



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

APRESENTAÇÃO

Considerando a Rede de Atendimento as Urgências e Emergências do Município de Carapicuíba, representada por 1 (hum) Pronto-Socorro Adulto, 1 (hum) Pronto-Socorro Infantil, 1 (hum) Pronto Atendimento e 1 (hum) SAMU- Serviço de Atendimento Médico de Urgência e com a necessidade de instrumentalizar os Enfermeiros e a equipe de enfermagem nas ações desenvolvidas na assistência prestada ao usuário, à Diretoria da Urgência e Emergência e a Coordenação de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) reuniu-se, para elaborar o Manual Técnico de Normas e Rotinas dos Procedimentos de Enfermagem, visando uniformizar, agilizar e facilitar a atuação da equipe de enfermagem.

Este documento pretende auxiliar toda a equipe de enfermagem nas atividades diárias na Urgência e Emergência, desempenhando o seu trabalho de forma segura e auxiliando na qualidade da assistência prestada ao cliente/usuário.

Dra. Simone Augusta Marques Monteaperto

Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva

Dra. Ana Maria de Souza

Diretoria de Urgência e Emergência



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem instituído a utilização de documentação técnica para organizar o serviço de enfermagem na área hospitalar, prática que vem sendo cada vez mais incorporada na Urgência e Emergência. Normalmente a documentação abrange o apoio diagnóstico, tratamento e prevenção, orientando os profissionais da área de enfermagem em suas rotinas de trabalho. O Manual Técnico de Normas e Rotinas do Serviço de Enfermagem surgiu da necessidade de estabelecer um documento de organização do serviço com regimento, organograma, normas e rotinas de enfermagem nas Unidades de Atendimento das Urgências e Emergências do Município de Carapicuíba. Este Manual visa descrever os principais procedimentos de enfermagem realizados nos Prontos Atendimentos e Pronto-socorro do Município de Carapicuíba e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sistematizando quem faz e como faz, a fim de obter resultados satisfatórios em todo o processo que envolve o atendimento realizado pela equipe de enfermagem ao usuário.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

Regimento Interno Procedimentos de Enfermagem na Urgência e Emergência do Município de Carapicuíba

Capítulo I- Da Política do Serviço de Enfermagem:

Art. 1- Enfermagem é a arte de cuidar e a ciência cuja essência e especificidade são o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe atividades de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde. O conhecimento que fundamenta o cuidado de enfermagem deve ser construído na intersecção entre a filosofia, que responde à grande questão existência do homem, a ciência e tecnologia, tendo a lógica formal como responsável pela correção normativa e a ética numa abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades.

Capítulo II- Dos Objetivos e Finalidades:

Art. 2 - Organizar, orientar e documentar todo desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando cumprir sua missão, que consiste no compromisso e dever dos profissionais da enfermagem para com os usuários, família, comunidade e a equipe de saúde.

Art. 3 - O serviço de Enfermagem tem por finalidade:

- I – Assistir ao indivíduo, família e comunidade seguindo as diretrizes do SUS: integralidade, enfoque individual e familiar, humanização, intersetorialidade, democratização do conhecimento e participação popular;
- II – Identificar as necessidades, promover e colaborar em programa de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe da enfermagem;
- III – Trabalhar de acordo com o Código de Ética de Enfermagem e dos demais profissionais do serviço de Saúde.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

Capítulo III- Da Posição

Art.4- Posicionamento do serviço de enfermagem no organograma institucional, da Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

P.S : Pronto-Socorro Cohab II

P.S : Pronto-Socorro Vila Dirce

P.S : Pronto-Socorro Infantil

SAMU: Serviço de Atendimento Médico de Urgência



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

Art.5- Posicionamento dos profissionais da enfermagem:

As normas do serviço de Enfermagem da Prefeitura do Município de Carapicuíba têm por finalidade estabelecer conduta aos funcionários, visando o bom funcionamento das atividades conforme a filosofia implantada.

São normas do Serviço de Enfermagem do Município de Carapicuíba

- Obedecer ao regimento da Prefeitura do Município de Carapicuíba;
- Exercer as funções de acordo com o que determina a Lei de Exercício 7.498/86 e Decreto 94.406/87 do profissional;
- Respeitar a hierarquia do organograma do serviço;
- Apresentar-se ao serviço com antecedência de quinze (15) minutos, devidamente uniformizado (branco e jaleco), asseado e com identificação em lugar visível;
- Assumir o plantão com antecedência de 15 minutos, para que todas as informações pertinentes ao serviço e ao usuário/cliente seja garantida;
- Todas as intercorrências deverão ser registradas em livro Ata para o respaldo possível da Chefia Mediata e Imediata;
- As mulheres, manter os cabelos devem estar presos, unhas curtas (se estiver com esmalte manter cores discretas), com maquiagem e batom discretos, sem adornos que dificultem ou interfira no cuidado do cliente;
- Aos homens, manter os cabelos curtos, unhas curtas e barba feita;
- Calçar sapatos adequados, sem abertura na frente e nem atrás.
- Bolsa, sacolas e mochilas deverão ser acondicionadas em armários próprios, devendo o funcionário dirigir-se, a unidade, portanto apenas o material de bolso (garrote, caneta, tesoura e carimbo);
- Deverá portar material de bolso durante todo o período de trabalho;
- O servidor deverá usar obrigatoriamente todos os equipamentos de segurança de acordo com o procedimento que irá executar;
- O horário de refeição será estipulado pela chefia, obedecendo revezamento;
- É dever de todo funcionário zelar pelo patrimônio móvel e imóvel;
- É dever de todo funcionário **NÃO** se ausentar durante o horário de serviço (saídas a rua);
- Todo procedimento deverá ser realizado com o uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual);
- Toda anotação de Enfermagem deverá ser carimbada (nome, função e COREN) e assinada por quem a executou. Este carimbo é de responsabilidade de cada funcionário (confecção, utilização, e guarda);



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

- Cada funcionário deverá conhecer as atribuições a ele destinadas e que se encontram no Manual de funcionamento de cada Unidade Serviço de Urgência e Emergência;
- O serviço prestado pela Prefeitura do Município de Carapicuíba é gratuito, portanto nenhum funcionário receberá pagamento, ou gratificações de clientes, familiares ou responsáveis.
- O carrinho da sala de emergência deverá ser conferido de acordo com a escala de serviços.
- A escala de serviço será confeccionada pelo Enfermeiro e deverá ser seguida obrigatoriamente;
- Assuntos pertinentes à enfermagem deverão ser discutidos com o enfermeiro, respeitando a hierarquia do serviço;
- Nenhum setor deverá ficar sem funcionário;
- Evitar comentários indevidos na frente de pacientes e/ou acompanhantes;
- Nas remoções o profissional de enfermagem deverá sempre ir junto com o paciente na parte de trás da ambulância;
- Todo material que for usado na remoção (lençóis, cobertores, equipamentos) deverá retornar a unidade de origem;
- Os enfermeiros deverão preencher a Ficha de Notificação e Investigação para todas as doenças de notificação compulsória, nos casos de Atendimento Anti-Rábico Humano, seguir orientação e encaminhar os pacientes à Vigilância Epidemiológica de segunda a sexta-feira;
- **NR 32.2.4.15:** São vetados o re-encape e a desconexão manual das agulhas;
- **NR 32.2.4.4:** Os trabalhadores com feridas ou lesões nos membros superiores só podem iniciar suas atividades após avaliação médica obrigatória com emissão de documento de liberação de trabalho.
- **NR 32.2.4.5:** O empregador deve vedar:
 - A utilização de pias de trabalho para fins diversos dos previstos;
 - O ato de fumar, o uso de adornos (alianças e anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches, piercings expostos) e manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho, o consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho;
 - Guarda de alimentos em locais não destinados para este fim;
- **NR 32.2.4.6.2:** Os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais;
- comunicar qualquer acidente de trabalho exigindo a abertura da comunicação de acidente de trabalho – CAT – por menor que seja o acidente, mesmo não havendo afastamento do trabalho (fluxograma de acidente de trabalho em anexo);
- Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

- Informar ao paciente e/ou responsável todo procedimento que vai ser executado;
- Na administração de medicamentos atentarem aos 5 certos:
 - Medicamento certo
 - Dose certa
 - Paciente certo
 - Via certa
 - Hora certa;
- Todos os acessos venosos dos clientes internados deverão ser identificados (número do gelco/scalp e data);
- Toda solução parenteral deverá constar de identificação;
- Ao receber o plantão fazer conferência de materiais, medicamentos e equipamentos existentes na unidade de serviço, constar em relatório;
- Os kits da Sala de Emergência deverão ser conferidos em todos os plantões, datados, assinados e carimbados;
- Todo e qualquer procedimento realizado nos pacientes deverão ser registrados na FAA e/ou prontuário, assinado e carimbado, **SEMPRE** anotar data e horário;
- O livro de Registro de Pacientes da Observação e da Sala de Emergência deverá ser feito em todos os plantões, constando observações pertinentes à condição do paciente, alta, remoção, entre outras;
- Nas receitas de Psicotrópicos deverá constar número de FAA com carimbo e assinatura de quem administrar;
- Toda e qualquer intercorrência com paciente deverá constar em prontuário e o enfermeiro do plantão deverá estar ciente para poder comunicar ao médico;
- As Anotações de Enfermagem devem ser registradas em formulários/documentos, com cabeçalho devidamente preenchido com dados completos do paciente, de acordo com os critérios estabelecidos na Instituição;
- As trocas de folgas e/ou plantão serão permitidas pelo Enfermeiro Assistencial do plantão quando for conveniente, devendo ser registrada em documento específico com o mínimo de 36 horas de antecedência;
- A SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ser checada da mesma maneira que é checada a prescrição médica;
- Na admissão registrar condições do paciente, se estar ou não acompanhado entre outras observações;
- Na Alta hospitalar, verificar se no prontuário consta assinatura do médico responsável, entregar receitas e/ou exames realizados e informar ao Serviço Social para que este comunique a família e/ou responsável;
- Anotar em prontuário as condições em que o paciente saiu da unidade e acompanhado por quem;
- A SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ser realizada a partir de duas (2) horas, em que o paciente se encontrar em observação na unidade, sendo responsabilidade do Enfermeiro de plantão realizar a SAE e caberá ao técnico e/ou auxiliar de enfermagem realizar a checagem da prescrição de enfermagem;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

- Não será permitido o preparo da medicação, sem que antes chame o paciente, e explicar o procedimento;
- O profissional que preparar a medicação **OBRIGATORIAMENTE** será o que irá administrar;
- Os equipamentos deverão ser passados em plantão testados;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

Capítulo IV- Da Competência

Art.- 6: Ao Coordenador de Enfermagem compete:

- Desenvolver ações que facilitam a integração entre os profissionais de enfermagem;
- Favorecer a integração entre as Unidades de Saúde e o Conselho Regional de Enfermagem;
- Assegurar com que as ações de enfermagem ocorram de acordo com o Código de Ética da Enfermagem;
- Criar, ou atualizar manual de normas e rotinas dos procedimentos da enfermagem e garantir que todos os profissionais tenham conhecimento;
- Acompanhar a implementação do manual do protocolo de normas e rotinas do serviço de enfermagem estabelecido;
- Manter atualizada junto ao COREN -SP a relação de profissionais de enfermagem que atuam nos estabelecimentos de saúde do município;
- Viabilizar aos profissionais de enfermagem treinamento sistematizados, proporcionando um melhor desenvolvimento de suas atividades.

Art.- 7: Ao Enfermeiro Responsável Técnico compete:

- Desenvolver ações que facilitam a integração entre os profissionais de enfermagem;
- Favorecer a integração entre a Unidade e coordenação de enfermagem;
- Assegurar com que as ações de enfermagem ocorram de acordo com o Código de Ética da Enfermagem;
- Garantir a implementação do Manual do protocolo de Normas e Rotinas do serviço de enfermagem elaborados pela Coordenação de Enfermagem;
- Manter atualizada junto ao COREN-SP a relação de profissionais de enfermagem que atuam na sua Unidade;
- Viabilizar aos profissionais de enfermagem treinamento sistematizados, proporcionando um melhor desenvolvimento de suas atividades.
- Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica;
- Atuar no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- Desenvolver ações de promoção da saúde, conforme plano de ação da equipe, por meio de atividades educativas, do estímulo a participação comunitária e do trabalho intersensorial, visando a melhoria da qualidade de vida da população;
- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para população conforme plano de ações da equipe de saúde;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

- Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população, conforme o planejamento da equipe de saúde;
- Desenvolver monitoramento dos indicadores de saúde, avaliando impacto das ações planejamento.

Art. – 8: Ao Enfermeiro Assistencial compete:

- Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica;
- Atuar no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- Desenvolver ações de promoção da saúde, conforme plano de ação da equipe, por meio de atividades educativas, do estímulo a participação comunitária e do trabalho intersensorial, visando a melhoria da qualidade de vida da população;
- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas as situação de risco para população conforme plano de ações da equipe de saúde;
- Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população, conforme o planejamento da equipe de saúde;
- Desenvolver monitoramento dos indicadores de saúde, avaliando impacto das ações planejamento.

Art. – 9: Ao Técnico de Enfermagem compete:

- Desenvolver ações que facilitem a integração entre equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades de trabalho na Atenção Básica;
- Atuar no desenvolvimento das atividades planejadas, referentes aos programas do SUS, prevenção e promoção à saúde;
- Desenvolver ações de programas da saúde por meio das atividades educativas, do estímulo a participação comunitária e do trabalho intersensorial, visando à melhoria da qualidade de vida da população, segundo planejamento da equipe;
- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a população conforme plano de ação da equipe;
- Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população conforme planejamento da equipe de saúde.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

Art. – 10: Ao auxiliar de enfermagem compete;

- Desenvolver ações que facilitem a integração entre equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades de trabalho na Atenção Básica;
 - Atuar no desenvolvimento das atividades planejadas, referentes aos programas do SUS, prevenção e promoção à saúde;
- Desenvolver ações de programas da saúde por meio das atividades educativas, do estímulo a participação comunitária e do trabalho intersensorial, visando a melhoria da qualidade de vida da população, segundo planejamento da equipe;
- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a população conforme plano de ação da equipe;
 - Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população conforme planejamento da equipe de saúde.

Art. -11: Ao atendente de enfermagem compete;

- Desenvolver ações que facilitem a integração entre equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades de trabalho na Atenção Básica;
- Apoiar equipe no desenvolvimento das atividades planejadas, referentes aos programas do SUS, prevenção e promoção à saúde;
- Apoiar a equipe no desenvolvimento nas ações de programas da saúde por meio das atividades educativas, do estímulo a participação comunitária e do trabalho intersensorial, visando a melhoria da qualidade de vida da população, segundo planejamento da equipe;

Capítulo V- Do Pessoal e suas Atribuições

Atribuições do pessoal em conformidade com a legislação e normas vigentes, lei 7498/86 e Decreto 94406/87.

Art. -13 - Atribuições de Pessoal

I. Coordenador (a) de Enfermagem

Promover:

- Elaborar diagnóstico situacional e plano de trabalho do serviço de enfermagem;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

- Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade de cada Unidade de Saúde, fazendo cumprir o regimento do serviço de enfermagem, normas, rotinas e protocolos assistenciais;
 - Participar no planejamento anual de pedidos dos insumos utilizados pelo serviço de enfermagem, junto aos setores de compras e almoxarifado do município;
 - Garantir que os profissionais tenham acesso aos facilitadores do núcleo de educação permanente;
 - Supervisionar a implementação e execução das atividades relacionadas aos programas de saúde;
 - Gerenciar indicadores gerados pela produtividade dos serviços de enfermagem, assim como dos programas de saúde;
- Realizar reuniões, rodas de discussões e oficinas, periodicamente com equipe de enfermagem;
- Garantir que equipe de enfermagem tenha conhecimento em atualizações de protocolos, normas e rotinas;
 - Avaliar dimensionamento de pessoal.

II - Enfermeiro Responsável Técnico – RT

Promover:

- Elaborar diagnóstico situacional e plano de trabalho do serviço de enfermagem;
- Garantir cumprimento do regimento do serviço de enfermagem, e protocolos de normas e rotinas assistenciais;
- Viabilizar espaço de discussão técnica e ética com a equipe de enfermagem e a Coordenadoria de Saúde.
- Atuar de acordo com as diretrizes, normas e rotinas da Atenção Básica estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Integrar a equipe de saúde, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando à promoção, prevenção e reabilitação da saúde da comunidade;
- Participar de reuniões, rodas e oficinas, na instituição e setor quando convocado ou convidado;
- Ser um multiplicador, desenvolvendo ações em educação em saúde, ser facilitador das ações desenvolvidas pelo núcleo de educação permanente;
- Planejar, coordenar, acompanhar, executar e avaliar as ações de assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade;
- Prever a necessidade de pessoal elaborando escalas de serviço e atribuições diárias, para assegurar o desempenho adequado do trabalho de enfermagem, anexar escala em lugar visível para todos os funcionários;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

- Gerenciar administração dos recursos materiais fazendo a previsão das necessidades da unidade, especificidade, característica da clientela e frequência de uso de materiais, assim como sua durabilidade, local de guarda, e periodicidade da reposição;
- Controle periódico de equipamentos e materiais permanentes;
- Planejar e desenvolver atividades específicas da assistência de enfermagem a indivíduos, famílias e grupos da comunidade, realizando as consultas de enfermagem, visitas domiciliares e procedimentos de enfermagem em todas as fases do ciclo de vida;
- Desenvolver ações educativas junto à população, segundo a Norma Operacional Básica da Assistência a Saúde de NOAS 2001, visando à conquista da saúde;
- Estimular junto com os demais membros da equipe a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e de seus determinantes;

Acolher o usuário com humanização, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência;

- Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém nascido, seguindo protocolo instituído pela secretaria de saúde;
- Prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programa de saúde pública e em protocolos assistenciais da Secretaria Municipal da Saúde;
- Preencher relatórios e registros de produção das atividades de enfermagem, bem como efetuar a análise dos mesmos;
- Garantir desenvolvimento dos programas de saúde, determinados pela secretária de saúde;
- Realizar fechamento semanal, quinzenal ou mensal dos programas de saúde, conforme solicitação do núcleo de programas, devendo estar datado, assinado e carimbado;

III - Enfermeiro

- Elaborar diagnóstico situacional e plano de trabalho do serviço de enfermagem;
- Garantir cumprimento do regimento do serviço de enfermagem, e protocolos de normas e rotinas assistenciais;
- Atuar de acordo com as diretrizes, normas e rotinas da Atenção Básica estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Integrar a equipe de saúde, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando à promoção, prevenção e reabilitação da saúde da comunidade;
- Participar de reuniões, rodas e oficinas, na instituição e setor quando convocado ou convidado;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretório de Urgência e Emergência

- Ser um multiplicador, desenvolvendo ações em educação em saúde, sendo também facilitador das ações desenvolvidas pelo núcleo de educação permanente;
- Planejar, coordenar, acompanhar, executar e avaliar as ações de assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade;
- Prever a necessidade de pessoal elaborando escalas de serviço e atribuições diárias, para assegurar o desempenho adequado do trabalho de enfermagem, e anexar escala em lugar visível para todos os funcionários;
- Gerenciar administração dos recursos materiais fazendo a previsão das necessidades da unidade, especificidade, característica da clientela e frequência de uso de materiais, assim como sua durabilidade, local de guarda, e periodicidade da reposição;
- Controlar periodicamente o equipamento e materiais permanentes;
- Planejar e desenvolver atividades específicas da assistência de enfermagem a indivíduos, famílias e grupos da comunidade, realizando as consultas de enfermagem, visitas domiciliares e procedimentos de enfermagem em todas as fases do ciclo de vida; Desenvolver ações educativas junto à população, segundo a Norma Operacional Básica da Assistência a Saúde de NOAS 2001, visando à conquista da saúde;
- Estimular junto com os demais membros da equipe a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e de seus determinantes;
- Acolher o usuário com humanização, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência;
- Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente, Puérpera e ao recém nascido, seguindo protocolo instituído pela secretaria de saúde;
- Prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programa de saúde pública e em protocolos assistenciais da Secretaria Municipal da Saúde;
- Preencher relatórios e registros de produção das atividades de enfermagem, bem como efetuar a análise dos mesmos;
- Garantir desenvolvimento dos programas de saúde, determinados pela secretária de saúde;
- Realizar fechamento semanal, quinzenal ou mensal dos programas de saúde, conforme solicitação do núcleo de programas, devendo estar datado, assinado e carimbado;

IV - Técnico de Enfermagem

O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participar no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

- Atuar de acordo com as diretrizes, normas e rotinas da Atenção Básica estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde;
 - Integrar a equipe de saúde, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando a promoção, prevenção e recuperação/reabilitação da saúde da comunidade;
 - Participar das ações educativas junto a população, segundo a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde de NOAS 2001, visando a conquista da saúde;
 - Estimular junto com os demais membros da equipe a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e de seus determinantes;
 - Participar ativamente do processo de educação permanente e dos cursos de capacitação visando o desenvolvimento do seu papel profissional e como agente de mudanças;
 - Acolher o usuário, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência;
- Prestar assistência de enfermagem nos diferentes setores, de acordo com sua competência, conforme plano de cuidado;
- Preencher registros de produção das atividades de enfermagem;
 - Atuar de forma integrada com equipe multiprofissional;
 - Conhecer e cumprir a ética nas relações de trabalho em equipe e na assistência à população;
 - Executar tarefas afins e/ou outras atividades orientadas pelo enfermeiro de acordo com a LEI 7498/86.
 - Realizar atendimento humanizado para indivíduo, família e comunidade.

