Introduzir a sonda delicadamente no estoma cerca de 20cm e insuflar o balonete com água destilada;
18. Conectar a bolsa coletora
19. Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;
20. Retirar o campo fenestrado sem desconectar a bolsa coletora;
21. Proteger o estoma e a base da sonda com gaze estéril e ocluir com fita hipoalergênica;
22. Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
23. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados
24. Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
25. Registrar no prontuário eletrônico;
26. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

OBSERVAÇÕES:

- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;
- Trocar a sonda a cada 30 dias, ou de acordo com orientação médica ou característica da sonda ou do sistema fechado;
- Nunca trocar somente a bolsa coletora;
- Existem sondas de calibre (6 a 12FR) para crianças e (14 a 24FR) para adultos;
- Insuflar balonetes com 3 a 5ml de água em crianças e 10 a 15ml em adultos;
- Clampar a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga;
- Realizar o curativo do estoma a cada 24 horas;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer 041/ 2012.** Troca de sonda de cistostomia, 2012.

COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA (PAPANICOLAOU)

FINALIDADE: Coleta e análise de material celular da cérvix uterina que permite a detecção de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas

COMPETÊNCIA: Enfermeiro

MATERIAL:

- EPIs: avental e luvas de procedimentos;
- Espéculo descartável estéril;
- Lâmina de vidro com uma extremidade fosca para identificação;
- Espátula de Ayres;
- Escova cervical;
- Solução de fixação apropriada;
- Recipiente para acondicionamento das lâminas;
- Gaze;
- Pinça Cheron;
- Formulário de Requisição;

- Livro de registro;
- Lápis para identificação da lâmina;
- Camisola/Avental;
- Lençol.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Recepcionar a paciente com atenção de forma acolhedora;
2. Realizar anamnese e registrar em prontuário (DUM, data última coleta, idade, dentre outros);
3. Orientar a paciente quanto ao procedimento, apresentando os materiais que serão utilizados;
4. Preencher formulário de solicitação do exame;
5. Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite (iniciais do nome, data, idade), colocando-a na mesa auxiliar, para receber o material coletado;
6. Oferecer camisola/avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando-a que retire toda a roupa, vista o avental com a abertura para frente e esvazie a bexiga;
7. Higienizar as mãos
8. Solicitar à paciente que se deite sobre a mesa ginecológica, cobrindo-a com o lençol;
9. Expor as mamas e realizar exame clínico das mamas, sempre explicando o procedimento.
10. Em seguida auxiliar a paciente a se posicionar na mesa ginecológica adequadamente, para a coleta do exame citopatológico;
11. Calçar as luvas de procedimento;
12. Realizar o exame da região vulvar;
13. Escolher o espéculo adequado (vide observações);
14. Introduzir o espéculo, na posição vertical, ligeiramente inclinado (15°), fazendo uma rotação de 90° mantendo-o em posição transversa de modo que a fenda do espéculo fique na posição horizontal;
15. Abrir o espéculo lentamente e com delicadeza;
16. Se ao visualizar o colo uterino houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça Cheron, sem esfregar, para não perder a qualidade da amostra;
17. Encaixar a ponta mais longa da espátula de Ayres no orifício do colo, apoiando-a com firmeza, e com movimento rotativo de 360° ao redor de todo o orifício. Caso a amostra não tenha sido representativa repetir o movimento;
18. Estender o material ectocervical, dispondo-o no sentido vertical ou horizontal, ocupando 2/3 iniciais da parte transparente da lâmina, com movimento de cima para baixo, utilizando as duas laterais da espátula;
19. Utilize a escova de coleta endocervical, introduzindo-a delicadamente no canal cervical realizando movimento circular em 360°;
20. Estender o material ocupando o 1/3 restante, rolando a escova de cima para baixo, em sentido único;
21. Fixar o esfregaço imediatamente após a coleta. Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20cm. Fechar o espéculo, retirando-o delicadamente;
22. Retirar as luvas e auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;
23. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
24. Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
25. Registrar no prontuário eletrônico;
26. Manter ambiente limpo e organizado;

OBSERVAÇÕES:

- Em condições normais deve ser realizado anualmente em mulheres de 25 a 64 anos (Ministério da Saúde).
- Escolha do tamanho do espécúlo:

Tamanho	Indicação
Pequeno	Mulheres jovens, sem parto vaginal, magras ou menopausadas;
Médio	Mulheres com IMC normal;
Grande	Multíparas, Obesas.

- Caso a visualização do colo não seja possível solicitar que a paciente tussa ou faça pequena força com o períneo.
- Não coletar de mulheres menstruadas: aguardar o 5º dia após término da menstruação.
- Não usar creme vaginal, ducha vaginal, ou ter relação sexual ou submeter-se a exames intravaginais (ex. ultrasson) dois dias antes do exame.
- Evitar lubrificar o espécúlo com agente oleoso.
- Em mulheres idosas, com vagina ressecada recomenda-se molhar o espécúlo com solução salina (SF 0,9%).
- Em paciente virgem, a coleta deverá ser realizada por profissional médico.
- Em paciente gestante ou com suspeita de gravidez realizar apenas coleta de material ectocervical.
- Realizar coleta em mulheres histerectomizadas desde que o colo uterino tenha sido preservado, caso não realizar coleta do fundo de saco apenas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 381. Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou.** 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

FINALIDADE: Avaliação clínica das mamas para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual.

Procedimento compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, médico

MATERIAL:

- EPI (luvas de procedimentos)
- Camisola/Avental.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos
3. Apresentar-se a paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Realizar anamnese e registrar em prontuário;

5. Oferecer camisola/avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando-a que retire a parte superior da roupa e coloque a camisola com a abertura para frente;
6. Solicitar à paciente que sente na maca;
7. Realizar a inspeção estática das mamas;
8. Realizar a inspeção dinâmica das mamas: Solicitar à paciente que abra os braços paralelos ao corpo e os levante até a cabeça, e depois com as mãos na cintura contraia a musculatura peitoral;
9. Realizar palpação dos linfonodos axilares e supraclaviculares ainda com a paciente sentada.
10. Solicitar à paciente que deite na maca e coloque os braços atrás da cabeça;
11. Realizar palpação das mamas, uma de cada vez;
12. Utilizar as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos para examinar todo o tecido mamário de forma circular da área distal para proximal do mamilo;
13. Cada quadrante deve ser examinado com três níveis de pressão: leve, médio e profundo;
14. A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não pressionada (comprimida) a menos que haja descarga papilar espontânea;
15. Auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;
16. Orientar a paciente sobre os achados e solicitar exame complementar se necessário;
17. Higienizar as mãos;
18. Registrar no prontuário eletrônico;
19. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

OBSERVAÇÕES:

- Em caso de mulheres mastectomizadas a palpação deve ser realizada na parede do tórax, pele e incisão cirúrgica;
- Em caso de descarga papilar presente, independente do aspecto, encaminhar para avaliação médica;
- O uso de luvas de procedimentos é facultativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 13. **Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama**. Brasília/DF, 2006.

CURATIVO

FINALIDADE: Promover a cicatrização, manter a ferida limpa, prevenir infecções e traumas físicos, aliviar a dor, promover isolamento térmico, promover conforto físico e psicológico, permitir trocas sem traumas a lesão, manter a umidade da ferida em lesões abertas, absorver/controlar o excesso de exsudato.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- Mesa auxiliar ou bandeja
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly;