V- Auxiliar de Enfermagem

O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- Atuar de acordo com as diretrizes, normas e rotinas da Atenção Básica estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Integrar a equipe de saúde, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando a promoção, prevenção e recuperação/reabilitação da saúde da comunidade;
- Desenvolver ações educativas junto a população, segundo a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde de NOAS 2001, visando a conquista da saúde;
- Estimular junto com os demais membros da equipe a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e de seus determinantes;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

- Participar ativamente do processo de educação permanente e dos cursos de capacitação visando o desenvolvimento do seu papel profissional e como agente de mudanças;
- Acolher o usuário, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência;
- Prestar assistência de enfermagem nos diferentes setores, de acordo com sua competência, conforme plano de cuidado;
- Preencher registros de produção das atividades de enfermagem;
- Conhecer e cumprir a ética nas relações de trabalho em equipe e na assistência a população;
- Executar tarefas afins e/ou outras atividades orientadas pelo enfermeiro de acordo com a LEP 7498/86.
- Realizar atendimento humanizado para indivíduo, família e comunidade.

VI- Atendente de Enfermagem

As atividades do Atendente de Enfermagem estão listadas na Resolução COFEN 186/1995. Elas só poderão ser desenvolvidas sob orientação e supervisão direta do Enfermeiro, por força do artigo 23 da Lei 7.498/1986, regulamentada pelo Decreto 94.406/1987. Assim, cabe ao Enfermeiro determinar o setor de trabalho, horário e atividades que serão desenvolvidos pelo Atendente de Enfermagem.

A Resolução citada propõe o desenvolvimento de atividades elementares pelo Atendente de Enfermagem, que são atividades que compreendem ações de fácil execução e entendimento, baseadas em saberes simples adquiridos por meio de treinamento e/ou da prática, se restringindo às situações de rotina e de repetição, que não envolvem cuidados diretos ao paciente, não colocam em risco a comunidade, o ambiente e/ou a saúde do executante, mas contribuem para que a assistência de enfermagem seja mais eficiente (artigo 1º da Resolução COFEN 186/1995).

As atividades elementares de Enfermagem, executadas pelo Atendente de enfermagem e assemelhados são as seguintes:

Relacionadas com a higiene e conforto do cliente:

- Anotar, identificar e encaminhar roupas e/ou pertences dos clientes;
- Preparar leitos desocupados.

Relacionadas com transporte do cliente:

- Auxiliar a equipe de enfermagem no transporte de clientes de baixo risco;
- Preparar macas e cadeiras de rodas.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

Relacionadas com a organização do ambiente:

- Arrumar, manter limpo e em ordem o ambiente do trabalho;
- Colaborar, com a equipe de enfermagem, na limpeza e ordem da unidade;
- Buscar, receber, conferir, distribuir e/ou guardar o material proveniente da central de materiais;
- Zelar pela conservação e manutenção da unidade, comunicando ao Enfermeiro os problemas existentes;
- Auxiliar em rotinas administrativas do serviço de enfermagem.

Relacionadas com consultas, exames ou tratamentos:

- Levar aos serviços de diagnóstico e tratamento, o material e os pedidos de exames complementares e tratamentos;

Receber e conferir os prontuários do setor competente e distribuí-los nos consultórios;

- Agendar consultas, tratamentos e exames, chamar e encaminhar clientes;
- Preparar mesas de exames.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

ORGANOGRAMA SECRETARIA SAÚDE



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoriate Urgência e Emergência

PROPOSTA DE ESCALA MENSAL DO SERVIÇO E DE HIGIENIZAÇÃO DE ENFERMAGEM

Prefeitura Municipal de Carapicuíba
Secretaria Municipal de Saúde

Escala de higienização quinzenal de materiais e equipamentos do P. S 2013

Plantão responsável: noturno A e B

S a l a s	Mês																							
	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto		Setembrd		Outubro		Novembro		Dezembro	
	Dia	Plantão	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	A	B	B	A	B	A	B
Emergência: ECG, Monitores, Carrinho PCR, Desfibrilador, gavetas medicação pequenas e grandes, B. infusão, aspirador																								
Observação: gavetas grandes e pequenas, carrinho medicação, Urgência: respirador, monitor, B. infusão, carrinho PCR, Desfibrilador, aspirador e sala equipamentos																								
Med. Infantil: gavetas c/ medicação e seringas																								
Med. Adulto: gavetas c/medicação e seringas																								
Coleta: gavetas c/ seringas, geladeira																								
Téc./aux. Enf. Enfermeiro																								

Observações: _____



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

ORIENTAÇÃO PARA VISITA DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM

- 1) O departamento de fiscalização do COREN-SP deve anunciar-se ao Gestor municipal de saúde e /ou gerente da unidade a ser fiscalizada, ou seus respectivos substitutos e buscar sempre ser acompanhado pelos mesmos;
- 2) A visita fiscalizatória deverá ser acompanhada pelo enfermeiro Responsável Técnico (RT) ou alguém que o represente;
- 3) O Enfermeiro RT da Unidade deverá encaminhar as notificações do COREN-SP para a Coordenação de Enfermagem, que analisará e responderá conjuntamente, enviando cópia da resposta a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde - SMS;
- 4) O Enfermeiro RT da Coordenação de Enfermagem deverá encaminhar estas notificações para o colegiado de gestão do serviço de enfermagem da SMS.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

PROCESSO DE ENFERMAGEM: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Definição: Ação privativa do enfermeiro que se caracteriza por cinco etapas:

- Histórico de Enfermagem - HE
- Diagnóstico de Enfermagem - DE
- Planejamento de Enfermagem - PE
- Implementação de Enfermagem - IE
- Evolução de Enfermagem – EE

Objetivo:

- Identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de ações de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade.
- Executar a consulta de enfermagem na Atenção Básica, garantir atenção individual aos grupos prioritários (crianças menores de 2 anos e desnutrição, gravidez, diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase).

Responsável: Enfermeiro.

Descrição do Procedimento:

- Receber o usuário e explicar o procedimento;
 - Desenvolver a consulta conforme as etapas previstas na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), seguindo o roteiro e fluxo de seguimento contido nos Protocolos de Enfermagem de SMS;
3. Realizar anotação no prontuário e boletim de produção;
 4. Manter a organização da sala/consultório.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

SUPERVISÃO E ACOMPANHAMENTO



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

SUPERVISÃO E ACOMPANHAMENTO

Executor: Enfermeiro

Definição: É o planejamento e o acompanhamento do serviço de enfermagem pelo enfermeiro.

Objetivo: Assegurar a assistência de Enfermagem com qualidade, proporcionando a educação em serviço.

Responsável: Enfermeiro Responsável Técnico

Descrição do procedimento:

O enfermeiro deve supervisionar diariamente os diversos setores e as ações desenvolvidas pelo TE, AE e o atendente, proporcionando a educação em serviço:

- **Inalação:**
 - Checar a Limpeza e organização da sala e mobiliários;
 - Observar o fluxo e acomodação da clientela;
 - Avaliar o estoque e qualidade do material de consumo;
 - Checar as condições dos equipamentos;
 - Checar a rotina de desinfecção dos materiais;
 - Registro dos procedimentos realizados (produção, prontuário, identificação do profissional);
 - Supervisionar a técnica utilizada nos procedimentos;
 - Observar e/ou orientar a postura do profissional no setor;
 - Avaliar o conteúdo das ações educativas;
 - Avaliar a qualidade da assistência;
 - Checar o cumprimento da escala de limpeza terminal.

- **Medicação / Observação**
 - Checar a Limpeza e organização da sala e mobiliários;
 - Observar fluxo e acomodação do usuário;
 - Avaliar o estoque e qualidade do material de consumo;
 - Checar rotina de desinfecção dos materiais;
 - Supervisionar os registros dos procedimentos realizados;
 - Supervisionar técnica utilizada nos procedimentos;
 - Checar os materiais e medicamentos de emergência;
 - Observar e/ou orientar postura do profissional no setor;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

- Avaliar conteúdo e desenvolvimento das ações educativas;
- Avaliar a qualidade da assistência;
- Checar o cumprimento da escala de limpeza terminal e concorrente;
- Observar procedimentos de biossegurança;
- Observar e/ou orientar o descarte do material perfuro cortante;
- Colaborar a manutenção da privacidade do usuário.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoriate Urgência e Emergência

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA (EV)

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável

Objetivos: Executar com segurança o tratamento medicamentoso prescrito pelo profissional responsável.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Seringa.
2. Agulha 40x15.
3. Agulha 25x6.
4. Algodão.
5. Álcool.
6. Garrote.
7. Fita crepe para identificação.
8. Bandeja.
9. Luva de procedimento.
10. Medicamento prescrito.
11. Abocath no nº adequado.
12. Esparadrapo/ micropore.

Descrição do procedimento:

1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente.
2. Selecionar a ampola, observando nome, validade, alteração de cor e presença de resíduos;
3. Escolher seringa de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrado;
4. Lavar as mãos;
5. Fazer assepsia nas ampolas com auxílio do algodão e álcool 70%;
6. Abrir a seringa e conectar a agulha 40x12;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

7. Preparar medicação, conforme técnica descrita;
8. Explicar ao paciente o que será realizado;
9. Calçar as luvas;
10. Selecionar veia de grande calibre para punção, garrotear o braço do paciente;
11. Realizar antisepsia do local escolhido;
12. Posicionar seringa bisel voltado para cima e proceder a punção venosa;
13. Soltar o garrote;
14. Administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas;
15. Retirar a seringa e pressionar o algodão no local da punção;
16. Lavar as mãos;
17. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
18. Manter ambiente de trabalho em ordem.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA

Definição: É a introdução de soro fisiológico e/ou medicamento em forma de aerossol ou vapor no trato respiratório.

Objetivos: Umidificar as vias aéreas, fluidificar secreções da membrana mucosa do trato respiratório, facilitando a sua expectoração.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Copo nebulizador.
2. Máscara.
3. Medicação prescrita.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos com técnica adequada;
2. Preparar a medicação prescrita no copo nebulizador, observando a dose, via, nome do cliente, data;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Ligar o copo nebulizador à extensão de látex acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio, conforme prescrição;
5. Regular o fluxo (5 a 10 litros/ min);
6. Orientar o paciente a manter respiração nasal durante a inalação medicamento;
7. Ao término, oferecer papel toalha para o paciente secar a umidade do rosto;
8. Colocar copo e máscara de nebulização para lavagem e desinfecção;
9. Lavar as mãos;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

10. Anotar, assinar e carimbar em prontuário/ receituário, comunicando médico caso haja necessidade de avaliação após procedimento;
11. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável

Objetivos: Depositar a medicação profundamente no tecido muscular, o qual é bastante vascularizado, podendo absorver rapidamente.

Esta via de administração fornece uma ação rápida e absorção de doses relativamente grandes (até 5 ml em locais adequados).

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Seringa – conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml.).
2. Agulha – comprimento/ calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado.
3. Algodão.
4. Álcool 70%.
5. Bandeja.
6. Medicação prescrita.

Descrição do Procedimento:

1. Checar prescrição medicamentosa (data, dose, via, nome paciente).
2. Lavar as mãos com técnica adequada.
3. Preparar injeção, conforme técnica já descrita.
4. Orientar o paciente sobre o procedimento.
5. Escolher local da administração.
6. Fazer antissepsia da pele com algodão/ álcool.
7. Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar.
8. Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo.
9. Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento).
10. Injetar o líquido lentamente.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

11. Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme.
12. Fazer leve compressão no local.
13. Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado (caixa resíduo perfuro-cortante).
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
16. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÕES:

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 de 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 cruz imaginária, a partir da espinha ilíaca pósterio-superior até o trocânter do fêmur.
- Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz 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.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

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-superiordireita.
- Estender o dedo médio ao longo da crista íliaca.
- Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador em triângulo.
- Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Face Vasto Lateral da Coxa:

- Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado.
- Traçar um retângulo delimitado pela linha média na anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15 cm do grande trocânter 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 medicação no centro do triângulo imaginário.

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°.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

C – Escolha correta da agulha:

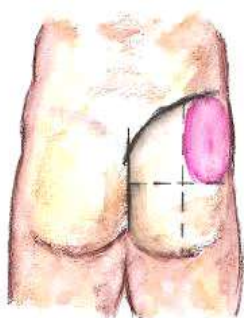
Conforme Horta e Teixeira a dimensão da agulha em relação à solução e à espessura da tela subcutânea (quantidade de tecido abaixo da pele) na criança e no adulto, deve seguir o seguinte esquema:

OBS:Figura 1, figura 2

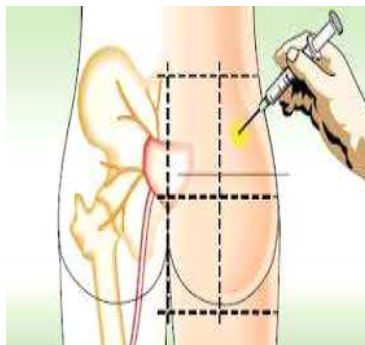
Figura 5 – Esquema ilustrando a área preconizada pela literatura para realização da injeção intramuscular na região antero-lateral da coxa



1



2



3

OBS: tabela de calibre de agulha.

Dimensões de agulhas em relação ao grupo etário, condição física e tipo de solução(Injeção IM)

ESPESSURA DA TELA SUBCUTÂNEA	SOLUÇÕES AQUOSAS	SOLUÇÕES OLEOSAS
Adulto: magro	25 x 6 ou 7	25x8 ou 9
Normal	30 x 6 ou 7	30x8 ou 9
Obeso	40 x 6 ou 7	40x8 ou 9
Criança: magra	20x6 ou 7	20x8
Normal	25x6 ou 7	25x8
Obesa	30x6 ou 7	30x8



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA OCULAR

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É uma via de administração pela aplicação de fármacos nos olhos.

Objetivos: Sua absorção e início de efeito são praticamente imediatos.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Colírio ou pomada oftalmológica.
2. Gaze.
3. Luvas de procedimentos.

Descrição do Procedimento:

Apresentação: Colírio

1. Checar prescrição (data, nome do paciente, dose, apresentação,).
2. Separar medicação prescrita.
3. Lavar as mãos.
4. Orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para trás.
5. Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente.
6. Pedir para o paciente olhar para cima e pingar a medicação no centro da membrana conjuntiva.
7. Orientar o paciente a fechar a pálpebra.
8. Lavar as mãos.
9. Anotar data, nome, horário de execução do procedimento.
10. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

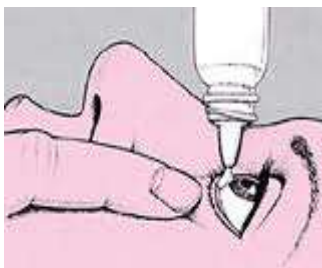
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

11. Manter ambiente limpo e organizado.

Apresentação: pomada

1. Com o auxílio da gaze, afastar a pálpebra inferior, apoiando a mão na face do cliente e colocar com o próprio tubo a pomada.
2. Pedir para o paciente fechar os olhos.
3. Proceder a leve fricção sobre a pálpebra inferior.

OBS: Figura 1 e Figura 2



1



2



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA ORAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável.

Objetivos: Executar com segurança o tratamento medicamentoso prescrito pelo profissional responsável.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Copo descartável/ graduado.
2. Medicação.
3. Conta gotas.
4. Bandeja.

Descrição do Procedimento:

1. Checar prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e apresentação.
2. Lavar as mãos;
3. Separar a medicação evitando tocar as mãos nos comprimidos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar;
4. Em caso de líquido – agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado, ou conta gotas;
5. Explicar o procedimento ao paciente;
6. Oferecer a medicação;
7. Certificar-se que o medicamento foi deglutido;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

8. Lavar as mãos;
9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
10. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

OBS: Figura 1





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA (SC)

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável.

Objetivos: Executar com segurança o tratamento medicamentoso prescrito pelo profissional responsável.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Seringa de 1 ou 3 ml.
2. Agulha 10x5, 20x6.
3. Álcool 70%.
4. Algodão.
5. Bandeja.

Descrição do Procedimento:

1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente.
2. Lavar as mãos.
3. Preparar medicação, conforme técnica descrita.
4. Orientar paciente sobre o procedimento.
5. Escolher o local da administração.
6. Fazer antissepsia da pele com algodão/ álcool 70%, de cima para baixo.
7. Firmar com o dedo polegar e indicador o local da administração.
8. Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo de 90°.
9. Aspirar, observando se atingiu algum vaso sanguíneo.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

10. Injetar o líquido lentamente.
11. Retirar a seringa/agulha num movimento único e firme.
12. Fazer leve compressão no local com algodão.
13. Desprezar material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
16. Manter ambiente de trabalho em ordem. .

OBSERVAÇÕES:

A. Na administração de insulina não realizar massagem após aplicação, para evitar a absorção rápida.

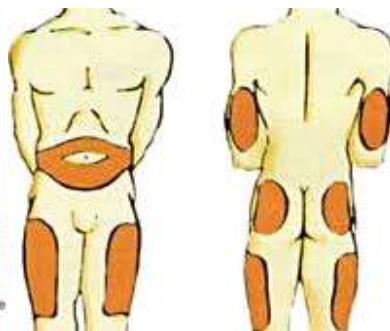
B. Locais de aplicação:

- . Região deltóide no terço proximal.
- . Face anterior da coxa.
- . Face superior externa do braço.
- . Face anterior do antebraço.

OBS: figura 1 e figura 2



1



2



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA OTOLÓGICA

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável.

Objetivos: Introduzir o medicamento no canal auditivo externo com a finalidade de prevenir ou tratar processos inflamatórios, infecciosos, facilitar a saída de cerúmen e corpos estranhos.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Bandeja de inox.
2. Medicação a ser administrada.
3. Pacote de gaze estéril.
4. Luvas de procedimentos.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material para o procedimento;
3. Orientar o cliente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
4. Calçar as luvas de procedimentos;
5. Colocar o cliente em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada, deixando para cima o ouvido que receberá a medicação;
6. Com a mão não dominante, puxar suavemente a aurícula para cima e para trás (para os maiores de 3 anos) e para baixo para trás (para menores de 3 anos);



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretório de Urgência e Emergência

7. Descansar o punho da mão dominante do lado da face do cliente próxima à área temporal, gotejar o número receitado de gotas no canal do ouvido sem tocar o frasco no cliente;
8. Soltar o ouvido e remover o excesso de medicação ao redor do mesmo com a compressa de gaze estéril;
9. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado;
10. Orientar o cliente a permanecer na posição por 3-5 minutos para absorção da medicação;
11. Recolher os materiais e organizar a sala;
12. Lavar as mãos;
13. Anotar o procedimento no prontuário e/ou receituário do cliente;
14. Assinar e carimbar o prontuário.

OBS: Figura 1





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA RETAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável.

Objetivos: Sua indicação é impopular e desconfortável. O fármaco é formulado em um supositório ou enema retal, aplicados acima do esfíncter anal e do anel anorretal.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Bandeja de inox.
2. Medicação a ser administrada.
3. Luvas de procedimentos.
4. Pacote de gaze.
5. Biombo s/n.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material para o procedimento;
3. Orientar o cliente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
4. Preparar o ambiente solicitando a saída do acompanhante e/ou posicionando o biombo de maneira que favoreça a privacidade do cliente;
5. Calçar as luvas de procedimentos;
6. Posicionar o cliente em decúbito lateral com a perna superior em abdução (posição de SIMS);
7. Remover o supositório do invólucro com uma gaze;
8. Se a ponta estiver afiada, esfregar levemente com uma gaze para que esta fique arredondada;
9. Afastar as nádegas com a mão não dominante;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

10. Orientar o cliente a respirar lenta e profundamente pela boca para facilitar relaxamento da musculatura;
11. Inserir o supositório no reto, segurando com uma gaze, até se perceber o fechamento do ânus anal;
12. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado;
13. Orientar o cliente a comprimir as nádegas por 3-4 minutos e permanecer na mesma posição por 15-20 minutos para diminuir estímulo de soltar o supositório;
14. Recolher o material e organizar a sala;
15. Lavar as mãos;
16. Anotar o procedimento no prontuário e/ou receituário do cliente;
17. Assinar e carimbar o procedimento.