- Cabo e lâmina de bisturi (se necessário);
- Tesoura;
- Pacote de gazes esterilizadas;
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente;
- Agulha 25x1.2 ou 40x1.2;
- Alcool 70%;
- Luvas de procedimento e/ou estéril;
- Micropore (R)/Esparadrapo;
- Atadura de crepe;
- Espátula;
- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;
- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário;
- Papel Toalha.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir todo o material, conforme o ambiente (UBS/domicílio);
3. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas, antes de iniciar a execução;
4. Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
5. Higienizar novamente as mãos
6. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
7. Observar o curativo anterior antes da remoção;
8. Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada do micropore e desprendimento da cobertura;
9. Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor;
10. Se necessário proceder a limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periferida com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha;
11. Retirar luvas e higienizar as mãos;
12. Abrir o pacote de curativo utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
13. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
14. Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%;
15. Com o auxílio das pinças limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida de SF 0,9%
16. Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%;
17. Na presença de tecido desvitalizado solto ou não solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/desbridamento;
18. Secar a pele peri-lesão com gaze .
19. Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível semanal/quinzenal;
20. Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo enfermeiro/médico* e ocluir o curativo conforme necessidade (gazes, rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);
21. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
22. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
23. Registrar no prontuário eletrônico
24. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

OBSERVAÇÕES:

- Todos curativos crônicos devem passar por uma primeira avaliação do Enfermeiro, que realizará a sistematização da assistência de enfermagem que

poderá delegar aos profissionais de nível médio, a execução do procedimento, com a prescrição do cuidado e material a ser utilizado, mantendo a avaliação periódica e evolução da ferida.

- Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do paciente e local da realização do curativo.
- No domicílio recomenda-se a técnica limpa.
- Na unidade a técnica limpa pode ser utilizada sempre criteriosamente e recomenda-se o uso de instrumentais estéreis (pinças) ou utilizar luvas estéreis na ausência dos mesmos.
- A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.
- O desbridamento só pode ser realizado por enfermeiros e médicos.
- A indicação dos produtos/coberturas deve ser feita considerando o momento evolutivo da lesão, tipo de tecido, patologia, adesão ao tratamento, recursos disponíveis, materiais padronizados e protocolos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SANTOS, J.B.D; PORTO, S.G; Suzuki, L.M; Sostizzo, L.Z; Antoniazzi, J.L. Hospital da Clínicas de Porto Alegre, RS. **Avaliação e Tratamento de Feridas: Orientações aos profissionais de saúde**. 2011

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Tratamento de Feridas**. Campinas/SP, 2011.

POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL CONSERVADOR

FINALIDADE: É a remoção do material estranho ou não viável da lesão traumática ou crônica, infectada ou não, até expor-se o tecido saudável. Consiste na remoção do tecido necrótico no qual são utilizados objetos cortantes, tais como tesouras ou bisturis. Poderá ser utilizado para remoção de necrose de coagulação(escara seca), área de necrose extensas e de necrose de liquefação(esfacelo).

COMPETÊNCIA: Enfermeiro capacitado.

CONTRAINDICAÇÕES:

- Deficiência da capacidade cognitiva;
- Afecções da cavidade bucal;
- Algumas situações podem representar um potencial risco para o paciente devido às manobras forçadas realizadas durante o exame, sendo sempre necessário a avaliação médica para indicação do exame.

MATERIAL:

- Mesa auxiliar ou bandeja;
- Bacia/cuba, se necessário;
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly;
- Cabo e lâmina de bisturi;
- Tesoura curva (se necessário);

- Pacote de gazes esterilizadas;
- Solução fisiológica 0,9% (morno ou temperatura ambiente)
- Agulha 25x12 ou 40x12;
- Luvas de procedimento e/ou estéril;
- Equipamento de proteção individual
- Produtos/ cobertura padronizados selecionados.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Chamar paciente e apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
2. Orientar o paciente/família que após a limpeza, a ferida aumenta a área e a profundidade.
3. Reunir material necessário
4. Higienizar as mãos
5. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários
6. Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
7. Observar o curativo anterior antes da remoção;
8. Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada do micropore e desprendimento da cobertura.
9. Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor.
10. Se necessário proceder à limpeza, nas áreas próximas da ferida e pele periferida com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha.
11. Retirar luvas e higienizar as mãos;
12. Abrir o pacote utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
13. Calçar luvas de procedimento ou estéreis
14. Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%.
15. Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%
16. Secar a pele peri-lesão com gaze.
17. Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível, semanal/quinzenal
18. Tracionar com a pinça dente de rato o tecido não viável, próximo à borda, em seguida corta-se paralelamente ao leito, removendo o tecido como uma tampa. Outra opção é realizar a técnica de escarotomia que consiste na realização de incisões quadriculadas de aproximadamente 2 a 5 mm de profundidade, favorecendo a escarectomia.
19. Realizar o curativo utilizando produtos /coberturas indicadas
20. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
21. Retirar as luvas de procedimento/estéreis;
22. Higienizar as mãos
23. Agendar retorno de acordo com a necessidade;
24. Registrar no prontuário eletrônico;
25. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

OBSERVAÇÕES:

Desbridamento métodos:

- **Seletivo:** remove apenas o tecido inviável sem afetar o tecido vivo.
- **Não-seletivo:** pode remover tecido viável e inviável.

Classificação quanto ao mecanismo de ação:

- **Autolítico:** refere-se à lise natural da necrose pelos leucócitos e enzimas digestivas do próprio corpo, que entraram em contato no leito da ferida, durante a fase inflamatória (ex: gazes embebidas em AGE, hidrogel etc).
- **Químico:** são substâncias enzimáticas exógenas e são seletivas, porém se o tecido viável estiver presente pode ser levemente dolorido (ex: papaína gel) .
- **Biológico:** são utilizadas larvas de moscas que secretam coquetel de enzimas proteolíticas que liquefazem a necrose e facilita a limpeza da ferida. Desbridamento seletivo;
- **Mecânico:** Consiste na remoção dos tecidos mortos ou de corpos estranhos do leito da ferida com a utilização de força física . (ex: fricção, úmido seco, irrigação com SF 0,9 %)
- **Instrumental conservador:** este método é realizado com a utilização de objetos cortantes, tais como tesoura, lâminas de bisturi e outros instrumentais necessários dependendo da agressividade do procedimento, e pode variar desde a retirada de calosidades até grandes excisões. (Atenção: o plano de fáscia é o limite do enfermeiro). Os enfermeiros devem ser qualificados para realizar a técnica.
- Na presença de sangramento ou reação de sensibilidade à dor avaliar a continuidade do procedimento.
- Avaliar os casos de pacientes em uso de antiplaquetários ou anticoagulantes.
- Desbridamento Instrumental cirúrgico é somente realizado por médicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SANTOS,J.B.D; PORTO,S.G; SUZUKI,L.M; Sostizzo,L.Z; Antoniazzi,J.L. Hospital da Clínicas de Porto Alegre, RS. **Avaliação e Tratamento de Feridas: Orientações aos profissionais de saúde.** 2011

BOTA DE UNNA

FINALIDADE: É uma bandagem de algodão umedecida e não aderente, impregnada principalmente de óxido de zinco, glicerina, óleo de castor ou mineral, utilizada para a realização de terapia compressiva inelástica em MMII.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

CONTRAINDICAÇÕES:

- Úlceras arteriais e mistas;
- Presença de infecção e miíase;
- Sensibilidade conhecida a algum de seus componentes;
- Pacientes que não deambulam;
- Cardiopatia descompensada.

MATERIAL:

- Mesa auxiliar ou bandeja;
- Bacia/cuba, se necessário;
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly;
- Cabo e lâmina de bisturi (se necessário);
- Tesoura;
- Pacote de gazes esterilizadas;
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente;
- Agulha 25x12 ou 40x12;
- Sabão neutro
- Luvas de procedimento e/ou estéril;

- Esparadrapo;
- Atadura de crepe;
- Espátula (se necessário)
- Bota de Unna
- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;
- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário
- Papel Toalha ou gaze