OBS: Figura 1 e Figura 2



1 – posição SIMS



2. Introdução de supositório



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA NASAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável.

Objetivos: Executar com segurança o tratamento medicamentoso prescrito pelo profissional responsável.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Bandeja de inox.
2. Luvas de procedimento.
3. Medicação a ser administrada.
4. Pacote de gaze.
5. Papel toalha.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas;
3. Reunir o material;
4. Orientar o cliente e/ou acompanhamento do procedimento;
5. Orientar o cliente a assuar suavemente o nariz, caso não seja contraindicado;
6. Colocar o cliente em decúbito dorsal, elevado 45º graus com a cabeça ligeiramente inclinada para trás;
7. Apoiar a mão não dominante na testa do cliente, enquanto levanta a narina;
8. Segurar o frasco de medicação próxima ao nariz em direção ao septo nasal com a mão dominante;
9. Instilar o número de gotas prescritas pelo profissional médico;
10. Retirar as luvas e desprezá-la em recipiente apropriado;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

11. Orientar o cliente a permanecer na posição por 3-6 minutos;
12. Recolher os materiais e organizar o ambiente;
13. Lavar as mãos;
14. Anotar o procedimento no prontuário e/ou receita médica;
15. Assinar e carimbar o procedimento.

OBS: Figura 1





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBLINGUAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável

Objetivos: Realiza uma absorção altamente eficaz, por ser uma região muito vascularizada por capilares sanguíneos.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Bandeja de inox.
2. Copo descartável pequeno.
3. Medicação a ser administrada.
4. Luvas de procedimentos.
5. Esparadrapo para identificação.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material para o procedimento;
3. Orientar o cliente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
4. Calçar as luvas de procedimentos;
5. Colocar a medicação debaixo da língua do cliente;
6. Retirar as luvas e desprezá-las em recipiente adequado;
7. Orientar o cliente a não engolir a medicação;
8. Lavar as mãos;
9. Verificar após 30-60 minutos em média a ocorrência de efeitos;
10. Anotar o procedimento no prontuário e/ou receituário no cliente;
11. Assinar e carimbar o procedimento.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA TÓPICA

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável.

Objetivos: Realiza uma absorção altamente eficaz, por ser uma região muito vascularizada por capilares sanguíneos.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Bandeja de inox.
2. Luvas de procedimento.
3. Medicação a ser administrada.
4. Biombo s/n.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material para o procedimento;
3. Orientar o cliente e/ ou o acompanhante sobre o procedimento;
4. Preparar o ambiente solicitando a saída do acompanhante e/ou posicionando o biombo de maneira que favoreça privacidade ao cliente;
5. Calçar as luvas de procedimento;
6. Posicionar o cliente, expondo a região a ser aplicado o creme;
7. Colocar a quantidade prescrita na superfície palmar;
8. Espalhar levemente com os dedos ou palmas, massageando levemente a região até o produto ser absorvido ou de acordo com as orientações do medicamento ou da prescrição.;
9. Retirar as luvas e desprezá-las em recipiente adequado;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

10. Recolher os materiais e organizar a sala;
11. Lavar as mãos;
12. Anotar o procedimento realizado no prontuário e/ou receituário do cliente;
13. Assinar e carimbar o procedimento.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Verificar os níveis pressóricos.

Objetivos: Detectar, acompanhar e controlar os níveis pressóricos para prevenção das doenças cardiovasculares.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Esfigmomanômetro Aneróide ou de coluna de mercúrio.
2. Estetoscópio.

Descrição do Procedimento:

1. Explicar o procedimento ao paciente, questionar sobre uso de medicação, horário e queixas;
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida;
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento e envolver pelo menos 80% do braço;
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido;
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide;
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente;
9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase 1 de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica/ diastólica/ (zero);
10. Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco;
11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas;
12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento;
13. Registrar procedimento em prontuário/mapa de controle, assinando e carimbando;
14. Comunicar médico/ enfermeiro caso de alteração da PA;
15. Registrar procedimento em planilha de produção;
16. Lavar as mãos;
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

OBSERVAÇÕES:

A. Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10' em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento.

B. Dimensões aceitáveis da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos:

Circunferência do (cm) braço

Denominação do Manguito

Largura do Manguito (cm)

Comprimento da bolsa (cm) ≤ 6 recém-nascido 3 6

6-15 Criança 5 15

16-21 Infantil 8 21

22-26 Adulto pequeno 10 24

27-34 Adulto 13 30

35-44 Adulto grande 16 38

45-52 Coxa 20 42

C. Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses.

D. Gestante recomenda-se que a PA seja verificada na posição sentada.

E. Em pacientes obesos, deve-se utilizar o manguito de tamanho adequado à circunferência do braço.

F. Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em posição ortostática, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti-hipertensiva.

OBS: Figura 1





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

VERIFICAÇÃO DA RESPIRAÇÃO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Verificar através da visão o padrão respiratório do paciente.

Objetivo: Avaliar se o paciente se encontra com desconforto respiratório.

Responsável: Enfermeiro

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Deitar o cliente ou sentá-lo com apoio dos pés.
3. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax, os movimentos (inspiração e expiração) somam um movimento respiratório.
4. Colocar a mão no pulso do cliente a fim de disfarçar a observação.
5. Contar os movimentos respiratórios durante um minuto.
6. Lavar as mãos.
7. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

OBSERVAÇÃO:

- Orientar o cliente para que não fale durante a verificação.
- Após esforço do cliente, **não** contar a respiração.

PARÂMETROS DE NORMALIDADE:

- - Adulto : 16 a 20 rpm
- - Criança : 20 a 25 rpm
- - Lactente : 30 a 40 rpm



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

ASPIRAÇÃO OROTRAQUEAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Consiste em retirar a secreção traqueobronquica e orofaríngea através de uma sonda ligada a um aparelho de sucção (elétrico ou com auxílio de vácuo).

Objetivo: Quando o paciente está impossibilitado de eliminar as secreções ou que encontram-se intubados e traqueostomizados.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Sonda de aspiração traqueal estéril – nº 14 ou 16 (adulto), nº 8 ou 10 (criança).
2. Compressa gaze estéril.
3. Pares de luvas estéreis.
4. Pares de luvas procedimento.

Descrição do Procedimento:

1. Checar montagem de material necessário: sonda de aspiração traqueal conectada ao sistema de aspiração à vácuo, luva estéril e de procedimento, máscara e óculos protetores.
2. Calçar luva de procedimento na mão não dominante e luva estéril na mão dominante.
3. Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante.
4. Com a mão não dominante clampar a extensão de látex e introduzir a sonda com a mão dominante até onde forem possíveis.
5. Desclampar a extensão para que ocorra a aspiração da secreção.
6. Retirar lentamente a sonda, realizando movimentos circulares.
7. Retirar as luvas.
8. Lavar as mãos.
9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
10. Manter a sala em ordem.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

OBSERVAÇÕES:

A. No intervalo entre uma aspiração e outra, solicitar que outra pessoa conecte o sistema de ventilação (ambú, respirador).

B. Realizar aspiração até que o retorno seja mínimo ou ausente. Auscultar tórax antes e após o procedimento, checando se houve melhora.

OBS: Figura 1 e 2



1. Adulto



2. neonato



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

BALANÇO HIDRICO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É a anotação de todos líquidos ingeridos ou eliminados pelo paciente, tudo que é infundido e/ ou eliminado é anotado e ao final de cada plantão é feita a soma de todas e resultando na diferença de ambos.

Objetivo: Realizar um controle rigoroso de entrada e saída de líquido do paciente

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Luvas de procedimento
2. Bolsa graduada
3. Placa de controle hídrico

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Calçar as luvas.
3. Mensurar e anotar em impresso próprio os líquidos ingeridos e/ou infundidos e os eliminados, fechando as somas a cada 24 horas.
4. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
5. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

OBS: Medir diurese, vômito, diarreia, líquidos de drenagem, em ml ou quantidades.

Ex - cruces pequenas quantidades +, média ++, grandes quantidades +++.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

BANHO DE ASPERSÃO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o banho de chuveiro. Quando o paciente tem condição de tomar banho de aspersão sozinho.

Objetivo: Tem como finalidade limpeza da pele, favorecimento do bem estar, estimulação da circulação, promoção do relaxamento muscular, aliviando fadiga e cansaço.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. EPI: Luvas de procedimentos, avental de borracha, bota de borracha com cano alto (se o cliente precisar de auxílio).
2. Cadeira de banho para cliente dependente e parcialmente dependente.
3. Produtos de higiene pessoal.
4. Toalha de banho.
5. Roupas do cliente.
6. Compressas
7. Roupas de cama.

Descrição do Procedimento:

1. Verificar a prescrição de enfermagem e médica;
2. Preparar e organizar o material;
3. Orientar o cliente sobre o procedimento;
4. Fechar portas e janelas;
5. Lavar as mãos;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

6. Colocar os EPI;
7. Sentar o cliente no leito para evitar lipotímia;
8. Encaminhar o cliente ao banheiro, se necessário, com apoio, coloque na cadeira higiênica;
9. Dispor a toalha, sabonete e roupas, de modo acessível ao cliente;
10. Verificar a temperatura da água;
11. Se o cliente não tiver condições de permanecer em pé, sente-o em cadeira de banho ou em um banquinho no chuveiro, para clientes dependentes;
12. Auxiliar o cliente no que for necessário, sempre incentivar a sua participação;
13. Se o cliente apresentar atrofia ou impossibilidade de realizar o autocuidado, o profissional de Enfermagem deverá realizar ou auxiliar;
14. Após o banho, fechar o chuveiro, secar ou auxiliar o cliente;
15. Vestir o cliente;
16. Retornar o cliente ao leito ou na poltrona;
17. Aproveitar o momento do banho para realizar a limpeza concorrente e arrumação da cama do cliente;
18. Retirar o material do banheiro.
19. Retirar os EPIs.
20. Lavar as mãos.
21. Chamar a equipe de higienização para organizar o banheiro.
22. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
23. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

BANHO DE IMERSÃO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o banho de banheira. Quando o cliente não tem condições de realizar banho de aspersão.

Objetivo: Tem como finalidade limpeza da pele, favorecimento do bem estar, estimulação da circulação, promoção do relaxamento muscular, aliviando fadiga e cansaço.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Banheira
2. Toalha
3. EPIs (luva de procedimento, avental)
4. Saco plástico descartável (para envolver a banheira)
5. Sabonete.

Descrição do Procedimento:

1. Verificar na ficha de atendimento e a prescrição(Enfermeira e Médica);
2. Explicar o procedimento ao responsável do menor;
3. Reunir os materiais;
4. Lavar as mãos;
5. Calçar as luvas de procedimentos;
6. Revestir a banheira com plástico e enchê-la com água;
7. Verificar se a temperatura da água está adequada;
8. Manter o ambiente em temperatura agradável ao cliente;
9. Pedir para o responsável do menor, colocá-lo na banheira totalmente imerso, exceto a cabeça;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoriate Urgência e Emergência

10. Controlar o tempo de imersão (30 minutos).
11. Retirar as luvas e despezá-las em local adequado;
12. Lavar as mãos;
13. Orientar ao responsável do menor em retirá-lo da banheira;
14. Verificar temperatura axial;
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimba;
16. Anotar na produção diária da unidade de serviço;
17. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Obs: Figura 1 e 2





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

BANHO DE LEITO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o banho realizado no leito do cliente, quando o mesmo se encontra incapacitado para realizar o banho de aspersão.

Objetivo: Tem como finalidade limpeza da pele, favorecimento do bem estar, estimulação da circulação, promoção do relaxamento muscular, aliviando fadiga e cansaço.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Sabonete.
2. Luvas de Procedimento.
3. Biombos.
4. Roupas: (roupas de cama, impermeável para evitar molhar a cama, toalha de banho e de rosto, panos para limpeza concorrente, camisola ou pijama).
5. Utensílios:
 - 1 bacia
 - 1 jarro,
 - 1 cuba-rim,
 - 1 balde,
 - luvas de procedimento,
 - 1 hamper,
 - 1 comadre ou papagaio.

Descrição do Procedimento:

1. Verificar no prontuário (prescrição de enfermagem e/ou médica), quais os cuidados a serem prestados durante o banho;
2. Identificar o cliente e chamá-lo pelo nome;
3. Explicar o procedimento ao cliente e familiares;
4. Solicitar ajuda de terceiros se o cliente tiver limitações;
5. Oferecer comadre ou papagaio, mais ou menos 30 minutos antes do banho no leito, promovendo privacidade do cliente;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

6. Lavar as mãos;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Reunir todo o material necessário e levar até o leito;
9. Dispor os objetos na mesa de cabeceira;
10. Limpar a cadeira;
11. Dispor a roupa no encosto da cadeira conforme o uso;
12. Fechar as portas e janelas para evitar corrente de ar;
13. Colocar biombo para promover privacidade do cliente;
14. Retirar o cobertor e a colcha da cama desprezando-os no hamper;
15. Soltar as roupas de cama, mantendo o cliente coberto com o lençol;
16. Colocar o cliente em posição de Fowler se possível;
17. Remover a campainha e abaixar a grade lateral, mais próxima de onde se estiver;
18. Forrar o tórax do cliente com toalha de rosto;
19. Calçar luvas de procedimento;
20. Realizar higiene oral conforme técnica;
21. Colocar água morna no jarro e verificar a sua temperatura;
22. Lavar os olhos com água. Não usar sabão, gentilmente limpar do canto interno para o externo;
23. Limpar o olho mais distante primeiro, repetir o procedimento do olho mais próximo;
24. Lavar o rosto, orelhas e pescoço. Enxugar e secar a pele muito bem, usando a toalha que está notórax, fazendo movimentos suaves;
25. Posicionar o cliente em decúbito;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

26. Realizar higiene do couro cabeludo, se necessário, conforme técnica.
27. Remover a vestimenta. Não expor o cliente.
28. Forrar o tórax com a toalha e colocar os braços por cima da toalha.
29. Ensaboar, enxaguar e enxugar os membros superiores (primeiro o mais distante de você) da parte distal para a proximal (punho, braço, ombro e axila) fazer movimentos de rotação, nunca deixar exposto o cliente.
30. Colocar a bacia sobre a toalha. Colocar a mão do cliente dentro da bacia, lavá-la bem, desprezando água do jarro em cima da mão, uma de cada vez.
31. Remover a bacia e secar bem entre os dedos e a mão do cliente.
32. Repetir o procedimento do outro lado.
33. Colocar uma toalha de banho sobre o tórax do cliente.
34. Levantar a toalha ligeiramente e lavar o tórax, dobras da mama até o púbis, enxaguar e secar levemente especialmente embaixo das mamas.
35. Trocar a água se estiver muito frio.
36. Descobrir a perna e colocar uma toalha embaixo das pernas, o movimento e procedimentos são os mesmos que descrevermos para os braços.
37. A higiene dos pés deve ser feita da mesma maneira como foi descrita a das mãos.
38. Secar principalmente os espaços interdigitais.
39. Virar o cliente para o lado oposto do profissional, mantendo-o coberto.
40. Descobrir as costas e nádegas. Não expor o cliente. Colocar uma toalha no sentido do comprimento da cama, na região dorsal.
41. Lavar a região posterior, do pescoço até a porção inferior das nádegas.
42. Realizar movimentos circulares e leves. Enxaguar e secar bem.
43. Forrar com a toalha a altura das nádegas e colocar a comadre ou papagaio, protegendo a sua superfície.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

44. Retornar o paciente em posição dorsal.
45. Proceder à higiene íntima conforme técnica.
46. Lateralizar o cliente, empurrar a roupa de cama suja (da lateral da cama para o centro), fazer uma barreira com lençol limpo.
47. Realizar a limpeza concorrente conforme a técnica.
48. Trocar as luvas de procedimento.
49. Colocar o lençol limpo, fazer os cantos. Se necessário, colocar o forro.
50. Colocar fralda se necessário.
51. Passar o cliente para o lado preparado.
52. Ao proceder à mudança de decúbito do cliente, cobri-lo com lençol limpo.
53. O profissional que está em posição oposta deverá retirar a roupa de cama suja, fazer a limpeza concorrente, conforme técnica.
54. Retirar as luvas de procedimento.
55. Esticar o lençol de baixo, fazer os cantos, esticar o forro e centralizar a fralda.
56. Realizar massagem de conforto e hidratação da pele.
57. Retornar o cliente em posição dorsal.
58. Colocar uma vestimenta limpa, pijama ou camisola.
59. Pentear e escovar os cabelos, cortar as unhas e necessário.
60. Deixar o ambiente em ordem e o cliente confortável.
61. Lavar e guardar o material.
62. Retirar as luvas e desprezá-la adequadamente;
63. Lavar as mãos.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

64. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

65. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

OBS: Figura 1





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

TÉCNICA DE CALÇAR LUVA ESTÉRIL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Ato de envolver as mãos na técnica asséptica das mãos.

Objetivos: Tomar o procedimento a ser executado estéril, livre de qualquer microorganismo patogênico.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Um par de luvas estéreis.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Retirar o envelope da luva, da embalagem externa e colocá-lo sobre a mesa.
3. Abrir o envelope, expondo o par de luvas, tomando o cuidado para não contaminá-lo.
4. Com os dedos da mão esquerda, apanhar a luva direita pelo punho e calçá-la conservando a dobra.
5. Com a mão direita (já enluvada), retirar a luva esquerda pela parte de dentro da dobra e calçá-la completamente.
6. Com a mão esquerda, puxar a dobra do punho da mão direita pelo lado externo.
7. Após realizar o procedimento, descalçar a luva.
8. Com a mão direita, prender o punho da mão esquerda no polegar esquerdo.
9. Com a mão esquerda, retirar a luva direita pelo punho, em movimento único.
10. Com a mão direita, pegar pela parte interna do punho a luva esquerda e retirá-la, também, em movimento único.
11. Desprezar no lixo.
12. Lavar as mãos.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoriate Urgência e Emergência

LUVAS DE PROCEDIMENTO

1. Lavar as mãos.
2. Calçar as luvas de procedimento
3. Realizar o procedimento.
4. Desprezar as luvas no lixo.
5. Lavar as mãos.

OBS: 1-Técnica de calçar luva estéril

Técnica de Calçar Luva E stéril.



OBS:2. Técnica de descalçar luva estéril



OBS: 3. Técnica de calçar luvas de procedimento





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Executor: Enfermeiro

Definição: É a introdução de um cateter estéril através da uretra até a bexiga.

Objetivos:

- * Esvaziar a bexiga do cliente com retenção urinária;
- * Controlar o volume urinário;
- * Promover drenagem urinária do cliente com incontinência urinária;
- * Auxiliar no diagnóstico das lesões traumáticas do trato urinário.

Responsável: Enfermeiro.

Material:

1. Pacote de gaze.
2. Cuba rim.
3. Pinça Pean ou similar.
4. Sonda vesical número 10 ou 14.
5. Seringa de 10 ml.
6. Água destilada.
7. Agulha 30x8.
8. Espadrado/micropore.
9. Bolsa coletora sistema fechado.
10. Luvas de procedimento para realizar a limpeza do órgão genital.
11. Luvas estéreis para realizar o cateterismo.
12. Biombo s\n.
13. Frasco de PVPI Tópico e Soro Fisiológico.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

14. Seringa de 20ml para antissepsia.
15. Geleia anestésica.
16. Frasco coletor de urina s/n.
17. Saco plástico de lixo.
18. Lençol descartável.