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Conferir a prescrição;
2. Higienizar as mãos
3. Reunir o material;
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
5. Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada. Repouso mínimo de 15 minutos, com MMII elevados, preferencialmente pela manhã, na primeira aplicação, ou quando necessário.
6. Higienizar novamente as mãos;
7. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
8. Retirar a bota anterior (se houver)
9. Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor.
10. Mensurar com fita métrica a circunferência da panturrilha e tornozelo e registrar;
11. Se necessário proceder à limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periférica com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha.
12. Trocar luvas de procedimento
13. Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9% com agulha 25x12 ou 40x12 e se necessário utilizar de desbridamento instrumental conservador
14. Utilizar o produto/cobertura adequado
15. Iniciar pelos artelhos, aplicando progressivamente até a tuberosidade tibial. Realizar até 3 voltas próximas aos dedos dos pés.
16. Cruzar a faixa em sentido diagonal no dorso do pé.
17. Após realizar até três vezes o enfaixamento em oito no tornozelo, seguir cobrindo o calcanhar, podendo enfaixar até duas voltas na região do calcâneo.
18. Terminar o enfaixamento do pé e tornozelo, seguir sempre reto o enfaixamento quando estiver na região posterior e cruzado na região anterior formando visualmente um X.
19. Ao chegar à altura da panturrilha, manter a perna apoiada, de modo que esta musculatura fique relaxada.
20. Realizar enfaixamento em 8 (oito) até tuberosidade da tíbia, ou seja aproximadamente 2 (dois) dedos abaixo do joelho.
21. Colocar gazes/ chumaços por cima da bota, no local da lesão. Enfaixar com ataduras de crepe no sentido distal proximal
22. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
23. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
24. Registrar no prontuário eletrônico;
25. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

OBSERVAÇÕES:

- A indicação da Bota de Unna é realizada por médicos e enfermeiros capacitados.
- Em MMII de maior tamanho (largura e comprimento), reduzir numero de voltas na região do pé e calcâneo.

- É possível realizar além do enfaixamento em 8, o enfaixamento circular. Avaliar a melhor técnica de acordo com o produto.
- Na presença de sujidade na atadura e nas gazes as mesmas podem ser trocadas.
- Após a primeira colocação agendar retorno após 48 hs para avaliação. Orientar e avaliar sinais de alerta como piora da dor, cianose de extremidades, formigamento e piora do edema. As demais trocas devem permanecer em até 7 dias ou antes de acordo com a necessidade, assim como o curativo secundário deve ser trocado diariamente ou conforme a a quantidade de exsudato.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

PARECER TÉCNICO COREN-SP 007/2013 : Competência e capacitação para realização de curativo bota de Unna.

RETIRADA DE PONTOS

FINALIDADE: Retirada de fios colocados para aproximar as bordas de uma lesão (sutura).

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- Luvas de procedimentos;
- Pacote de retirada de pontos: Tesoura de Íris, pinça Kelly, pinça anatômica ou dente de rato;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Gazes (estéreis);

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos
3. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Calçar as luvas;
5. Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar limpeza local com soro fisiológico;
6. Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, próximo a pele com a tesoura de Íris;
7. Colocar os pontos retirados sobre uma gaze;
8. Cobrir a ferida se houver necessidade;
9. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
10. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
11. Registrar no prontuário eletrônico;
12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

OBSERVAÇÕES:

- Nos casos em que houver sinais de processos inflamatórios ou infecciosos, solicitar avaliação do enfermeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica.** 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

LAVAGEM GÁSTRICA

FINALIDADE: Procedimento realizado para diminuir a absorção de agentes tóxicos (por ingestão de alimentos ou medicamentos), bem como remover secreções irritantes à mucosa gástrica.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

MATERIAL:

- EPI (luva de procedimento);
- Sonda nasogástrica calibrosa;
- Gaze não estéril;
- Gel hidrossolúvel;
- Seringa de 20ml;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Equipo macro gotas;
- Bolsa coletora.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar a prescrição;
2. Reunir o material;
3. Higienizar as mãos
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
5. Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombó se necessário);
6. Paramentar-se com o EPI;
7. Proceder à técnica de SNG, se o paciente não estiver sondado
8. Se estiver com sonda, conectar o equipo da solução na SNG e infundir lentamente;
9. Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com cabeça fletida;
10. Administrar volumes fracionados de SF 0,9% conforme prescrição médica, permitindo retorno do líquido infundido. Repetir o procedimento até que o líquido instilado retorne claro e não se observe resíduos;
11. Retirar a sonda e recolher o material.
12. Após a sondagem oferecer gargarejo para limpar a boca.
13. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
14. Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
15. Registrar no prontuário eletrônico;
16. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

OBSERVAÇÕES:

- Em crianças, utiliza-se SF 0,9% aquecido a 38°C para evitar hipotermia.
- Durante a lavagem, observar o volume de retorno, que deverá ser o mesmo do infundido.
- Observar continuamente qualquer alteração de nível de consciência e monitorar frequentemente os sinais vitais, pois a resposta vagal natural à intubação pode diminuir a frequência cardíaca do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.

LAVAGEM INTESTINAL

FINALIDADE: Lavagem intestinal consiste no processo de introdução no intestino de solução, medicamentosa ou não, por meio de sonda retal. O processo de lavagem intestinal também é denominado enteroclisma. Quando a quantidade de solução infundida é menor (de 50ml a 500ml) é denominada clister ou enema.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

CONTRAINDICAÇÃO:

- Portadores de apendicite;
- Obstrução intestinal;
- Hemorragia retal não diagnosticada;
- Lesões intestinais.

MATERIAL:

- EPI (luvas de procedimento, óculos, avental)
- Solução prescrita;
- Sonda retal;
- Equipo macrogotas;
- Suporte de soro;
- Comadre ou fralda descartável;
- Xylocaina 2%, (se for necessário realizar toque retal);
- Biombo se necessário.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar a prescrição;
2. Reunir o material;
3. Higienizar as mãos
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
5. Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
6. Aquecer a solução prescrita a 37º e conectar o equipo macrogotas e a sonda retal
7. Paramentar-se com os EPIs;
8. Posicionar o paciente em DLE, se possível, com MIE estendido e MID fletido;
9. Lubrificar a sonda retal com a própria solução a ser administrada ou utilize xylocaina 2%;
10. Introduzir a sonda retal lentamente no ânus, cerca de 5 a 7cm nas crianças e 10 a 13cm nos adultos;
11. Infundir a solução de acordo com a prescrição médica;
12. Após o término da infusão, retirar a sonda e comprimir as nádegas;
13. Oferecer a comadre, colocar fralda descartável ou encaminhar o paciente ao vaso sanitário, conforme condições clínicas;
14. Deixar o paciente confortável;

- 15. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 16. Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- 17. Registrar no prontuário eletrônico;
- 18. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

OBSERVAÇÕES:

- Observar lesões de pele e mucosa antes e após o procedimento;
- Nunca forçar a introdução da sonda, em caso de resistência comunicar o enfermeiro ou médico, o toque retal é realizado de forma exclusiva pelo enfermeiro ou médico, com o consentimento prévio do médico, paciente e/ou família;
- Na ocorrência de desconforto abdominal, suspender o uso imediatamente;
- O enfermeiro avalia os riscos e habilidade do cuidador para permanência ou não do profissional de enfermagem no domicílio até o final do gotejamento;
- O cuidador deverá avisar a equipe por meio de ligação telefônica sobre o resultado do procedimento;
- Combinar sempre que possível com o cuidador o melhor horário a ser realizado o procedimento, pois neste dia, os cuidados lhe tomarão mais tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atendimento domiciliar. Protocolo de assistência de enfermagem. Campinas/SP, 2014.

POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

OXIGENOTERAPIA

FINALIDADE: Administração de oxigênio medicinal em concentrações maiores àquelas do ar ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- EPI (luvas de procedimento)
- Bandeja;
- Kit cateter nasal e/ou kit máscara de Venturi e/ou kit máscara de nebulização;
- Fonte de oxigênio;
- Fluxômetro.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar a prescrição;
2. Reunir o material;
3. Higienizar as mãos
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
5. Paramentar-se com o EPI;

Quando cateter

6. Preencher o umidificador com água bidestilada ou soro até o nível recomendado pelo fabricante;
7. Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;

<p>8. Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;</p> <p>Quando máscara de nebulização</p> <p>9. Preencher o umidificador com água bidestilada até o nível recomendado pelo fabricante;</p> <p>10. Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;</p> <p>11. Conectar a traqueia da máscara no umidificador de oxigênio;</p> <p>Quando máscara de Venturi</p> <p>12. Conectar o umidificador, sem água bidestilada, no fluxômetro de oxigênio;</p> <p>13. Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;</p> <p>14. Abrir válvula reguladora e do fluxo de oxigênio do fluxômetro, de acordo com a prescrição médica, certificando-se da sua permeabilidade;</p> <p>15. Retirar o EPI e higienizar as mãos;</p> <p>16. Registrar no prontuário eletrônico;</p> <p>17. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.</p>
<p>OBSERVAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar a verificação da permeabilidade, ou seja, sem dobras, fixação do fluxômetro de oxigênio, fluxo de saída de oxigênio; • Verificar se a fonte de oxigênio contém oxigênio suficiente para liberar a quantidade prescrita; • Observar estado das mucosas e vias aéreas superiores do paciente a fim de evitar ressecamento das mesmas; • Registrar a liberação de oxigênio e o fluxo em litros, relatando a resposta do paciente à terapia e instruções dadas ao paciente e familiar.
<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. Procedimento Operacional Padrão: Enfermagem, 2012.</p> <p>POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.</p>

<h2 style="color: #0056b3;">SONDAGEM NASOENTERAL</h2>
<p>FINALIDADE: Introdução de uma sonda maleável, com fio guia metálico, flexível e radiopaco, através da narina até o intestino.</p>
<p>COMPETÊNCIA: Enfermeiro.</p>
<p>CONTRAINDICAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com desvio de septo; • Pacientes com TCE, fraturas faciais e/ou suspeita de fratura de base de crânio; • Pacientes com relato e/ou que possuem documentação indicando varizes, lesões e/ou estenose/obstrução esofagiana; • Paciente com relato ou que possuem documentação indicando coagulopatia grave.
<p>MATERIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos); • Bandeja; • Sonda nasoenteral; • Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante); • Gaze não estéril; • Seringa de 20ml; • Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico;

- Estetoscópio;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Toalha ou papel toalha;
- Biombo (se necessário).

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar a prescrição;
2. Reunir o material;
3. Higienizar as mãos
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
5. Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
6. Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contraindicação. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;
7. Paramentar-se com os EPIs;
8. Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;
9. Inspeccionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;
10. Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;
11. Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;
12. Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide adicionando 15 a 20 cm, marcando com fita adesiva;
13. Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;
14. Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;
15. Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição ;
16. Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré-marcado;
17. Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia e/ou cianose;
18. Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;
19. A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;
20. Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito;
21. Deixar o paciente confortável;
22. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
23. Higienizar as mãos;
24. Encaminhar o paciente para controle radiológico;
25. Após confirmar a localização da sonda pela radiografia, retirar o fio guia e iniciar a nutrição/medicação;
26. Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado e identificado, para repassar a sonda se necessário;
27. Registrar no prontuário eletrônico;
28. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

OBSERVAÇÕES:

- Lubrificar a sonda internamente com 10 ml de água ou SF antes da passagem da sonda, para facilitar a saída do fio guia;
- Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem orogástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;

- No sistema de sondagem nasoenteral, o RX é considerado padrão ouro para verificar localização da sonda e segurança no procedimento, pelas Sociedades Americana, Européia e Brasileira de Terapia Nutricional (ASPEN, ESPEN, SBNPE)
- Aguardar 30 minutos para realizar a radiografia, devido ao tempo de migração da sonda para duodeno/jejuno;
- Checar a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;
- Realizar higiene oral a cada 6h;
- Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contra-indicação;
- Lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;
- Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;
- Higienizar as narinas do paciente pelo menos uma vez ao dia;
- Se houver resistência durante a passagem, girar a sonda e ver se ela avança. Se ainda houver resistência, retirar a sonda, deixar que o paciente descanse, lubrificar novamente a sonda, e passar pela outra narina;
- Deixar toalhas próximas do paciente, para o caso deste sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer 25/2013. Inserção de sonda nasogástrica/nasoenteral (SNG/SNE) e lavagem gástrica em RN por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem, 2013.**
 POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SONDAGEM NASOGÁSTRICA

FINALIDADE: Introdução de uma sonda maleável através da narina até o estômago.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro

CONTRAINDICAÇÕES:

- Pacientes com desvio de septo;
- Pacientes com TCE, fraturas faciais e/ou suspeita de fratura de base de crânio;
- Pacientes com relato e/ou que possuem documentação indicando varizes, lesões e/ou estenose/obstrução esofagiana;
- Paciente com relato ou que possuem documentação indicando coagulopatia grave.
- Pacientes com neoplasia de esôfago ou estômago;
- Pacientes com mal formação e/ou obstrução mecânica/ cirúrgica do trato gastrointestinal.

MATERIAL:

- EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos);
- Bandeja;
- Sonda nasogástrica;
- Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante);

- Gaze não estéril;
- Seringa de 20ml;
- Espadrapo ou adesivo hipoalergênico;
- Estetoscópio;
- Toalha ou papel toalha;
- Coletor de secreção (se necessário);
- Biombo (se necessário).

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar a prescrição;
2. Reunir o material;
3. Higienizar as mãos
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
5. Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
6. Posicionar o paciente em posição "Fowler" alta, a menos que haja contra-indicação. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;
7. Paramentar-se com os EPIs;
8. Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;
9. Inspeccionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;
10. Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;
11. Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;
12. Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide adicionando dois dedos, marcando com fita adesiva;
13. Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;
14. Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;
15. Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição ;
16. Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré-marcado;
17. Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia ou cianose;
18. Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;
19. A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;
20. Acoplar a sonda ao coletor caso sonda tenha como objetivo a drenagem de conteúdo gástrico. Manter coletor abaixo do nível da cintura do paciente, a fim de possibilitar a drenagem;
21. Deixar o paciente confortável;
22. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
23. Higienizar as mãos;
24. Registrar no prontuário eletrônico;
25. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

OBSERVAÇÕES:

- Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem orogástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;
- Checar sempre a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;

- Realizar higiene oral a cada 6h;
- Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação;
- Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;
- Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;
- Deixar toalhas próximas, pois, durante a passagem da sonda, o paciente pode sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação;
- Em caso de perda ou deslocamento da sonda em pacientes de pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada nem mesmo reintroduzida sem avaliação médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/ DF, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas/SP, 2009.

TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

FINALIDADE: Terapia realizada através da administração de sais de reidratação oral para repor líquido e eletrólitos.

COMPETÊNCIA: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

- Envelope de Soro de Reidratação Oral – SRO;
- Água filtrada ou fervida (fria);
- Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa);
- Copo descartável.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;
2. Higienizar as mãos
3. Apresentar-se ao paciente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água;
5. Ofertar ao paciente em curtos intervalos toda vez que ele desejar;
6. Solicitar reavaliação do paciente após o término da terapia;
7. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
8. Higienizar as mãos;
9. Registrar no prontuário eletrônico;
10. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

OBSERVAÇÕES:

- Crianças poderão receber o SRO no volume de 50 a 100 ml/kg de peso, por um período máximo de 4 a 6h;

- Não apresentando melhora do quadro, solicitar a avaliação médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.