Descrição do Procedimento:

1 - Feminino:

1. Lavar as mãos;
2. Separar o material e levar até a sala de procedimento;
3. Orientar a cliente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
4. Preparar o ambiente favorável a privacidade da cliente;
5. Colocar o cliente em posição de litotomia, expondo apenas os genitais;
6. Realizar higiene íntima no cliente, conforme técnica padronizada;
7. Abrir o pacote de cateterismo vesical entre as pernas da cliente, em posição diagonal, com a ponta próxima a região glútea;
8. Dispor o saco de lixo próximo a cama do cliente;
9. Abrir e colocar sobre o campo: agulha, seringa, sonda vesical e gazes;
10. Colocar a solução antisséptica na cubra rim;
11. Abrir a embalagem do coletor e posicionar a ponta da extensão sobre o campo;
12. Fixar a extensão na borda do campo com a presilha e a bolsa coletora na lateral da cama;
13. Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa auxiliar;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

**Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência**

14. Abrir a geleia anestésica com o auxílio da agulha 40x12, nunca com a tampa (risco de contaminação do medicamento);
15. Colocar a geleia anestésica na gaze;
16. Calçar as luvas estéreis;
17. Aspirar água destilada com o auxílio de um técnico e/ou auxiliar de enfermagem;
18. Testar o balão, introduzindo quantidade de água recomendada pelo fabricante;
19. Conectar a sonda na extensão do coletor;
20. Lubrificar a sonda com a geleia anestésica;
21. Fazer antissepsia da vulva e meato uretral, com PVPI tópico, utilizando gaze, uma para cada região, desprezando-as na sequência: começar pelo meato uretral, fazendo a antissepsia com movimentos em sentido único, a seguir, afastar os grandes e pequenos lábios direito e esquerdo, de cima para baixo;
22. Expor o vestíbulo vaginal separando os pequenos lábios com o dedo indicador e o polegar;
23. Inserir a sonda aproximadamente 10 cm, até visualizar o refluxo da urina;
24. Insuflar o balão com a quantidade de água indicada;
25. Tracionar a sonda com movimentos delicados até encontrar resistência;
26. Fixar a sonda na coxa com fita adesiva, sem tracionar;
27. Deixar a cliente em posição confortável;
28. Recolher o material e organizar a sala;
29. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado;
30. Lavar as mãos;
31. Anotar o procedimento no prontuário e/ou receituário da cliente;
32. Anotar o procedimento na FAA



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

1. Masculino

1. Lavar as mãos;
2. Separar o material e levar até a sala de procedimento;
3. Orientar a cliente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
4. Preparar o ambiente favorável a privacidade da cliente;
5. Colocar o cliente em posição de litotomia, expondo apenas os genitais;
6. Realizar higiene íntima no cliente, conforme técnica padronizada;
7. Abrir o pacote de cateterismo vesical entre as pernas da cliente, em posição diagonal, com a ponta próxima a região glútea;
8. Dispor o saco de lixo próximo a cama do cliente;
9. Abrir e colocar sobre o campo: agulha, seringa, sonda vesical e gazes;
10. Colocar a solução antisséptica na cubra rim;
11. Abrir a embalagem do coletor e posicionar a ponta da extensão sobre o campo;
12. Fixar a extensão na borda do campo com a presilha e a bolsa coletora na lateral da cama;
13. Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa auxiliar;
14. Abrir a geleia anestésica com o auxílio da agulha 40x12, nunca com a tampa (risco de contaminação do medicamento);
15. Colocar a geleia anestésica na seringa de 10 ml;
16. Calçar as luvas estéreis;
17. Aspirar água destilada com o auxílio de um técnico e/ou auxiliar de enfermagem;
18. Testar o balão, introduzindo quantidade de água recomendada pelo fabricante;
19. Conectar a sonda na extensão do coletor;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

20. Lubrificar a sonda com a geleia anestésica;
21. Segurar o pênis perpendicular ao corpo, retraindo o prepúcio;
22. Fazer antissepsia do meato uretral, glândula e prepúcio, utilizando gaze para cada região;
23. Introduzir a geleia anestésica no meato uretral, pressionando sua extremidade contra o bico da seringa para evitar refluxo;
24. Inserir a sonda até a bifurcação, cerca de 15 a 20 cm, com movimentos para baixo, enquanto segura o pênis elevado perpendicularmente;
25. Abaixar o pênis lentamente para facilitar a passagem na região da uretra bulbar;
26. Insuflar o balão, conforme indicação do fabricante;
27. Tracionar a sonda até encontrar resistência;
28. Reposicionar o prepúcio para evitar edema de glândula;
29. Fixar a sonda com fita na região supra púbica ou inguinal, sem tracionar;
30. Recolher o material e desprezar no saco de lixo;
31. Organizar a sala de procedimento;
32. Retirar as luvas e desprezá-las em recipiente adequado;
33. Lavar as mãos;
34. Anotar o procedimento no prontuário e/ou receituário do cliente;
35. Anotar o procedimento na FAA



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É a introdução de um cateter estéril através da uretra até a bexiga.

Objetivos

- * Esvaziar a bexiga do cliente com retenção urinária;
- * Controlar o volume urinário;
- * Promover drenagem urinária do cliente com incontinência urinária;
- * Auxiliar no diagnóstico das lesões traumáticas do trato urinário.

Responsável: Enfermeiro.

Material:

1. Luvas estéreis.
2. Sonda uretral estéril descartável.
3. PVPI tópico.
4. Compressas de gaze estéril.
5. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).
6. Campo fenestrado.
7. Lençol.
8. Frasco para coleta de urina se necessário.
9. Lidocaína gel.

Descrição do Procedimento:

Paciente do sexo feminino

1. Posicionar a paciente confortavelmente.
2. Lavar as mãos.
3. Calçar as luvas;
4. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.
5. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

6. Calçar as luvas estéreis.
7. Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado; mantendo-os afastados até que o cateterismo termine.
8. Realizar antissepsia da região perineal com PVPI tópico e gaze estéril com movimentos únicos.
9. Evitar contaminar a superfície da sonda.
10. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.
11. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
12. Secar a área, tornar o paciente confortável.

Paciente do sexo masculino

1. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
2. Realizar a assepsia com PVPI tópico e gaze estéril em movimentos únicos da base do pênis até o púbis, e após da base do pênis até raiz da coxa, bilateralmente. Após, da glândula até a base, e por último em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.
3. Usar as luvas estéreis, introduzir a sonda dentro da uretra até que a urina flua.
4. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.
5. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
6. Secar a área, tornar o paciente confortável.
7. Lavar as mãos.
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
9. Manter ambiente de trabalho em ordem.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

CATETERISMO SUPRAPÚBICO

Executor: Enfermeiro

Definição: O cateter supra púbico ou cisto cateter é um cateter inserido na bexiga via abdominal, sob anestesia. A cistocaterização supra púbica é um método simples, pouco invasivo e seguro, bem tolerado e de fácil manutenção.

Objetivos: Retenção urinária aguda completa se, associada a:

- Prostatite;
- estenose uretral
- uretrorragia
- tentativa não conseguida de cateterização uretral
- fratura da bacia

Disfunção vesical neurogénica:

- central;
- periférica - traumatismo ou pós-cirúrgicas

Traumatismo da uretra anterior:

- penetrantes, iatrogénicos, violência externa, auto-introdução de corpos estranho na uretra, contusão, ruptura

Traumatismo da uretra posterior:

- fechados - acidentes de viação;
- abertos - arma de fogo;
- cirurgia do reto inferior

Procedimentos endoscópicos

Queimadura grave do períneo.

Responsável: Enfermeiro.

Material:

1. Bandeja.
2. Campo fenestrado.
3. Dois pacotes de gazes estéreis ou mais S/N
4. Uma Seringa de 20 ml.
5. Dois Cateteres vesical compatível com a idade e indicação.
6. Água destilada.
7. Sistema de drenagem fechado estéril.
8. Lubrificante (xilocaína gel 2%) estéril.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

9. Uma Agulha 40X12 mm.
10. Antisséptico (PVPI tópico ou Clorexidina).
11. Luva estéril.
12. Esparadrapo.
13. Impermeável S/N.
14. Luvas de procedimento.
15. Biombo.
16. Forro.

Descrição do Procedimento:

1. Verificar a prescrição do procedimento.
2. Providenciar o material necessário.
3. Preparar o cliente, orientar sobre o procedimento.
4. Preparar o ambiente (fechar janelas, portas e proteger com o biombo, individualizando o leito).
5. Lavar as mãos.
6. Calçar as luvas de procedimento.
7. Posicionar o cliente em posição DDH (Decúbito Dorsal Horizontal).
8. Colocar impermeável se necessário.
9. Retirar cateterismo e jogar no lixo.
10. Retirar as luvas de procedimento.
11. Lavar as mãos.
12. Dispor sobre o campo fenestrado o materiais estéreis (coletor sistema fechado, gases, seringa, agulha).
13. Dispor sobre a gaze a solução lubrificante (xilocaína).
14. Calçar as luvas (estéril).



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

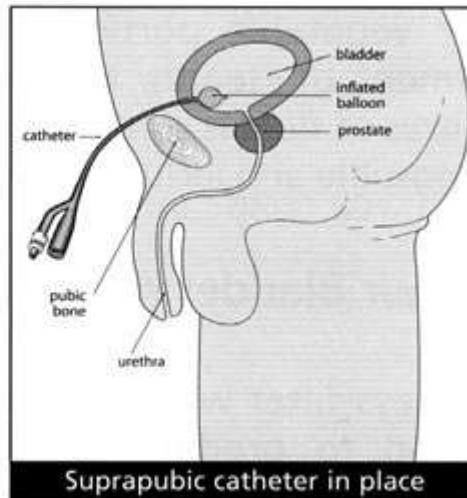
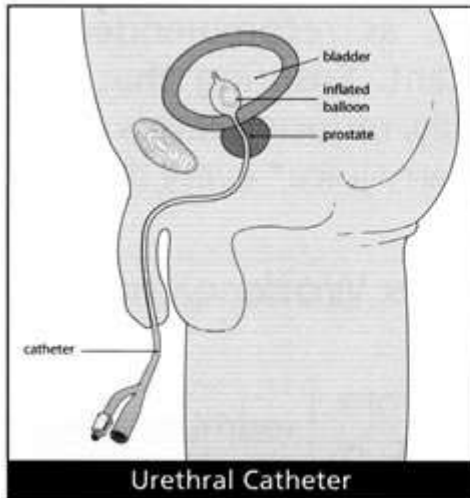
Diretório de Urgência e Emergência

15. Montar a seringa com a agulha, solicitar ajuda de um colega e aspirar a água destilada (com volume conforme o fabricante do cateter), posicionar os materiais.
16. Testar o balão, insuflar com a seringa e água destilada, após aspirar de retorno na seringa a água destilada.
17. Adaptar o cateter ao coletor sistema fechado e fechar as presilhas de drenagem da bolsa coletora.
18. Realizar a antisepsia da região da cistotomia, fazendo a antisepsia da até a parte pubiana.
19. Lubrificar a gaze com anestésico sobre o cateter.
20. Introduzir o cateter lentamente até **Y**.
21. Constatar a saída da urina e injetar água destilada para insuflar o balão (volume conforme indicação do fabricante).
22. Testar se o cateter está fixo, puxar o cateter delicadamente, até apresentar resistência.
23. Fixar com tira de esparadrapo a extensão do coletor em região interna da coxa do cliente, sem tracionar, posicionar a bolsa coletora adequadamente.
24. Retirar os materiais utilizados, deixando o cliente confortável.
25. Retirar as luvas.
26. Encaminhar o material para o expurgo.
27. Lavar as mãos.
28. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
29. Manter o ambiente limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

OBS: QUADRO COMPARATIVO DE CATETERISMO VESICAL E SUPRAPÚBICO





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Contém orientações para coleta de materiais biológicos através dos procedimentos e técnicas adequadas, constituindo uma fonte de consulta aos seus usuários

Objetivos: É padronizar os procedimentos de coleta de material biológico, visando à qualidade no processo analítico e a segurança do cliente.

Responsável: Enfermeiro

I. FASE PRÉ-ANALÍTICA

1. A fase pré-analítica é fundamental para que os exames laboratoriais apresentem um resultado tecnicamente correto.
2. Cada tipo de amostra deve ser coletada em um recipiente específico para cada tipo de análise, sendo de extrema importância conhecer estes recipientes para a realização de uma coleta de material biológico.
3. Garroteamento: fazer tensão apenas o suficiente para comprimir a veia, por no máximo 1 minuto.
4. Anti-sepsia: esperar a evaporação do anti-séptico (não assoprar).
5. Transferência: escorrer lenta e cuidadosamente o sangue pela parede do tubo, quando em coleta com seringa.
6. Homogeneização: inverter, complementar e suavemente, o tubo com o anticoagulante ou gel separador, por 5 e 8 vezes. **NÃO AGITAR.**

II. MATERIAL E COLETA PARA SANGUE

1. Os tubos variam de tamanho e podem ou não conter aditivos que previnem a coagulação ou preservam algum componente do sangue a ser analisado. Por esse motivo, é importante **obedecer à marca indicativa do nível adequado para cada tubo.**



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

2. Os aditivos podem estar na forma líquida ou pó.
3. Tubos com volume insuficiente ou com excesso de sangue alteram a proporção correta de sangue/aditivo e podem gerar resultados incorretos.

III. SEQUÊNCIA PARA COLETA DE TUBOS

1. Quando há necessidade de coletar várias amostras de um mesmo cliente, durante uma mesma venopunção, é necessário obedecer a uma seqüência de tubos durante a coleta para que não haja contaminação dos aditivos de um tubo para outro, o que ocasiona grandes alterações em alguns parâmetros analíticos.

2. TUBOS DE PLÁSTICOS:

- Frasco de hemocultura (quando houver);
- Tubo de tampa **AZUL**
- Tubo de tampa **VERMELHA** ou **AMARELA**
- Tubo de tampa **VERDE**
- Tubo de tampa **ROXA**
- Tubo de tampa **CINZA**





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

IV. CUIDADOS PARA UMA PUNÇÃO BEM SUCEDIDA

1. O ideal é que o paciente seja puncionado uma única vez, proporcionando assim conforto e segurança ao paciente;
2. Para se obter uma punção de sucesso, vários fatores devem ser observados, antes de iniciar o procedimento:
 - Após observar o acesso venoso do cliente, escolher materiais compatíveis para a punção;
 - Sempre puncionar a veia do cliente com o bisel voltado para cima;
 - Respeitar a proporção sangue/aditivo no tubo;
 - Introduzir a agulha mais ou menos 1 cm no braço do cliente;
 - Respeitar a angulação de 30º graus (ângulo oblíquo) em relação ao braço do cliente;

OBS: figura 1e figura 2



Figura 1 – ângulo para punção venosa periférica

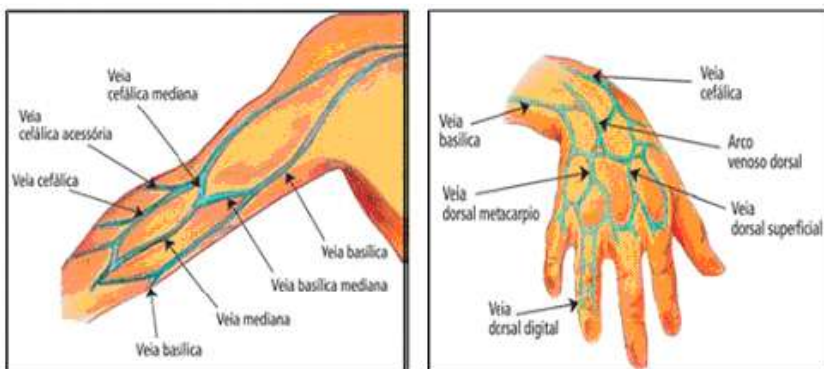


Figura 2 – apresentação de veia para punção venosa



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

TÉCNICA DE PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

Executor: Equipe de Enfermagem

I. Preparo do local da punção

1. São técnicas utilizadas para o preparo do local da punção venosa:
 - Garrotear o membro 8 cm acima do local a ser puncionado, manter esse garroteamento por 1 minuto para evitar hemoconcentração;
 - Realizar palpação (não realizar tapinhas na veia);
 - Aplicação de calor se necessário.

II. Técnicas para visualização da veia

1. Pedir ao cliente para abaixar o braço e fechar a mão (com isso irá provocar uma contração da musculatura), facilitando assim a localização da veia;
2. Fixar a veia com os dedos nos casos de flacidez;
3. Realizar a palpação da veia do cliente cuidadosamente, sem aplicação de ‘tapinhas’ no braço;

III. Locais de escolha para a punção venosa

1. O melhor local para a punção venosa é no braço na região da fossa antecubital (anterior ao cotovelo) onde encontramos a veia mediana que possui boa visualização e bom fluxo venoso;
2. As demais veias do braço (basílica e cefálica) bem como as das regiões das mãos e dos pés podem ser puncionadas, tomando um cuidado especial durante a coleta, pois as mesmas são mais susceptíveis à formação de hematoma.

IV. Locais de devem ser evitados para a punção venosa

1. Áreas com terapia de hidratação intravenosa, cicatrizes ou queimaduras;
2. Membro próximo amastectomia, cateterismo, fístula ou qualquer procedimento cirúrgico;
3. Veias previamente trombosadas (intumescidas).



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

V. Procedimento de coleta de sangue em sistema fechado

1. Informar o cliente sobre o procedimento a ser realizado;
2. Posicionar o braço do cliente no suporte inclinado para baixo;
3. Garrotear o braço/antebraço do cliente;
4. Selecionar a veia a ser puncionada e soltar o garrote;
5. Preparar o material adequado para a punção: agulha múltipla 21 ou 22G dependendo do calibre da veia analisada previamente, holder e tubos;
6. Abrir a agulha na frente do cliente informando que a mesma é descartável;
7. Conectar a mesma no holder;
8. Lavar as mãos;
9. Calçar as luvas de procedimento;
10. Garrotear novamente o membro escolhido;
11. Fazer anti-sepsia no local da punção com o uso de algodão embebido no álcool a 70%, através de movimentos unidirecionais (do centro para fora);
12. Deixar secar a umidade do álcool (cerca de 2 minutos);
13. Retirar a proteção da agulha múltipla;
14. Puncionar a veia;
15. Penetrar a agulha na pele com o bisel voltado para cima, num ângulo de 30º graus;
16. Firmar com uma das mãos o holder, impedindo que a agulha se movimente;
17. Inserir o primeiro tubo para coleta (respeitando a ordem dos tubos) a vácuo e soltar o garrote preferencialmente no momento em que o sangue flui no tubo;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

18. Observar o limite do volume de sangue especificado em cada tubo pelo fabricante obedecendo à proporção anticoagulante e sangue;
19. Homogeneizar os tubos cerca de 5 a 8 vezes por inversão completa (recomenda-se não agitar);
20. Retirar a agulha da veia;
21. Solicitar ao cliente que comprima com algodão limpo e seco, o local da punção por 1 a 2 minutos;
22. Colocar o curativo adesivo;
23. Pedir ao cliente que mantenha a compressão por 3 a 5 minutos evitando dobrar o antebraço neste período. Caso a punção seja na mão, pedir ao cliente para erguê-la levemente por 5 minutos;
24. Recomendar ao cliente para não carregar peso ou bolsa com o membro cuja veia foi puncionada por no mínimo 1 hora;
25. Identificar todos os tubos;
26. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-la em recipiente adequado;
27. Anotar procedimento na produção diária da UBS.

VI. Procedimento de coleta de sangue em sistema aberto

1. Informar o cliente sobre o procedimento a ser realizado;
2. Posicionar o braço do cliente no suporte inclinado para baixo;
3. Garrotear o braço/antebraço do cliente;
4. Selecionar a veia a ser puncionada e soltar o garrote;
5. Preparar o material adequado para a punção: seringa, agulha hipodérmica (21 ou 22G) ou scalp (21 ou 23G), dependendo do calibre da veia analisada previamente;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretório de Urgência e Emergência

6. Abrir os materiais na frente do cliente informando que os mesmos são descartáveis.
7. Conectar a agulha ou scalp na seringa;
8. Lavar as mãos;
9. Calçar as luvas de procedimento;
10. Garrotear novamente o membro escolhido;
11. Fazer anti-sepsia no local da punção com o uso de algodão embebido no álcool a 70%, através de movimentos unidirecionais (do centro para fora);
12. Deixar secar a umidade do álcool (cerca de 2 minutos);
13. Retirar a proteção da agulha ou scalp;
14. Puncionar a veia;
15. Penetrar a agulha na pele com o bisel voltado para cima, num ângulo de 30º graus;
16. Soltar o garrote no momento em que o sangue entrar na seringa;
17. Aspirar devagar o volume de sangue necessário de acordo com a quantidade de sangue solicitada para cada tubo;
18. Retirar a agulha;
19. Solicitar ao cliente que comprima com algodão limpo e seco o local da punção por 1 a 2 minutos;
20. Desconectar a agulha ou scalp da seringa utilizando o adaptador do descarte de pérfuro-cortante;
21. Abrir a tampa do tubo e transferir o sangue lentamente deixando que o mesmo esorra pela parede do tubo a fim de evitar hemólise;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

22. Seguir a seqüência padronizada para a coleta de sangue e transferir com cuidado observando o limite do volume de sangue especificado em cada tubo;
23. Tampar os tubos com suas respectivas tampas;
24. Homogeneizar os tubos cerca de 5 a 8 vezes por inversão completa (nunca agitando o tubo);
25. Colocar o curativo adesivo;
26. Pedir ao cliente que mantenha a compressão por 3 a 5 minutos evitando dobrar o antebraço neste período. Caso a punção seja na mão, pedir ao cliente para erguê-la levemente por 5 minutos;
27. Recomendar ao cliente para não carregar peso ou bolsa com o membro cuja veia foi puncionada por no mínimo 1 hora;
28. Identificar todos os tubos;
29. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-la em recipiente adequado;
30. Anotar procedimento na produção diária.

OBS: Sítio de punção na jugular em criança (Enfermeiro)



OBS: Dorso das mãos





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

COLETA DE SANGUE PARA HEMOCULTURA

Material:

1. Duas agulhas 30X8 mm.
2. Seringa de 20 ml.
3. Álcool a 70%.
4. Solução antisséptica.
5. Duas bolas de algodão.
6. Luvas de procedimento.
7. Frascos para hemocultura(aeróbico e/ou anaeróbico)

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Preparar o material necessário.
3. Orientar o paciente quanto ao procedimento.
4. Calçar as mãos.
5. Fazer a antissepsia no local a ser punccionado com álcool a 70% e deixar secar, em seguida fazer nova antissepsia com solução anti-séptica e deixar secar.
6. Punccionar a veia e coletar o volume necessário (cerca de 20 ml) de sangue.
7. Retirar o lacre dos frascos e injetar o volume necessário de sangue em cada um.
8. Desprezar as luvas de procedimentos no lixo.
9. Lavar as mãos.
10. Registrar o exame no computador.
11. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar o caderno de registro de exame.
12. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

COLETA DE URINA TIPO 1

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o procedimento que tem por finalidade colher a urina para análise.

Objetivo: Identificar possível infecção urinária.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Frasco limpo.
2. Luvas de procedimentos.
3. Etiqueta de identificação.

Descrição do Procedimento:

1. Recepcionar o cliente e checar o pedido médico;
2. Encaminhar o cliente ao banheiro;
3. Orientar o cliente a desprezar o primeiro jato de urina e colher após o segundo jato no frasco de exame;
4. Aproximar o frasco coletor do orifício uretral (não encostar);
5. Lavar as mãos;
6. Calçar as luvas de procedimento;
7. Identificar o frasco;
8. Armazenar o frasco em local adequado;
9. Anotar o procedimento na produção diária.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

COLETA DE URINA PARA UROCULTURA

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o procedimento que tem por finalidade colher a urina para análise em recipiente estéril.

Objetivo: Identificar possível infecção urinária.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Frasco de urina tampa vermelha (estéril)
2. Luvas e procedimentos;
3. Identificação do material;
4. Gaze estéril
5. Solução antisséptica para higienização (clorexidinedegermante 0,2%)

Descrição do Procedimento:

Mulheres

1. Recolher o material a ser usado;
2. Encaminhar a cliente até uma sala de coleta;
3. Orientar sobre o procedimento;
4. Mostrar o material a ser utilizado;
5. Orientar a cliente que ela deve ir até o banheiro;
6. Orientar que a cliente deverá higienizar as mãos com água e sabão antes de realizar o procedimento;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

7. Deve sentar-se no vaso sanitário, afastar as pernas o máximo possível e iniciar a higiene da região genital com gaze e clorexidinedegermante 0,2% ou com água e sabão neutro;
8. Orientar a realizar a higiene da parte externa (grandes lábios), com movimentos únicos sempre de frente para trás;
9. Orientar a separar os grandes lábios e realizar a higiene do orifício uretral, realizando movimentos únicos sempre de frente para trás;
10. Orientar a abrir o coletor de urina (tampa vermelha), segurar o copo coletor somente pela parte externa (não colocar a mão dentro do copo);
11. Orientar a iniciar a micção desprezando o primeiro jato da urina no vaso;
12. Orientar a aproximar o frasco coletor do orifício uretral (não encostar) e coletor o jato médio;
13. Orientar a tampar o frasco e levar até a sala de coleta;
14. Lavar as mãos;
15. Calçar as luvas de procedimentos;
16. Receber e identificar o frasco;
17. Acondicionar o frasco de urina em recipiente adequado;
18. Anotar o procedimento na produção diária da UBS.

Descrição do Procedimento:

Homem

1. Recolher o material a ser usado;
2. Encaminhar o cliente até uma sala de coleta;
3. Orientar sobre o procedimento;
4. Mostrar o material a ser utilizado;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

5. Orientar o cliente que ela deve ir até o banheiro;
6. Orientar que o cliente deverá higienizar as mãos com água e sabão antes de realizar o procedimento;
7. Orientar a fazer higiene da glândula, retraído o prepúcio, com gaze e clorexidinedegermante 0,2% ou com água e sabão neutro;
8. Orientar a abrir o coletor de urina (frasco tampa vermelha), segurar o copo coletor somente pela parte externa (não colocar a mão dentro do copo);
9. Orientar a aproximar o frasco coletor do orifício uretral (não encostar) e coletar o jato médio;
10. Orientar a tampar bem o frasco e levar até a sala de coleta;
11. Lavar as mãos;
12. Calçar as luvas de procedimentos;
13. Receber e identificar o frasco;
14. Acondicionar o frasco de urina em recipiente adequado;
15. Anotar o procedimento na produção diária da UBS.

Descrição do Procedimento:

Criança do sexo feminino

1. Orientar os pais e/ou responsáveis quanto a coleta do material;
2. Lavar as mãos;
3. Calçar as luvas de procedimentos;
4. Solicitar a mãe e/ou responsável que ajude na contenção da criança, segurando-lhe as pernas flexionadas e expondo a região genital;
5. Fazer a antissepsia da região genital com gaze e clorexidinedegermante 0,2% ou com água e sabão neutro, iniciando pelos grandes lábios, pequenos lábios, meato uretral, intróito vaginal a ânus. Cada região utilizar uma gaze.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretório de Urgência e Emergência

6. Sempre proceder a higiene num sentido único, da frente para trás. Realizar quantas vezes for necessário;
7. Adaptar o coletor na região genital;
8. Verificar se não ficou algum pertuito entre o adesivo e a pele, por onde possa vaziar a urina. (escolher coletor feminino);
9. Retirar e desprezar as luvas de procedimento em recipiente adequado;
10. Orientar a mãe que movimentos excessivos da criança podem descolar o coletor, ocasionando o vazamento da urina;
11. Aguardar a criança fazer a micção;
12. Calçar as luvas e após a coleta, armazenar o coletor com a urina dentro de um frasco de tampa vermelha;
13. Identificar o saco coletor e o frasco de tampa vermelha com a etiqueta;
14. Anotar na produção diária da UBS.

Descrição do Procedimento:

Criança do sexo Masculino

1. Orientar os pais e/ou responsáveis quanto a coleta do material;
2. Lavar as mãos;
3. Calçar as luvas de procedimentos;
4. Solicitar a mãe e/ou responsável que ajude na contenção da criança, segurando-lhe as pernas flexionadas e expondo a região genital;
5. Fazer a anti-sepsia da região genital com gaze e clorexidinedegermante 0,2% ou com água e sabão neutro;
6. A higiene deve ser rigorosa;
7. Puxar o prepúcio para trás e realizar a higienização da glândula, voltar com o prepúcio no lugar e fazer anti-sepsia do pênis e bolsa escrotal;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

8. Colocar o coletor e verificar (masculino) se ficou bem adaptado;
9. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado;
10. Orientar a mãe que movimentos excessivos da criança podem descolar o coletor, ocasionando o vazamento da urina;
11. Não esquecer que na presença de fimose, incluir esta observação no pedido médico;
12. Calçar as luvas ao recolher o coletor e colocar no frasco de tampa vermelha;
13. Identificar o saco coletor e o frasco com tampa vermelha;
14. Anotar o procedimento na FAA.

OBS:

- Em todas as crianças de 0 a 12 anos do sexo feminino e masculino, o próprio profissional da coleta deve realizar a antisepsia prévia;
- Caso a criança evacue durante a coleta da urina a amostra deve ser desprezada, devendo iniciar todo o processo de antisepsia novamente;

Coleta de urina pelo cateter vesical

Material:

1. Luvas de procedimento.
2. Coletor universal.
3. Seringa de 20 ml.
4. Álcool 70%.
5. Agulha 40X12.
6. Requisição.
7. Rótulo.

Descrição do Procedimento:

1. Clampear a extensão 15 a 30 min. antes da coleta.
2. Recolher o material.
3. Lavar as mãos.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

4. Calçar as luvas de procedimento.
5. Limpar o orifício de coleta amostra com álcool 70%.
6. Inserir a agulha no orifício de coleta da amostra, depois de aspirar seu conteúdo, proceder à transferência para um recipiente adequado.
7. Abrir o clampe da extensão do coletor.
8. Identificar o recipiente.
9. Retirar as luvas.
10. Lavar as mãos.
11. Registrar o exame no computador.
12. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no caderno de registro de exame.
13. Manter o ambiente limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

COLETA DE ESCARRO (PESQUISA DE BK)

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o procedimento que tem por finalidade colher amostra de escarro.

Objetivo: Identificar possível contaminação pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Luvas de procedimentos.
2. Etiqueta de identificação.
3. Frasco coletor tampa vermelha (estéril)

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas de procedimentos;
3. Identificar o frasco do cliente anotando qual é a amostra;
4. Manter a amostra dentro caixa de isopor com gelox (fora da luz do sol);
5. Encaminhar a amostra junto com a coleta geral;
6. Tirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado;
7. Anotar o procedimento na FAA



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

COLETA DE GASOMETRIA

Executor: Enfermeiro

Definição: A gasometria arterial é um exame invasivo realizado pelo Enfermeiro e/ou médico.

Objetivo: Tem como objetivo medir a concentração de oxigênio na corrente sanguínea.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Seringa 3 ml
2. Algodão
3. Álcool a 70%
4. Agulha (à critério do Enfermeiro)
5. Bandagem
6. Heparina

Descrição do Procedimento:

1. Em primeiro lugar oriente o paciente sobre o procedimento a ser realizado;
2. Separe todo o material a ser utilizado, para que no meio do procedimento não precise parar;
3. Lavar as mãos ;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Aspire cerca de 1ml de heparina sódica e movimente o líquido na seringa, apenas para “lavar” as paredes internas;
6. Pegue álcool e algodão, molhe o algodão no álcool e limpe o local a ser perfurado realizando a antisepsia;
7. Palpe artéria com o dedo indicador e o médio, para localizar a artéria;
8. O ângulo para furar o paciente é de 30º a 45º para artérias superficiais e de 90º para mais profundas;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

9. Perfure a pele e a artéria com apenas um movimento, ou seja, não fique procurando a artéria dentro do braço do paciente;
10. Não puxe o êmbolo da seringa, o sangue arterial deve entrar automaticamente na seringa;
11. Depois de colher sua amostra, pressione o local com algodão durante uns 5 minutos, em caso do paciente estar em terapia anticoagulante, pressione pelo menos por uns 10 minutos;
12. Jamais deixe bolhas de ar na seringa, caso surjam, remova-as injetando uma parte do sangue;
13. Insira o protetor de borracha na agulha, isto impede que entre ar e vaze a amostra;
14. Tudo coletado, agora é só etiquetar e deixar no gelo, esta amostra tem que ser enviada imediatamente ao laboratório;
15. Aplicar um pequeno curativo utilizando gaze com um adesivo ou estoper no braço do paciente, sobre o local do furo;
16. Monitorar os sinais vitais do paciente observe sintomas como edema, descoloração, dores, formigamentos ou dormência.

OBS:Figura 1





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

CURATIVO DE FERIDA

Executor: Equipe de Enfermagem (após avaliação e prescrição do enfermeiro)

Definição: É o procedimento que se baseia na limpeza mecânica diária da lesão, diminuindo a concentração de bactérias no local.

Objetivo: Proporcionar o processo de cicatrização da lesão

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Bandeja de inox.
2. 1 pacote de curativo estéril.
3. Luvas de procedimento.
4. Gazes estéreis.
5. Esparadrapo ou micropore.
6. Soro fisiológico a 0,9% (SF 0,9%) morno de 125 ou 250 ml.
7. Agulha 40x12.

Acrescentar se necessário:

1. 1 lâmina de bisturi nº 23 com cabo, estéril.
2. 1 bacia ou cuba estéril.
3. Ataduras de crepe.
4. Chumaço de algodão estéril ou compresso estéril.
5. Luvas estéreis.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos com água e sabão;
2. Reunir o material e levá-lo próximo ao cliente;
3. Calçar as luvas de procedimentos;
4. Explicar o procedimento ao cliente;
5. Garantir a privacidade do cliente;
6. Colocar o cliente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
7. Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
8. Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
9. Abrir a embalagem do SF a 0,9% (morno) e colocá-la sobre o campo estéril;
10. Umedecer o micropore com SF a 0,9% para facilitar a retirada;
11. Perfurar na parte superior do frasco do SF a 0,9% com agulha 40x12;
12. Remover o curativo antigo;
13. Desprezar essas luvas em lixo adequado;
14. Calçar novas luvas;
15. Realizar a limpeza da ferida conforme protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas;
16. Cobrir a ferida com gaze embebida em SF a 0,9% cobrindo todo o leito da ferida (cobertura primária) em quantidade suficiente para manter o leito da ferida úmida ou utilizar uma cobertura apropriada para o tipo de tecido da lesão, conforme o protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas;
17. Ocluir a ferida com gaze estéril, chumaço ou compressa (cobertura secundária) e fixar com esparadrapo, micropore ou atadura de crepe, quando necessário;
18. Retirar as luvas e desprezá-las em recipiente adequado;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

19. Lavar as mãos;
20. Anotar o procedimento no prontuário do cliente;
21. Realizar a anotação do procedimento na produção diária da UBS.

Observações:

1. Cobertura primária é a que permanece em contato direto com a ferida;
2. Cobertura secundária é a cobertura seca colocada sobre a cobertura primária;
3. A troca do curativo será prescrita de acordo com a avaliação da ferida e o tipo de cobertura utilizada;
4. Proceder à desinfecção da bandeja ou mesa auxiliar após a execução de cada curativo, com álcool a 70%;
5. Após cada curativo, encaminhar o material usado ao expurgo da unidade;
6. O lixo deverá estar próximo do local onde realiza o procedimento para o descarte da sujeira de forma que você não necessite manipulá-la durante o mesmo e não contamine o ambiente no transporte;
7. Consultar o Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas quando da realização de curativos em Feridas Cirúrgicas e Traumáticas.

Observações:

- A prescrição do curativo é privativa do enfermeiro e do médico.
- A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita através de irrigação com jato de soro fisiológico morno, com seringa de 20 ml e agulha 40x12 ou 25x8, ou ainda frasco de soro perfurado de diferentes maneiras.
- Proteger sempre as úlceras com gazes, compressas, antes de aplicar uma atadura.
- Não apertar demais a atadura, devido ao risco de gangrena, por falta de circulação.
- Iniciar o enfaixamento sempre, no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro.
- Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada.
- Trocar o curativo com gaze a cada 24 horas ou quando estiver úmido, sujo ou solto.
- A recomendação atual, para realização do curativo consiste em manter a ferida limpa, úmida e coberta, exceto incisões fechadas e locais de inserção de



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

cateteres e introdutores e fixadores externos.

DIETA ENTERAL COM TESTE DE REFLUXO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É a introdução de um cateter diretamente no estômago e/ou intestino.

Objetivo: Realizar a alimentação do paciente quando houver lesões do SNC, estado de coma, debilidade, traumatismos faciais, obstruções no tubo digestivo, fístulas, síndromes disabsortivas, septicemia, anorexia, depressão profunda, desnutrição severa, queimaduras extensas, pós-operatórios, estados de insuficiência respiratória, renal, cardíaca ou hepática.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Bandeja.
2. Frasco de dieta enteral em temperatura ambiente
3. Equipo de nutrição enteral.
4. Luvas de procedimento.
5. Seringa de 20 ml.
6. Copo descartável.
7. Estetoscópio.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Reunir o material necessário.
3. Conferir o nome do cliente, leito, horário, data de preparo, tipo e volume da dieta. Observar se está em temperatura ambiente, integridade da embalagem, presença de corpos estranhos na dieta, via de acesso (CNG, CNE, COG).
4. Levar o material ao quarto do cliente.
5. Explicar o procedimento ao cliente e familiar.
6. Posicionar o cliente em Fowler.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

7. Calçar as luvas de procedimento.
8. Auscultar na região epigástrica ao injetar ar, utilizando uma seringa de 20 ml para confirmar posição correta do cateter.
9. Testar a correta posição do cateter nasogástrico, aspirando para verificar o resíduo gástrico, registrar o volume e seguir rotina hospitalar sobre a infusão da dieta com relação ao teste de refluxo. É importante lembrar que o posicionamento da sonda deve ser verificado no mínimo 3 vezes ao dia.
10. Após teste de refluxo para evitar desperdício, caso ocorra alto débito, conectar o equipo no frasco da dieta e retirar o ar.
11. Conectar a extremidade do equipo da dieta enteral na extremidade do cateter nasogástrico.
12. Desprezar as luvas.
13. Lavar as mãos.
14. Controlar o gotejamento, conforme orientação do enfermeiro.
15. Injetar 20 ml de água sob pressão, após a administração da dieta, removendo os resíduos contidos na luz do cateter.
16. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
17. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

Obs: Figura 1





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

PROVA DO LAÇO

Executor: Enfermeiro

Definição: É o procedimento que serve para auxiliar o médico no diagnóstico de Dengue.

Objetivo: Auxiliar no diagnóstico de Dengue.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Esfigmomanômetro.
2. Estetoscópio.
3. Relógio
4. Luvas de procedimentos.

Descrição do Procedimento:

1. Recepcionar o cliente;
2. Lavar as mãos;
3. Calçar as luvas de procedimentos;
4. Verificar se o cliente apresenta qualquer tipo de lesão no antebraço e dorso da mão que possa ser confundido com petéquias;
5. Aferir a pressão arterial do cliente e calcular a pressão média do seguinte modo:
 - Pressão média: Pressão Máxima + Pressão Mínima
 - Exemplo: 100 + 70 = 85 mmHg

2

6. Insuflar novamente o esfigmomanômetro no braço do cliente até atingir a pressão média do cliente durante 5 minutos, controlando sempre o pulso que deve ser palpável;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

7. Orientar ao cliente que pode ocorrer dormência, formigamento e cianose do membro;
8. Após os 5 minutos, retirar o esfigmomanômetro e verificar o aparecimento de petéquias no antebraço do cliente (faça um quadrado imaginário no tamanho de 2,5 cm x 2,5 cm);
9. Faça a contagem dessas petéquias;
10. Anotar no prontuário e/ou ficha médica do cliente;
11. Assinar e carimbar o procedimento.

OBSERVAÇÃO:

Criança = superior a 10 petéquias (resultado positivo)

Adulto = superior a 20 petéquias (resultado positivo)

Obs: Figura 1 e 2



1



2



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

TÉCNICA PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Orientar a técnica de higienização das mãos.

Objetivos: Não ocorrer contaminação cruzada aos clientes do serviço.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Água e sabão.
2. Toalha de papel.

Descrição do Procedimento:

1. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia;
2. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos;
3. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
4. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
5. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
6. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;
7. Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa;
8. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
9. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

10. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
11. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
12. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.

FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS (USO DE ÁLCOOL GEL A 70%)

Descrição do Procedimento:

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



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

OBS: Figura 1

Água e sabão



Figura 2:

Álcool Gel



OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

- *Antes de iniciar a higienização das mãos, é necessário retirar jóias (anéis, pulseiras, relógio), pois sob tais objetos podem acumular-se microrganismos.*
- Mantenha as unhas limpas e curtas.
- No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel-toalha.
- O uso coletivo de toalhas de tecido é contraindicado, pois estas permanecem úmidas, favorecendo a proliferação bacteriana.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

COLETA DE SANGUE CAPILAR (GLICEMIA)

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Coleta de amostra de sangue capilar.

Objetivos: Detectar alterações no nível de glicose sanguínea.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Aparelho de glicosímetro
2. Fita reagente
3. Lanceta
4. Álcool 70%
5. Bola de algodão
6. Água e sabão

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos com água e sabão;
2. Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado;
3. Perguntar ao cliente se está em jejum ou pós-prandial;
4. Deixar o braço pendente ao longo do corpo por 30 segundos;
5. Pressionar o dedo da base para a ponta;
6. Solicitar para o usuário a lavagem das mãos com água e sabão, se não for possível, fazer antissepsia com algodão e álcool 70% na face lateral da ponta do dedo, esperando secar;
7. Puncionar a face lateral da ponta do dedo com lanceta ou agulha esterilizada;
8. Com o dedo puncionado voltado para baixo preencher com a gota de sangue toda a área da fita;
9. Ler o resultado, anotar em prontuário e no boletim de produção diária;
10. Orientar o usuário quanto ao resultado e seguir o fluxo de acompanhamento do Protocolo – SMS



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

VERIFICAÇÃO DO PULSO PERIFÉRICO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Verificar e mensurar os batimentos cardíacos.

Objetivos: Detectar precocemente desvios de normalidade da frequência cardíaca, checar o resultado do controle de pulso e avaliar arritmias cardíacas.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Relógio com ponteiros de segundos,
2. Bola de algodão
3. Álcool a 70%
4. Luvas de procedimentos

Descrição do Procedimento:

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material;
3. Calçar as luvas de procedimentos;
4. Explicar o procedimento ao cliente;
5. Auxiliar o paciente a ficar na posição sentada ou deitada;
6. Achar o pulso do cliente;
7. Pressionar com o dedo indicador e médio;
8. Contar os batimentos cardíacos por 60 segundos;
9. Auxiliar o paciente, se necessário, a se vestir e ajudá-lo a assumir uma posição confortável;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

10. Limpar as olivas e o diafragma do estetoscópio com uma bola de algodão com álcool 70%;
11. Orientar o cliente e/ou acompanhante a comunicar à enfermagem quando se sentir cansado, tontura, escurecimento de visão, sensação de palpitação intensa e dor torácica;
12. Guardar o material utilizado;
13. Higienizar as mãos;
14. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

OBS:

- A amplitude do pulso, ritmo e frequência devem ser avaliadas e comunicados se anormais;
- Pacientes desidratados, com febre, tensões, arritmias, hipotermia tem pulso com maior frequência;
- Se o valor for < 60 bpm: bradicardia;
- Se o valor for > 100 bpm: taquicardia.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

CONTROLE DA TEMPERATURA AXIAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Mensurar o valor da temperatura corporal.

Objetivos: Verificar o ganho ou perda de calor produzido pelo organismo, por localização axilar. Obter parâmetros vitais do paciente.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Bandeja,
2. Álcool 70%,
3. Algodão,
4. Termômetro,
5. Luvas de procedimentos.

Descrição do Procedimento:

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material e levar ao quarto, próximo ao paciente;
3. Calçar as luvas de procedimentos;
4. Explicar o procedimento ao cliente;
5. Colocar o cliente em posição confortável;
6. Fazer a desinfecção do termômetro utilizando algodão com álcool 70%;
7. Segurar e movimentar o termômetro, longe de objetos sólidos, e com cuidado até a coluna atingir 35°C;
8. Colocar o termômetro na região axilar do paciente posicionando o membro sobre o tórax;
9. Manter nesta posição por 5 a 10 minutos;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

10. Remover o termômetro e ler a marcação do mercúrio ao nível dos olhos;
11. Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
12. Guardar o material em local apropriado;
13. Orientar o cliente/acompanhante quanto aos sinais e sintomas de possíveis alterações de temperatura;
14. Desprezar as luvas de procedimentos em local adequado;
15. Higienizar as mãos;
16. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

OBS:

- Qualquer alteração abrupta na temperatura deve ser comunicada ao enfermeiro;
- Valores normais: 36,1°C a 37,2°C;
- Variações de temperatura:
- **Hipotermia = abaixo de 36,0°C**
- **Estado subfebril ou febrícula = 37,3°C a 37,7°C**
- **Febre = 37,8°C a 38,9°C**
- **Pirexia = 39,0°C a 40,0°C**
- **Hipepirexia = acima de 40,0°C**
- A medida da temperatura em casos especiais pode ser verificada na boca, reto.

Obs: Figura 1





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoriate Urgência e Emergência

ELETROCARDIOGRAFIA (ECG)

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Exame diagnóstico que mede a atividade elétrica do coração.

Objetivos: Detectar alterações da atividade elétrica cardíaca.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Aparelho de ECG
2. Papel registro
3. Eletrodos reutilizáveis com ventosas e clamps plásticos reguláveis
4. Gel para eletrodos
5. Papel toalha
6. Papel lençol
7. Gazes
8. Aparelho de barbear (opcional)
9. Biombo se necessário

Descrição do procedimento:

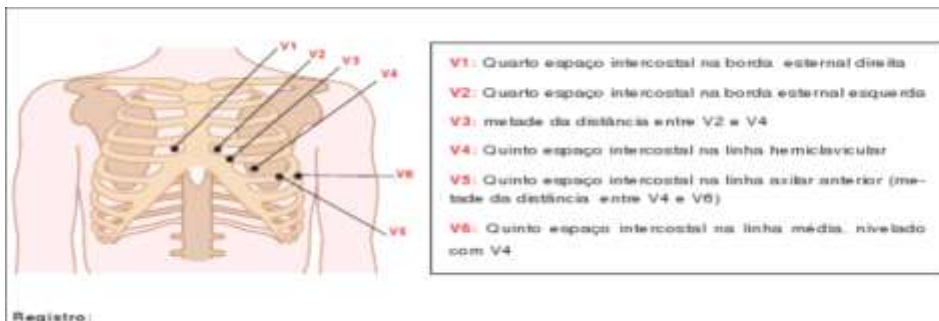
1. Certificar-se de que o aparelho está ligado na tomada na voltagem indicada;
2. Ligar o aparelho e ajustar conforme instruções de funcionamento do mesmo, afixada na sala;
3. Receber o cliente na sala, conferir o nome e a requisição do exame;
4. Explicar o procedimento ao usuário, solicitar que ele retire objetos de metal (brincos, relógios, pulseiras, entre outros). Instrua-o a relaxar, deitar, respirar normalmente, não falar e nem se mexer durante o procedimento;
5. Manter o cliente em decúbito dorsal. Se ele não puder suportar essa posição, ajude-o a ficar na posição semi sentada;
6. Orientar o cliente a retirar as vestimentas da parte superior para expor o tórax, os tornozelos e pulsos para a colocação dos eletrodos. Cubra com o papel lençol até que sejam aplicadas as derivações;
7. Realizar quando necessário, a tricotomia nas áreas com maior concentração de pelos.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

8. Se a pele do usuário for excessivamente oleosa ou escamosa, limpe com compressa de gaze seca, antes de aplicar o eletrodo ajudando a reduzir a interferência do sinal.
9. Aplicar o gel para ECG e colocar os clamps na face ventral dos pulsos e na face medial das pernas (cuidado com proeminências ósseas) e eletrodos no tórax. (ver figura);
10. Calibrar no padrão N velocidade 1mv/s. Registrar a calibração;
11. Observar se o aparelho automático esta captando os sinais de todas as derivações;
12. Acompanhar o registro de todas as derivações certificando-se de que estejam representadas na impressão. Observe caso alguma das derivações não esteja corretamente representada ou apareçam artefatos, neste caso reposicione-se, coloque o fio terra em outro local e recomece;
13. Outros aparelhos operam no modo manual e neste caso o profissional deverá selecionar as derivações e registrá-las;
14. Imprimir um D2 longo;
15. Se o cliente estiver usando marcapasso, anote a presença do mesmo.



Registro:

1. Anotar na folha do traçado de ECG: Nome do cliente, idade, número do prontuário (área, micro área e família, no caso de PSF).
 - Anotar no prontuário a data da realização do exame e horário, nome do profissional que realizou o procedimento e anexar o exame ao prontuário para avaliação médica.
 - Manter a caneta na posição vertical, com a ponta para baixo e as pêras das ventosas entalçadas, após o término do procedimento.
 - Realizar limpeza do aparelho semanalmente ou quando ocorrer necessidade.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

TERAPIA DE REHIDRATAÇÃO ORAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Reposição de líquidos e eletrólitos.

Objetivos: Prevenção da desidratação

Responsável: Enfermeiro

Material:

1 Envelope de Soro de Rehidratação Oral - SRO;

- 1 Água filtrada ou fervida (fria);
- 2 Uma jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa);
- 3 Copo descartável;
- 4 Seringa de 10 ml s/n;
- 5 Colher de plástico cabo longo;
- 6 Colher de sopa ou de chá;
- 7 Balança adulta e infantil;

Descrição do Procedimento:

1. Pesar a criança no início da TRO e a cada hora;
2. Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água;
3. Determinar a quantidade de soro a ser administrada durante as primeiras quatro horas, conforme protocolo de Atenção a Saúde da Criança;
4. Ofertar o SRO, com uma colher, toda vez que a criança desejar, no volume que aceitar e toda a vez que a criança evacuar;
5. Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente.
6. Observar se os sinais de desidratação permanecem, tais como: criança inquieta e irritada, olhos fundos, bebe avidamente e com sede, boca seca e ausência de saliva, de lágrima e o sinal da prega (a pele volta lentamente ao estado anterior);



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

- Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação (**enfermeiro**)
- Orientar a mãe a introduzir a dieta o mais breve possível (**enfermeiro**).

Observação: a criança poderá receber o SRO no volume de 50 a 100 ml por quilograma de peso, por um período máximo de 4 às 6h. Não apresentando melhora, solicitar a avaliação médica (**enfermeiro**).

Registro: Anotar o procedimento e a evolução no prontuário do paciente e no mapa de produção da Unidade.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

OXIGENOTERAPIA POR INALAÇÃO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É a introdução de soro fisiológico e/ou medicamento em forma de aerossol ou vapor no trato respiratório.

Objetivos: Umidificar as vias aéreas, fluidificar secreções da membrana mucosa do trato respiratório, facilitando a sua expectoração.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Inalador limpo e desinfetado.
2. Tubo extensor.
3. Fluxômetro.
4. Fonte de O₂ ou ar comprimido.
5. Seringa descartável de 10 ml.
6. Agulha 40x12.
7. Ampola ou frasco de SF 0,9% ou água destilada.
8. Medicamento prescrito.
9. Lenços de papel ou papel higiênico.
10. Sabão líquido.
11. Luvas de procedimento.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas de procedimento;
2. Preparar o material;
3. Preparar a solução inalatória conforme prescrição médica ou do enfermeiro;
4. Orientar o paciente sobre o procedimento;
5. Conectar o copo do inalador ao tubo extensor e ligar no fluxômetro;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretório de Urgência e Emergência

6. Abrir o fluxômetro e regular a quantidade de oxigênio ou ar comprimido de acordo com a prescrição;
7. Orientar o paciente ou responsável quanto à posição para segurar o inalador;
8. Desligar o fluxômetro e retirar o inalador após o término da solução;
10. Depositar o inalador em recipiente adequado para desinfecção;
9. Lavar com água e sabão líquido, secar o inalador e colocá-lo em solução desinfetante (hipoclorito de sódio 2,5% por 30 minutos);
10. Retirar os inaladores de a solução desinfetante enxaguar em água abundante e deixar secar através da aeração sobre superfície limpa (papel lençol ou toalha);
11. Acondicionar os inaladores e os extensores limpos e secos em recipiente adequado;
11. Lavar externamente e diariamente a extensão do inalador com água e sabão líquido. Após a lavagem, fazer a desinfecção injetando na parte interna da extensão o hipoclorito de sódio a 2,5% por 60 minutos de contato direto, mantendo a outra extremidade ocluída.

Considerações Gerais:

- O uso de inalação pode ser feito com oxigênio ou ar comprimido, sendo este último mais indicado para pacientes portadores de DPOC que fazem retenção de CO₂;
- Deve - se fazer à inalação com o paciente sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração;
- Os inaladores devem ser lavados e desinfetados imediatamente após cada uso, mesmo que tenha um para cada paciente, uma vez que o material de inaloterapia propicia um meio ideal para o desenvolvimento de bactérias patogênicas e contaminação cruzada;
- Caso não seja possível fazer a desinfecção imediata, mantê-los em recipiente exclusivo, fechado e identificado como “**Contaminado**”;
- A extensão deverá ficar um período para aeração até secagem e armazenados em recipiente plástico, tampados e identificado como “**Desinfetado**”.
- A circulação desnecessária de acompanhantes na sala deve ser evitada.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL

Material:

1. Bandeja
2. Cateter nasal (nº 6 a 8)
3. Umidificador
4. Extensão de borracha estéril (1,5 m)
5. Fluxômetro de Oxigênio (verde)
6. Gazes umedecidas com soro fisiológico 0,9%
7. Micropore
8. Água destilada
9. Luvas de procedimento

Descrição do Procedimento:

1. Ler a prescrição médica.
2. Lavar as mãos.
3. Reunir o material.
4. Colocar água destilada no frasco do umidificador até o nível indicado.
5. Orientar o cliente.
6. Elevar a cabeceira da cama ou maca.
7. Conectar o umidificador à rede de oxigênio através do fluxômetro.
8. Conectar a extensão de borracha ao umidificador, mantendo a outra extremidade protegida.
9. Calçar as luvas.
10. Limpar as narinas do cliente com gaze umedecida em soro fisiológico 0,9%.
11. Medir externamente a distância entre a ponta do nariz e o lóbulo da orelha e demarcar a medida com micropore.
12. Introduzir o cateter aproximadamente de 03 a 04 cm na narina.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

13. Fixar o cateter no nariz com esparadrapo.
14. Conectar o cateter nasal à extensão de borracha.
15. Regular o fluxômetro na quantidade de oxigênio de acordo com a prescrição médica.
16. Recolher o material e deixar o cliente confortável.
17. Lavar as mãos.
18. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
19. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

OBSERVAÇÃO:

1. Observar para que o cateter não se obstrua com secreção.
2. **Trocar** o cateter diariamente.
3. Administrar o oxigênio sempre umidificado.
4. Manter o nível da água no frasco umidificador.
5. **Trocar** a água diariamente (nunca completar com água destilada o frasco do umidificador).
6. O frasco do umidificador, ao ser instalado, deve conter a identificação: data, hora, nome do funcionário e nº do COREN.

MÁSCARA DE VENTURI

Material:

1. Nebulizador plástico com capacidade aproximadamente de 200ml.
2. Extensão corrugada (traquéia)
3. Máscara com cadarço
4. Fluxômetro de O₂
5. Água destilada estéril
6. Rótulo

Descrição do Procedimento:

1. Ler a prescrição médica.
2. Fazer rótulo para identificar a nebulização.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

3. Lavar as mãos.
4. Reunir o material.
5. Orientar o cliente.
6. Colocar o cliente em posição de Fowler.
7. Adaptar o umidificador ao fluxômetro, uma extremidade da extensão corrugada, ao umidificador e a outra na máscara. Verificar a válvula controladora de concentração apropriada ou indicada.
8. Regular o fluxômetro a quantidade de oxigênio em litros por minuto, conforme prescrição médica.
9. Colocar a máscara sobre a face do cliente.
10. Lavar as mãos.
11. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
12. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

TENDA FACIAL e/ou CAPACETE

Material:

1. Tenda (adulto ou infantil)
2. Fluxômetro
3. Umidificador de O₂ com extensão
4. Água destilada

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Explicar ao cliente ou familiar o procedimento
3. Adaptar a tenda na cama do cliente.
4. Colocar água destilada estéril no frasco umidificador.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

5. Conectar o frasco ao fluxômetro.
6. Adaptar a extensão à tenda.
7. Regular o fluxômetro conforme prescrição médica.
8. Colocar a tenda sobre o paciente.
9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
10. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

OBS: Figura 1 (Inalação com máscara)



OBS: Figura 2 (Máscara de Venturi)



OBS: Figura 2 (Cateter nasal)





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

APLICAÇÃO DE COMPRESSA FRIA

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Orientar a equipe de enfermagem quanto a importância do procedimento.

Objetivo: Diminuir a irrigação sanguínea local, inflamação, hiperemia, dor e auxiliar na prevenção de edemas.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. 01 Pacote de compressas grandes (não esterilizadas),
2. 01 bacia com água fria;
3. 01 par de luva de procedimento;
4. 01 carrinho de banho;
5. 01 toalha;
6. 01 bandeja.

Descrição do Procedimento:

1. Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
2. Lavar as mãos;
3. Calçar as luvas de procedimentos;
4. Preparar o cliente, expondo os locais de aplicação;
5. Embeber as compressas na mistura de água;
6. Retirar o excesso de água da mesma, comprimindo;
7. Aplicar nas regiões axilar, inguinal, frontal e posterior do pescoço;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

8. Trocar as compressas conforme ganho de temperatura;
9. Deixar o cliente confortável e encaminhar ao retorno médico;
10. Recolher o material e manter o ambiente em ordem;
11. Retirar as luvas de procedimento e desprezá-la no lixo apropriado;
12. Anotar o procedimento na produção diária da UBS.

OBS: Pré - Execução:

- Observar prescrição médica ou de enfermagem;
- Observar a temperatura da água;
- Preparar material necessário;

Pós Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Checar o horário da aplicação conforme prescrição;
- Supervisionar e avaliar condições clínicas do cliente até o retorno ao médico.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

ENTEROCLISMA

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição:

A lavagem intestinal é um procedimento onde se efetua a limpeza do intestino grosso com o objetivo de promover a retirada de resíduos fecais, os quais são fontes de processos intoxicativos do corpo. Pode ser feita através da sonda retal.

Objetivo:

Eliminar ou evitar a distensão abdominal e flatulência, facilitar a eliminação de fezes, remover sangue nos casos de melena e preparar o paciente para cirurgia, exames e tratamento do trato intestinal.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Bandeja.
2. Cateter retal nº 26 ou 28.
3. Lidocaína gel a 2%.
4. Impermeável.
5. Forro.
6. Solução prescrita.
7. Suporte de soro.
8. Comadre.
9. Cuba rim.
10. Lubrificante.
11. Equipo macro gotas.
12. Biombo S/N
13. Papel higiênico.
14. Gazes.
15. Luvas de procedimento.
16. Espadrado.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Verificar a solução prescrita.
3. Aquecer o frasco da solução em banho-maria a uma temperatura de 37°C.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

4. Reunir o material e marcar de 8 a 10 cm com esparadrapo no cateter.
5. Orientar o cliente.
6. Proteger a cama com o impermeável, colocar o biombo ao redor da cama.
7. Solicitar ao cliente para comunicar qualquer intercorrência como mal-estar, dor ou dispnéia e reter a solução o maior tempo quanto possível.
8. Posicionar o cliente em posição de SIMS e mantê-lo protegido.
9. Conectar o cateter no frasco da solução prescrita.
10. Deixar sair pequena quantidade de solução na cuba rim para retirar o ar.
11. Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína gel a 2%.
12. Calçar as luvas.
13. Afastar os glúteos com uma das mãos protegida com gaze.
14. Introduzir o cateter no reto suavemente até a marca, cerca de 8 cm, não forçar se encontrar resistência.
15. Infundir o conteúdo lentamente.
16. Observar a reação do cliente.
17. Retirar o cateter e colocar na cuba rim.
18. Colocar a comadre ou acompanhar o cliente ao banheiro.
19. Observar a eliminação intestinal durante 30 minutos e, após, auxiliar ou proceder a higienização.
20. Remover o material, deixar a unidade em ordem, retirar as luvas.
21. Lavar as mãos.
22. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
23. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

HIGIENIZAÇÃO ORAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Ato de realizar a higiene oral do cliente quando se encontra impossibilitado de realizar sozinho.

Objetivo: Proporcionar a limpeza da cavidade bucal

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Bandeja
2. Creme dental
3. Escova dental e/ou espátula
4. Copo com água
5. Cuba rim
6. Luvas de procedimento
7. Gaze estéril
8. Papel toalha

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Reunir todo o material.
3. Levar o material no quarto do cliente.
4. Orientar o cliente e/ou familiares sobre o procedimento.
5. Colocar o cliente em posição de Fowler e na impossibilidade, lateralizar a cabeça.
6. Colocar o papel toalha sobre o tórax do cliente.
7. Calçar as luvas de procedimento.
8. Se o cliente for capaz de realizar sua própria escovação, ofereça-lhe o material e auxilie-o, caso seja necessário.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

9. Para realizar a escovação, disponha o creme dental na escova ou espátula envolta com gazes estéril e a água em um copo.

10. Iniciar limpeza na cavidade bucal a partir da gengiva para os dentes em movimentos circulares, depois do palato para os dentes, escovando-o, limpar a face interna das bochechas com movimentos circulares e por último a língua.

11. Colocar a cuba rim junto à mandíbula do cliente (se necessário, ofereça um canudo para que ele possa esvaziar o conteúdo da boca).

12. Enxaguar os lábios e região Peri labial do cliente.

13. Acomodar o cliente no leito.

14. Desprezar as luvas.

15. Lavar as mãos.

16. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

17. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

OBSERVAÇÃO:

* Verificar se o cliente usa prótese, em caso positivo remover e higienizá-la.

* A higiene oral deve ser realizada pela manhã, após as refeições e sempre que necessário.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoriate Urgência e Emergência

HIGIENIZAÇÃO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Ato de realizar mecanicamente a higienização da cânula metálica de traqueostomia.

Objetivo: Prevenir infecção e manter a permeabilidade da cânula

Responsável: Enfermeiro

Material: (Cânula Metálica)

1. Bandeja.
2. Luva estéril.
3. Luva de procedimento.
4. Gazes estéreis.
5. Cuba rim.
6. Cadarço para fixação da cânula (60 a 80cm)
7. Espátula (2 unidades) ou escovinha individual para higiene da traqueostomia.
8. Água destilada (250 ml)
9. Solução antisséptica degermante.
10. Solução fisiológica 0,9% (40 ml)
11. Biombo.
12. EPIs: Óculos de proteção, máscara descartável.

Descrição do Procedimento:

1. Separar os materiais;
2. Lavar as mãos;
3. Informar e orientar o cliente sobre o procedimento a ser realizado (estimular o autocuidado de acordo com as possibilidades do cliente).
4. Manter o cliente em posição Fowler.
5. Disponibilizar todo o material a ser utilizado, preparando na cuba rim a água destilada com a solução antisséptica.
6. Calçar as luvas de procedimento, colocar a máscara, óculos de proteção e avental de



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

manga longa.

7. Soltar o cadarço, cuidadosamente para que não desloque a cânula (porém ainda não o retire da cânula).

8. Retirar o curativo sujo.

9. Lavar as mãos para dar continuidade ao procedimento.

10. Calçar as luvas estéreis.

11. Segurar com uma das mãos (dominante) a cânula interna e girar ao encontro da trava de liberação.

12. Retirar a cânula interna colocando na cuba rim, imersa por alguns minutos em água destilada com solução antisséptica degermante, para facilitar a remoção das crostas e exsudatos aderidos na parede interna da cânula.

13. Enquanto aguarda alguns minutos (cânula em solução de água destilada e antisséptica degermante), iniciar higienização e curativo periestoma, utilizando gazes umedecidas com solução fisiológica 0,9%.

14. Manter a região periestoma seca, colocando gazes dobradas ao meio (não recortá-las) para proteção entre a cânula e a pele do cliente (não é recomendado cortar gazes devido ao risco de penetração de "fios" na cânula e estoma, além da necessidade de utilizar tesoura estéril para evitar contaminação das gazes a serem utilizadas).

15. Retirar cuidadosamente o cadarço de fixação da cânula externa, substituindo-o imediatamente por outro cadarço apropriado (macio) e limpo. Deve-se tomar cuidado para não apertar o cadarço no pescoço do cliente, a fim de evitar lesões de pele e possíveis desconfortos. É importante ainda que seja dado um laço na lateral do pescoço.

16. Prosseguir com a higienização da cânula interna, devendo ser realizada com auxílio de uma escovinha (de uso individual). Caso não se disponha desse material poder-se-á empregar gazes úmidas com água destilada e espátula. O procedimento deverá ser repetido quantas vezes forem necessárias, até que seja observada a remoção das crostas e exsudatos.

17. Após a remoção das crostas e exsudatos, lavar com água destilada a cânula interna, secando com gaze estéril.

18. Ao finalizar a higienização da cânula interna, recoloque-a no interior da cânula externa, girando em sentido oposto à trava de liberação, garantindo que não saia



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

acidentalmente.

19. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
20. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

CÂNULA DE PLÁSTICO

Material:

1. Bandeja
2. Luva estéril
3. Luvas de procedimento
4. Gazes estéreis
5. Cuba-rim
6. Cadarço para fixação da cânula (60 a 80 cm)
7. Água destilada (10 ml)
8. Haste de algodão
9. Solução Fisiológica 0,9%
10. Biombo
11. EPIs: Óculos de proteção, máscara descartável
12. Forro

Descrição de Procedimento:

1. Separar os materiais.
2. Lavar as mãos.
3. Informar e orientar o cliente sobre o procedimento a ser realizado (estimular o autocuidado de acordo com as possibilidades do cliente).
4. Manter o cliente em posição Fowler e proteger o tórax com forro.
5. Disponibilizar todo o material a ser utilizado.
6. Calçar as luvas de procedimento, colocar máscara, óculos de proteção e avental de manga longa.
7. Verificar se o balonete está devidamente insuflado ou desinsuflado (de acordo com orientação médica).
8. Soltar o cadarço cuidadosamente para que a cânula seja tracionada acidentalmente.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

9. Retirar o curativo sujo.
10. Lavar as mãos para dar continuidade ao procedimento.
11. Calçar as luvas estéreis.
12. Molhar as hastes do algodão na solução fisiológica 0,9% e higienizar a cânula de traqueostomia (extremidade proximal internamente), não permitindo a entrada de sujidade, crostas ou exsudato no interior da cânula, repetir esse procedimento quantas vezes forem necessárias, até observação de uma adequada higiene da cânula.
13. Manter a região periestoma seca. Após higienização e curativo com solução fisiológica 0,9%, colocar gazes dobradas ao meio para proteção entre a cânula e a pele do cliente.
14. Retirar cuidadosamente o cadarço de fixação da cânula externa, substituindo-o imediatamente por outro cadarço apropriado (macio) e limpo.
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
16. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

OBS:

Cânula de Traqueostomia





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

IMOBILIZAÇÃO NO LEITO.

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Ato de restringir o paciente ao leito.

Objetivo: Proteger o paciente com alterações de comportamento ou consciência contra lesões de traumas. Oferecer alguma proteção a pessoa que cuida do paciente.

Responsável: Enfermeiro e/ou Médico. (Caso haja a real necessidade, após avaliação de qualquer um dos dois profissionais).

Material:

1. Atadura de crepe.
2. Algodão ortopédico.
3. Luvas de procedimento.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Explicar o procedimento ao cliente e/ou familiar.
3. Reunir os materiais necessários.
4. Imobilizar os MMSS, envolver o algodão ortopédico sobre o punho e em seguida envolver a atadura.
5. Imobilizar os MMII, proteger os tornozelos a serem restringidos com algumas circulares de algodão, passar atadura, ajustando sem apertar, dar um nó e amarrar as pontas na cama.
6. Checar perfusão periférica.
7. Lavar as mãos.
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
9. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

IRRIGAÇÃO CONTÍNUA

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Ato de introduzir um cateter na bexiga.

Objetivo: É a lavagem da mucosa que reveste a bexiga, com o objetivo de remover sedimentos, coágulos, urina em decomposição ou fins terapêuticos.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Equipo de irrigação
2. Frasco de soro fisiológica de 1.000 ml

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Preparar o material necessário.
3. Orientar o paciente quanto ao procedimento.
4. Conectar o equipo de irrigação ao soro fisiológico 0,9% e a outra extremidade à sonda vesical de três vias.
5. Deixar infundir o soro em gotejamento rápido, trocando o frasco antes do término.
6. Realizar o balanço de volume infundido e drenado.
7. Lavar as mãos.
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
9. Manter o ambiente limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

LIMPEZA DA UNIDADE

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o processo de remoção de sujidade de superfícies do ambiente, materiais e equipamentos, mediante aplicação e ação de produtos químicos, ação física, aplicação de temperatura e combinação de processos.

Objetivo: Proporcionar ao usuário do serviço um ambiente com a menor carga de contaminação possível, contribuindo na redução da possibilidade de transmissão de agentes patógenos oriundo de fontes inanimadas.

Responsável: Enfermeiro

Limpeza Concorrente: É o processo de limpeza realizada diariamente em diferente dependência.

Material:

1. Pano de limpeza
2. Álcool 70%
3. Luvas de procedimentos

Descrição do Procedimento:

1. Calçar as luvas.
2. Retirar objetos das mesas auxiliares, bancadas, criados-mudos, etc
3. Passar o pano embebido em álcool 70% em todos os móveis.
4. Desprezar as luvas.
5. Calçar outra luva de procedimento.
6. Organizar o ambiente.
7. Desprezar as luvas de procedimento.
8. Lavar as mãos.
9. Manter o ambiente limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

Limpeza Terminal: É o processo de limpeza que ocorre em todas as superfícies horizontais e verticais de diferente dependência, incluindo parede, teto, piso, vidros e portas.

Material:

1. Pano de limpeza
2. Bacias (2) com água
3. Cuba rim
4. Sabão ou detergente
5. Álcool 70%
6. Luvas de procedimento
7. Balde
8. Hamper

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Reunir o material necessário e levar a unidade.
3. Explicar o procedimento e sua finalidade aos clientes.
4. Abrir portas e janelas para ventilação do quarto.
5. Retirar da mesa de cabeceira todos os objetos, levando os materiais ao local apropriado.
6. Calçar luvas de procedimento.
7. Soltar a roupa de cama, enrolando cada peça, inclusive o cobertor e colocar no hamper, evitando movimentos bruscos (o hamper deverá permanecer fora do quarto do cliente).
8. Colocar o balde no chão sobre o papel toalha, próxima à mesa de cabeceira.
9. Colocar a quantidade necessária de água e sabão na bacia.
10. Afastar a cama da parede deixando espaço suficiente para a realização da limpeza.
11. Limpar a cadeira com exceção dos pés, usando pano de limpeza úmido e ensaboado. Em seguida, lavar o pano e enxaguar a cadeira. Enxugar com outro pano.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

12. Limpar um dos lados do travesseiro e colocá-lo na metade distal do colchão.
13. Limpar a metade proximal do colchão, inclusive a face lateral.
14. Virar o travesseiro sobre a área limpa do colchão, limpar o outro lado e colocá-lo sobre a cadeira.
15. Passar para outro lado e limpar a outra metade do colchão, inclusive a face lateral.
16. Colocar o colchão sobre a grade aos pés da cama, expondo a metade superior do estrado.
17. Limpar a grade, estrado da cabeceira até o meio da cama.
18. Virar o colchão apoiando-o sobre a grade da cabeceira, de modo que a parte limpa do colchão fique em contato com a parte limpa da cama.
19. Limpar a parte inferior da cama.
20. Colocar o colchão de modo que a parte suja fique para cima e proceder à sua limpeza.
21. Colocar o travesseiro na cama.
22. Colocar os objetos de limpeza na cadeira.
23. Limpar a mesa de cabeceira por dentro e por fora. Deixar um pouco aberta para ventilar.
24. Limpar o suporte de soro, a campainha e o painel.
25. Limpar os pés da cama, da cadeira e do suporte de soro e por último a escadinha.
26. Recolher o material da cadeira e com a mão livre, repassar o assento da cadeira.
27. Levar o material para o expurgo, lavar, enxugar e guardar nos locais adequados e proceder ao preparo do leito.
28. Lavar as mãos, pegar as roupas para arrumação da cama. Se possível deixar para arrumar minutos antes da admissão.
29. Comunicar ao serviço de limpeza (higienização) para a realização da limpeza do quarto.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

30. Identificar a limpeza; data, hora e funcionário.

OBSERVAÇÃO: A LIMPEZA TERMINAL É REALIZADA PELA EQUIPE DE LIMPEZA.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

MONITORIZAÇÃO DE PACIENTE

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É a monitorização hemodinâmica do paciente crítico.

Objetivo: Registrar e avaliar as funções vitais do paciente em situação crítica.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Três ou cinco eletrodos descartáveis
2. Monitor cardíaco
3. Luva de procedimento

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas de procedimentos;
3. Orientar o cliente e/ou familiar quanto ao procedimento;
4. Remover sujidade e/ou pelos para o posicionamento dos eletrodos;
5. Colocar os eletrodos adequados ao cabo;
6. Conectar o cabo-monitor aos eletrodos do cliente;
7. Ligar o aparelho;
8. Selecionar a derivação;
9. Manter o alarme sonoro ativado;
10. Desprezar as luvas de procedimento e acondicionar em local adequado;
11. Lavar as mãos;
12. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

MOVIMENTAÇÃO E POSICIONAMENTO DO PACIENTE

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o ato de realizar o posicionamento e/ou movimentação do paciente.

Objetivo: Deixar o paciente em situação confortável para realização de exames, procedimentos e/ou transporte do mesmo.

Responsável: Enfermeiro

MOVIMENTAÇÃO

Material:

1. Lençóis
2. Biombo
3. Luvas de procedimento

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento.
3. Posicionar o biombo se necessário.
4. Usar os princípios básicos da mecânica corporal.
5. Calçar as luvas.
7. Seguir prescrição do Enfermeiro quanto a mudança de decúbito;
8. Deixar o cliente em posição confortável.
9. Desprezar as luvas de procedimento em local adequado;
10. Lavar as mãos;
11. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
12. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

POSICIONAMENTO

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Orientar o cliente e/ou familiar quanto à necessidade do procedimento.
3. Calçar as luvas.
4. Orientar ou colocar o cliente em posição adequada ao exame e/ou procedimento, a ser realizado.
5. Proteger o cliente com lençol, expondo apenas a área a ser examinada.
6. Deixar o cliente em posição confortável após realização do procedimento.
7. Desprezar as luvas de procedimento em local adequado;
8. Lavar as mãos.
9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
10. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

DA CAMA PARA A CADEIRA DE RODAS

Material:

1. Cadeira de rodas
2. Escada
3. Lençol
4. Luvas

Descrição do Procedimento:

1. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
2. Lavar as mãos;
3. Calçar as luvas de procedimentos;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

4. Colocar a cadeira de rodas paralela á cama.
5. Colocar a escada próxima à cama e à cadeira de rodas.
6. Travar as rodas da cadeira.
7. Levantar o apoio dos pés.
8. Se o cliente for dependente, mover o cliente até a lateral do leito com o lençol.
9. Passar o cliente para a cadeira com auxílio do lençol.
10. Se o cliente não for dependente, orientar para sentar no leito, auxilia-lo a sentar na cadeira.
11. Abaixar o apoio dos pés.
12. Mantê-lo vestido adequadamente.

DA CAMA PARA A MACA

Material:

1. Maca.
2. Lençol.
3. Luvas de procedimento.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Calçar as luvas.
4. Colocar a maca paralelamente à cama.
5. Se o cliente estiver consciente, orientá-lo a deslizar em direção à maca.
6. Se o cliente não estiver consciente, soltar o lençol da cama.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

7. Segurar pelas laterais do lençol.

8. Passar o cliente para a maca com o auxílio do colega para a maca, em um único movimento.

9. Levantar as grades da maca.

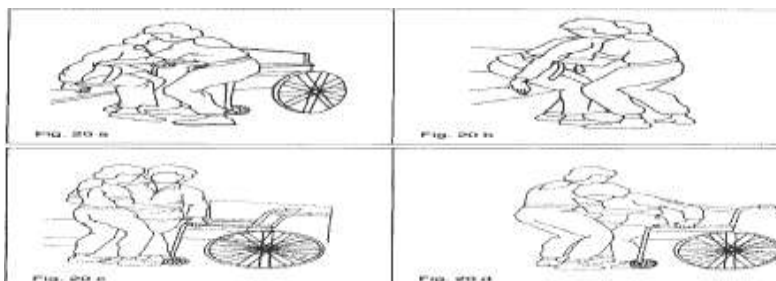
10. Desprezar as luvas.

11. Lavar as mãos.

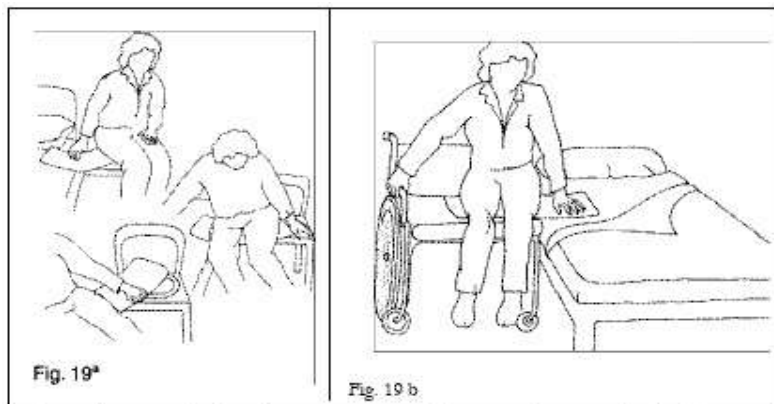
OBS: Figura 1 - Movimentação



OBS: Figura 2 – Da cama para cadeira de rodas



OBS: Figura 3 – Da cadeira de rodas para o leito





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

OXIMETRIA NÃO INVASIVA DE PULSO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o ato de mensurar através de um aparelho a saturação de oxigênio do paciente.

Objetivo: Avaliar através da oximetria não-invasiva do paciente sua condição do padrão respiratório.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Aparelho de oximetria não-invasiva
2. Um sensor permanente
3. Álcool gel para higienizá-la as mãos.

Descrição do Procedimento:

1. Higienizar as mãos com álcool gel;
2. Orientar o cliente quanto à necessidade de permanecer com o sensor, se o cliente tiver condição.
3. Remover o esmalte da unha, quando houver.
4. Conectar o sensor em um dos dedos das mãos ou em outra área escolhida.
5. Ligar o aparelho.
6. Verificar e acompanhar as variações da saturação.
7. Higienizar as mãos após o procedimento;
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
9. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o ato de preparar o corpo após a morte.

Objetivo: Manter o corpo limpo e identificado, evitar a saída de odores e secreções, dispor o corpo em posição adequada antes da rigidez cadavérica.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Bandeja
2. Luvas de Procedimento
3. Gazes estéreis
4. Etiqueta de identificação do corpo
5. Fita adesiva
6. Biombo
7. Lençol
8. Atadura
9. Saco plástico
10. Avental de manga longa

Descrição do Procedimento:

1. Certificar da constatação do óbito;
2. Reunir todo material necessário;
3. Colocar biombo se necessário;
4. Lavar as mãos;
5. Calçar as luvas de procedimento e colocar o avental;
6. Fechar os olhos do cliente.
7. Retirar cânulas, drenos e cateteres.
8. Realizar aspiração de VAS, se necessário.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

9. Realizar higienização do corpo;
10. Colocar o corpo em decúbito dorsal;
11. Recolocar prótese oral se necessário;
12. Passar uma atadura pela mandíbula, amarrando na cabeça, para manter a boca fechada;
13. Dobrar os braços do cliente sobre o tórax, unir as mãos e os pés com a atadura e fixar a etiqueta de identificação sobre o tórax;
14. Revestir o corpo com o saco plástico identificador;
15. Transportar o corpo, conforme rotina administrativa da instituição;
16. Desprezar as luvas de procedimentos em local adequado;
17. Lavar as mãos;
18. Relacionar no rol de pertences do cliente e entregá-lo aos familiares na presença de uma testemunha, mediante assinatura.
19. Retirar todo o material e equipamento do quarto;
20. Acionar o pessoal da higienização;
21. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
22. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o ato de preparar os instrumentais cirúrgicos para a reutilização dos artigos que podem ser esterilizados.

Objetivo: Remover a sujidade e garantir que os artigos hospitalares estarão livres de todos os tipos de micro-organismos patogênicos.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Óculo protetor.
2. Luvas de borracha.
3. Avental impermeável.
4. Gorro.
5. Máscara.
6. Sabão.
7. Esponja, malha de aço ou escova.
8. Campo de tecido.
9. Invólucros apropriados.
10. Pacote de Teste Bowie-dick Brown TST (primeiro teste)
11. Fita biológica.

Descrição do Procedimento:

Preparo dos materiais: (área expurgo)

1. Paramentar-se com equipamentos de proteção individual (EPI).
2. Realizar lavagem criteriosa dos materiais/ instrumentais, com água e sabão, utilizando esponja, malha de aço conforme a necessidade, respeitando a classificação de **Semicrítico (SC)**, **Crítico (C)** e **Não-crítico (NC)**.
3. Lavagem de materiais;
4. Fazer a descontaminação de materiais, submergindo-os em solução de Ácido Peracético por 5 minutos.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

5. Enxaguar em água corrente.
6. Colocar os materiais/ instrumentais sobre um campo limpo.
7. Secar os materiais/ instrumentais com campo limpo.
8. Verificar as condições de uso dos materiais/ instrumentais, encaminhando-os à manutenção sempre que necessário.
9. Retirar os equipamentos de proteção individual.
10. Realizar lavagem rigorosa das mãos.
11. Embalar os materiais/ instrumentais em invólucro apropriado.
12. Enviar os materiais/ instrumentais para esterilização, através da portinhola que separa o expurgo da sala de esterilização.
13. Lavagem de materiais **C**:
14. Fazer a descontaminação de materiais, submergindo-os em solução de Ácido Peracético por 5 minutos.
15. Enxaguar em água corrente.
16. Secar com pano limpo.
17. Idem o ítem 9, 10.
18. Acondicionar os materiais em envelope próprio, ou acondicionar na devida caixa de aço inox sobre compressa seca, e encaminhar para realizar a esterilização.
19. Identificar os envelopes com nome da unidade, data de preparo, nome do funcionário responsável que preparou e a data de validade.
20. Organizar os materiais em sala limpa e organizada com identificação nas prateleiras.
21. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

Teste Bowie-Dick

1. Lavar as mãos.
2. O teste Bowie-Dick deve ser realizado no início de cada dia de trabalho (primeiro ciclo);
3. Realizar um ciclo de pré-aquecimento na autoclave.
4. Anotar, na parte externa do pacote, as informações necessárias no espaço reservado.
5. Com a autoclave vazia, coloque o pacote TST Bowie-Dick em posição horizontal, no interior da câmara da autoclave pré-aquecido, posicione-o a uma altura entre 10 e 20 sobre um suporte perfurado e próximo ao dreno.
6. Realizar um ciclo de esterilização que tenha o mesmo número de pré vácuos que se utiliza para esterilização de materiais porosos a 134°C - 137°C durante 3,5 minutos. Ao finalizar o ciclo, o pacote deve ser imediatamente retirado da autoclave. O mesmo deve ser manuseado com cautela, já que estará quente.
7. Verificar o resultado, fazer as anotações pertinentes no caderno de controle
8. Lavar as mãos.
9. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação:

- A.** O correto funcionamento da autoclave e qualidade do vapor aceitável mudará a cor da tinta da folha teste de AMARELO para AZUL/PÚRPURA.
- B.** O fluxo de pessoal no expurgo e sala de esterilização deve ser limitado ao profissional que está desenvolvendo as atividades.
- C.** É necessário que o profissional encerre todas as atividades no expurgo, para iniciar as atividades na sala de esterilização. Não é permitido executar tarefas concomitantes nas duas salas, devido ao risco de disseminação de micro-organismos para os materiais/instrumentais já limpos ou esterilizados.
- D.** O profissional deve permanecer com os cabelos presos e não utilizar anéis, pulseiras, relógios, etc., durante o preparo esterilização dos materiais.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

E. Ao acondicionar os materiais/ instrumentais na autoclave atentar para:

- Verificar a integridade dos pacotes;
- Preservar um espaçamento de 25 a 50 mm entre os pacotes e a mesma distância entre os materiais e a parede interna do equipamento, favorecendo a distribuição do vapor para todos os espaços da câmara;
- O volume da carga não pode exceder a 80% da capacidade do equipamento;
- Colocar os pacotes maiores na parte inferior da câmara e os menores por cima, facilitando o fluxo do vapor;
- Posicionar os artigos com cavidade (jarros, bacias, cubas, etc.) com abertura para baixo, facilitando o escoamento da água resultante da condensação do vapor;
- Ao término do ciclo, manter a porta da autoclave entreaberta por um período de 5 a 10 minutos, para a saída do vapor e secagem dos materiais;
- Ao retirar os materiais/ instrumentais da autoclave observar a alteração do indicador de esterilização;
- Encaminhar ao expurgo, todo material com prazo de esterilização vencida ou que perderam a integridade do invólucro.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

PREPARO DE MEDICAMENTO PARENTERAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o ato de preparar a medicação do paciente.

Objetivo: Garantir ao paciente a infusão correta do medicamento prescrito, realizando a análise dos 9 acertos.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Seringa descartável apropriada à via de administração e volume.
2. Agulha descartável apropriada.
3. Algodão.
4. Álcool 70%.
5. Bandeja.
6. Medicação.
7. Cateter Teflon.
8. Scalp.
9. Garrote (endovenosa).
10. Esparadrapo (venóclise).

Descrição do Procedimento:

1. Checar prescrição medicamentosa;
2. Separar medicação a ser preparada;
3. Higienizar as mãos com técnica adequada;
4. Calçar luvas de procedimentos.

AMPOLA

1. Agitar a ampola, limpar o gargalo com algodão embebido em álcool 70%.
2. Montar a seringa/agulha com técnica adequada.
3. Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze para apoio e proteção dos dedos.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

4. Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio da mão, 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.
5. Aspirar a dose correta da prescrição medicamentosa;
6. Deixar a seringa/ agulha para cima em posição vertical, expelindo todo o ar quetenha penetrado.
7. Proteger a agulha com protetor próprio.
8. Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
9. Identificar com nome do paciente, via de administração e colocar na bandeja.

FRASCO – LIÓFILO

1. Retirar o lacre metálico superior, limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70º.
2. Preparar a ampola diluente conforme técnica anterior.
3. Montar seringa/agulha, usando agulha de maior calibre.
4. Retirar a seringa, protegendo a agulha.
5. Realizar rotação de frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma.
6. Colocar ar na seringa na mesma proporção e quantidade de líquido injetado no frasco.
7. Erguer o frasco verticalmente, logo após a introdução do ar, aspirando a dose prescrita.
8. Retirar o ar da seringa.
9. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente, líquido e via de administração.
10. Desprezar material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
11. Identificar a seringa com nome do paciente e via de administração, colocar na bandeja.



FRASCO-AMPOLA

MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

1. Retirar o lacre metálico superior, limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70º.
2. Montar seringa/agulha.
3. Colocar ar na seringa na mesma proporção da quantidade do líquido a ser aspirado.
4. Erguer o frasco verticalmente, logo após a introdução do ar, aspirar a dose prescrita.
5. Retirar o ar da seringa.
6. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente, líquido e via de administração.
7. Desprezar material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
8. Identificar com nome do paciente, via de administração e colocar na bandeja.

OBSERVAÇÃO:

A. Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, data e horário da diluição.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

SONDAGEM NASOGÁSTRICA

Executor: Enfermeiro

Definição:

Inserção de uma sonda nasogástrica para descompressão do estomago

Objetivo:

Prevenir vômito depois de uma cirurgia importante, aliviar o desconforto da distensão gástrica, avaliação e tratamento de sangramento do trato gastrointestinal, coleta de conteúdo gástrico para análise, realização de lavagem gástrica, aspiração de secreções gástricas e administração de medicamentos e nutrientes.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Sondas nasogástricas.
2. Lubrificante hidrossolúvel.
3. Aspirador, quando prescrito.
4. Toalha, lenço de papel.
5. Cuba rim.
6. Copo de água.
7. Esparadrapo ou micropore.
8. Luvas de procedimento.

Descrição do Procedimento:

1. Explicar ao paciente o procedimento.
2. Solicitar ao paciente que respire pela boca e engolir.
3. Colocar o paciente em posição sentada ou semi-sentado.
4. Remover dentaduras se necessário; colocar cuba rim e toalhas de papel ao alcance do paciente.
5. Selecionar o número da sonda de acordo com o diâmetro da narina do paciente.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

6. Lavar as mãos e calçar as luvas descartáveis

7. Medir a sonda: distância do lóbulo da orelha à ponta do nariz e daí ao apêndice xifóide e marcando-a neste local.

8. Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína geleia.

9. Solicitar ao paciente que permaneça com o queixo próximo ao peito, se necessário, auxiliá-lo.

10. Introduzir a sonda pela narina do paciente fazendo movimentos para cima e para trás.

11. Após a sonda passar pela orofaringe, solicitar ao paciente que faça movimento de deglutição.

12. Introduzir até a marcação realizada anteriormente.

13. Comprovar localização da sonda pela injeção de ar (cerca de 20 ml no adulto e 5 a 10 ml na criança) realizando ausculta da região epigástrica, com objetivo de ouvir ruído brusco e borbulhante, também se pode confirmar o posicionamento da sonda aspirando-se o conteúdo gástrico.

14. Fixar a sonda no nariz ou maxilar do paciente.

15. Retirar as luvas e desprezá-las em local adequado;

16. Lavar as mãos.

17. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

18. Manter o ambiente limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

RETIRADA DE CATETER NASOGÁSTRICO

Executor: Enfermeiro

Definição: É o ato de retirar o cateter nasogástrico do paciente.

Objetivo: Proporcionar ao paciente maior comodidade após solicitação do médico para a retirada do dispositivo.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Gaze
2. Papel toalha
3. Luvas de procedimento.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Reunir o material.
3. Explicar o procedimento ao cliente.
4. Colocar o papel toalha sobre o tórax do cliente.
5. Calçar as luvas de procedimento.
6. Retirar o esparadrapo ou micropore que fixa o cateter, com o auxílio de gaze e benzina.
7. Fechar o cateter.
8. Retirar o cateter lentamente com o auxílio de gaze.
9. Proceder à limpeza das narinas com auxílio de gaze.
10. Retirar as luvas.
11. Deixar o cliente confortável.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

12. Lavar as mãos.
13. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
14. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

SONDAGEM NASOENTERAL

Executor: Enfermeiro

Definição: É o ato de passar uma sonda através da narina até o intestino.

Objetivo: Tem como objetivo realizar a alimentação dos pacientes incapazes de deglutir.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Sonda enteral com fio guia (mandril);
2. Seringa de 20 ml;
3. Copo com água;
4. Gaze;
5. Benzina;
6. Toalha de rosto;
7. Xylocaína gel;
8. Fita adesiva;
9. Estetoscópio;
10. Biombo s/n;
11. Luvas de procedimento;
12. Sacos para lixo.

Descritivo do Procedimento:

1. Elevar a cabeceira da cama (posição Fowler – 45º) com a cabeceira inclinada para frente ou decúbito dorsal horizontal com cabeça lateralizada;
2. Proteger o tórax com a toalha e limpar as narinas com gaze;
3. Limpar o nariz e a testa com gaze e benzina para retirar a oleosidade da pele;
4. Medir a sonda do lóbulo da orelha até a ponta do nariz e até a base do apêndice (acrescentar mais 10 cm);
5. Marcar com adesivo;
6. Calçar luvas;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretório de Urgência e Emergência

7. Injetar água dentro da sonda (com mandril);
8. Mergulhar a ponta da sonda em copo com água para lubrificar;
9. Introduzir a sonda em uma das narinas pedindo ao paciente que degluta - introduzir até a marca do adesivo;
10. Aguardar a migração da sonda para duodeno, encaminhar ao Raio-X para confirmação do local da sonda;
11. Retirar o fio-guia após a passagem correta;
12. Observar sinais de cianose, dispnéia e tosse;

Para verificar se a sonda está no local:

13. Injetar 20 ml de ar na sonda e auscultar com estetoscópio na base do apêndice xifóide, para ouvir ruídos hidroaéreos;
14. Colocar a ponta da sonda no copo com água - se tiver borbulhamento está na traquéia. Deve ser retirada;
15. Toda vez que a sonda for aberta, para algum procedimento, dobrá-la para evitar a entrada de ar;
16. Fechá-la ou conectá-la ao coletor;
17. Fixar a sonda não tracionando a narina;
18. Colocar o paciente em decúbito lateral direito para que a passagem da sonda até o duodeno seja facilitada pela peristalce gástrica.

Observações:

A. Se a posição pós-pilórica da sonda for indicada:

- Antes do procedimento, administrar a medicação gastro-cinética prescrita pelo médico.
- Acrescentar 15 a 20 cm, conforme a constituição do paciente e posição desejada, à distância medida para posição gástrica.
- Introduzir a sonda até o estômago.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

- Retirar o mandril.
- Realizar os testes já descritos.
- Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito durante 2 a 3 horas, para favorecer a migração.
- Após este tempo, aspirar líquido duodenal e medir o pH (pH duodenal: 6 a 8).
- Encaminhar o paciente para o RX no mínimo 3 horas após a sondagem.

B. Infusão e Manutenção da sonda:

- Fazer higiene oral conforme prescrição de enfermagem.
- Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida com água, ou SF
- Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e escamação da pele.
- Aplicar creme ou vaselina nos lábios e narinas para prevenir a formação de crostas.
- Manter a cabeceira do paciente em semi-fowler durante todo o período em que estiver recebendo dieta e por 30 minutos após.
- As sondas para NE têm durabilidade de 30 a 60 dias (poliuretano) e 6 meses (silicone), se mantidas adequadamente.
- Em caso de retirada acidental, poderá ser repassada, no mesmo paciente, após lavagem interna com água e sabão, utilizando uma seringa.
- Verificar a integridade da sonda; se apresentar sinais de rigidez, rachaduras, furos ou secreções aderidas, desprezará-la.
- Ao final da terapia a sonda deverá ser desprezada.
- Cuidado para não tracionar a asa do nariz, pelo risco de lesão.
- Lavar a sonda com 10 a 30 ml de água filtrada ou fervida, antes e após administrar medicamentos, nutrição enteral e aspirar suco gástrico.
- Administrar os medicamentos um a um, lavando a sonda entre as medicações,



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

evitando interações físico-químicas que podem causar obstrução.

- Nunca administrar medicação com a dieta.
- Diluir as apresentações hipertônicas com 30-60 ml de água.
- Suspender a infusão da dieta por 1 hora antes e 1 hora após para medicações que sofrem diminuição de absorção na presença de alimentos como exemplo: fenitoina, captopril e quinilonas.
- No caso de obstrução, injetar água com pressão moderada, com seringa de 20 ml, pois a pressão excessiva pode provocar rachaduras na sonda.
- Verificar a posição da sonda, por aspiração de líquido gástrico/duodenal e ausculta de borborigmo na região epigástrica ou no quadrante abdominal superior esquerdo:
- Cada vez que for instalar o frasco de nutrição enteral, em caso de NE contínua; após episódios de vômito, regurgitação e tosse intensa (a extremidade da sonda pode voltar ao esôfago ou até enrolar-se na cavidade oral, mesmo quando bem fixada externamente).
- A passagem transpilórica espontânea da sonda ocorre em poucos pacientes e, mesmo tendo migrado, a extremidade distal pode retornar ao estômago.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Ato de realizar a troca da bolsa de ostomia.

Objetivo: Trocar a bolsa/placa por apresentar-se danificada e/ou evitar vazamento.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Luvas de procedimento
2. Bolsa indicada ao paciente.
3. Placa
4. Compressas de gaze ou papel higiênico .

Descrição do Procedimento:

1. Receber o paciente com atenção.
2. Manter o paciente relaxado em posição confortável, mantendo privacidade.
3. Lavar as mãos.
4. Calçar as luvas de procedimentos.
5. Remover a bolsa, tencionando levemente a pele para baixo, enquanto levanta a placa.
6. Descartar a bolsa suja e a placa em saco plástico; guardar o clamp para reutilização.
7. Limpar a pele, utilizando papel higiênico ou compressa de gaze, para remover as fezes.
8. Lavar e secar a pele por completo, depois de limpar. É normal que o estoma sangre discretamente durante a limpeza e secagem.
9. Aplicar a placa, utilizando guia de medição ou padrão para determinar o tamanho do estoma.
10. Marcar o tamanho correto sobre a parte posterior da placa e cortar conforme o tamanho do estoma (é aceitável cortar cerca de 0,5 cm maior que o tamanho do estoma).



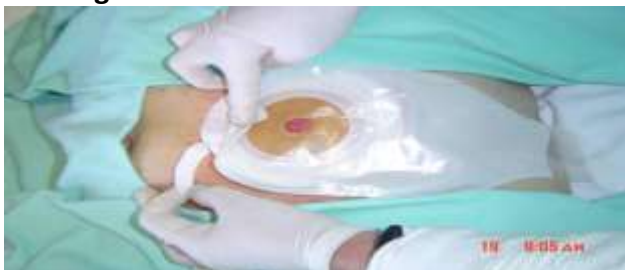
MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

11. Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal.
12. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa de acordo com as orientações do fabricante.
13. Aplicar o fechamento na parte posterior da bolsa com o clamp.
14. Retire as luvas e desprezará-la em local apropriado;
15. Lavar as mãos.
16. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
19. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSEVAÇÃO:

- **A.** A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes.
- **B.** Orientar o paciente para eliminar o gás através da abertura do clamp.

OBS: Figura 1 – troca da bolsa



OBS: Figura 2 – tipos de bolsas





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

COLOCAÇÃO DO DISPOSITIVO URINÁRIO (URIPEN)

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o ato de acoplar o dispositivo urinário (URIPEN) no pênis.

Objetivo: Controlar a diurese em clientes do sexo masculino com incontinência ou com alteração do nível de consciência.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Bandeja
2. Uripem
3. Luvas de procedimento
4. Óculos de proteção
5. Micropore ou esparadrapo
6. Bolsa de drenagem sistema aberto
7. Impermeável
8. Papel toalha
9. Material para higiene íntima: (bacia/jarro, sabonete líquido, compressas).
10. Biombo
11. Impermeável

Descrição do Procedimento:

1. Verificar a prescrição de enfermagem.
2. Separar e organizar o material, levar até o leito.
3. Orientar o procedimento ao cliente.
4. Colocar biombo, fechar portas e janelas.
5. Lavar as mãos.
6. Calçar as luvas de procedimento.
7. Posicionar o cliente em decúbito dorsal horizontal (DDH).



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoria de Urgência e Emergência

8. Abaixar a grade lateral.
9. Colocar o impermeável ou forro na cama.
10. Prender a bolsa coletora na cama.
11. Realizar higienização íntima se necessário.
12. Expor apenas a região genital.
13. Verificar se a região do pênis está limpa e seca.
14. Segurar o pênis com a mão não dominante, desenrolar o uripen sobre o pênis, deixar um espaço de 2,5cm entre o pênis e o fim o uripen.
15. Fixar o uripen, sem garrotear.
16. Conectar o uripen ao coletor.
17. Cobrir o cliente.
18. Retirar as luvas de procedimento e desprezá-las em local adequado.
19. Lavar as mãos.
20. Organizar o material, retirar o biombo.
21. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
22. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

OBS: Figura 1 – dispositivo urinário





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoriate Urgência e Emergência

ROTINAS DE ENFERMAGEM NA
NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS E
DOENÇAS



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

ROTINA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS E AGRAVOS A SAÚDE

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Preencher o formulário de notificação das doenças e/ou agravos diagnosticado pelo médico.

Objetivo: Inserir o cliente no tratamento e notificar a vigilância epidemiológica do município sobre a doença existente.

Material:

1. Caneta
2. Formulário compatível com a doença diagnosticada
3. Ficha de investigação

Descrição do Procedimento:

1. Verificar se a doença é de notificação compulsória;
2. Notificar a doença através de ficha própria do SINAN já pré-numerada;
3. Doenças agudas: preencher a ficha nos casos de suspeita;
4. Doenças crônicas: preencher a ficha dos casos confirmados.

Encaminhar a ficha a Vigilância Epidemiológica



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

NOTIFICAÇÃO DE DOENÇA E AGRAVOS NA SUSPEITA DE SARAMPO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Realizar o preenchimento da ficha de investigação de suspeita de sarampo

Objetivo: Realizar a investigação de suspeita de sarampo para executar o bloqueio vacinal

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Ficha de investigação
2. Caneta
3. Prontuário

Descrição do Procedimento:

1. Preencher todos os campos da ficha do SINAN;
2. Acrescentar no verso da folha:
 - Nome da mãe ou responsável do doente;
 - Situação vacinal (anti-sarampo ou MMR);
3. Coletar uma amostra de sangue para realização da sorologia (tubo seco de 10 ml – tampa vermelha);
4. Anotar na identificação do tubo:
 - Nome completo,
 - Data da coleta
 - Numero da amostra (1º ou 2º),
 - Nome da UBS e município aonde foram realizados a coleta;
5. Encaminhar o sangue ao laboratório juntamente com o protocolo;
6. Encaminhar a Vigilância Epidemiológica municipal a parte superior da ficha;
7. Comunicar a Vigilância Epidemiológica municipal por telefone, visando ação de bloqueio imediato.

OBS:

- **O tratamento da sintomatologia independente do diagnóstico sorológico.**
- **O exame só terá valor para confirmação diagnóstica se realizado no laboratório de referência (Instituto Adolfo Lutz).**



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

NOTIFICAÇÃO DE DOENÇA E AGRAVOS NA SUSPEITA DE DENGUE

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Realizar o preenchimento da ficha de investigação epidemiológica de suspeita de dengue

Objetivo: Realizar a investigação da doença e executar o bloqueio necessário de acordo com a evolução da doença.

Responsável: Enfermeiro

Material:

1. Prontuário médico
2. Ficha de Notificação (SINAN) e de investigação de dengue
3. Caneta

Descrição do Procedimento:

1. Preencher todos os campos da ficha do SINAN, incluindo dados complementares no verso;
2. Observar atentamente a data dos primeiros sintomas (item 15);
3. Realizar a coleta de sangue para sorologia;
 - Uma amostra apenas, se obtida a partir do 6º dia da doença;
4. Anotar na identificação do tubo;
 - Nome completo;
 - Data da coleta;
 - Numero da amostra (1ª ou 2ª);
 - Nome a UBS e município aonde foi realizada a coleta;
5. Encaminha o sangue ao laboratório Adolf Lutz juntamente com o SINAN;
6. Comunicar a Vigilância Epidemiológica municipal por telefone, visando ação de controle imediato.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina

Diretoria de Urgência e Emergência

NOTIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SUSPEITA DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Preencher o formulário de investigação de suspeita de acidentes com animais peçonhentos

Objetivo: Realizar a investigação e executar a ação pertinente do agravo

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Ficha de investigação do agravo
2. Ficha SINAN com número
3. Prontuário médico

Descrição do Procedimento:

1. Preencher todos os campos da ficha de SINAN;
2. Anotar o endereço completo com pontos de referência para eventual visita da Vigilância Epidemiológica;
3. Realizar o tratamento no local de atendimento ou;
4. Encaminhar ao Hospital Vital Brasil – Instituto do Butantã – após contato prévio.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Secretaria de Saúde e Medicina
Diretoriate Urgência e Emergência

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Carmagnani, Maria Isabel Sampaio **Procedimentos de Enfermagem - Guia Prático**
GUANABARA KOOGAN

Posso, Maria Belen Salazar **Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem**
ATHENEU

Manual de Procedimentos na Coleta de Exames Laboratoriais do Hospital São Camilo