



MUNICÍPIO DE
CATANDUVAS

NORMAS E

ROTINAS

DO CENTRO

DE

SAÚDE 2022

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



1.0 HORARIO DE ATENDIMENTO

2.0 QUANTO A APRESENTAÇÃO PESSOAL

1. Apresentar-se com o uniforme completo, limpo, passado e sem manchas.
2. Utilizar calçados fechados.
3. Manter cabelos penteados e presos
4. Manter unhas curtas, limpas e sem esmaltes.
5. Desprover-se de adornos, como anéis, pulseiras, colares e brincos
6. Manter higiene corporal

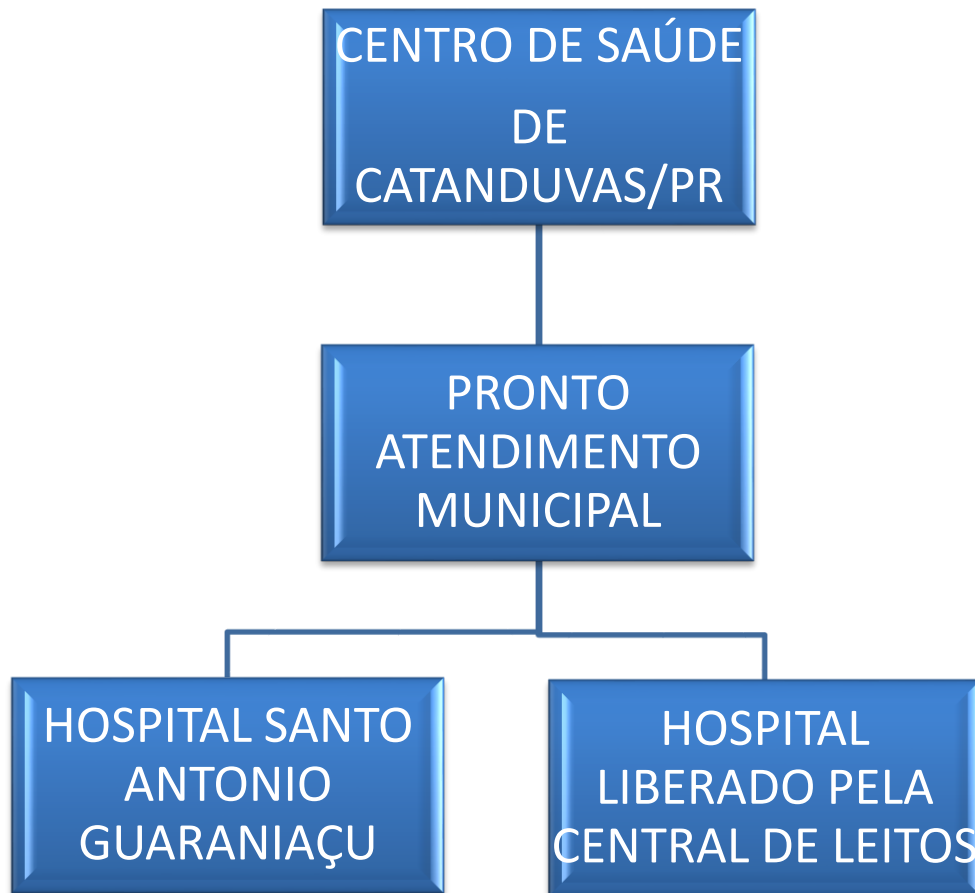
3.0 QUANTO AS NORMAS INSTITUCIONAIS

1. Apresentar-se no horário estabelecido no contrato de trabalho
2. Comunicar e justificar ausências
3. Respeitar clientes internos e externos da instituição: superiores, colegas de trabalho, pacientes, visitantes e outros.
4. Adotar postura profissional compatível com as regras institucional: falar baixo, evitar gargalhadas, evitar diálogos desnecessários.
5. Não fumar e não guardar alimentos e bebidas nos postos de trabalho.
6. Cumprir tarefas operacionais estabelecidas previamente em suas atribuições designadas.
7. Participar de programas ou campanhas institucionais que contribuam para a minimização de riscos ocupacionais, ambientais e que estimulem a responsabilidade social.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



4.0 FLUXOGRAMA DE TRANFERÊNCIAS DE CLIENTES PARA OUTRAS UNIDADES



4.1 TELEFONES

Pronto atendimento Municipal (45) 32341032

Hospital Universitário: (45) 33215151 ou (45) 33215300

Hospital Santo Antonio (45) 32321391 ou (45) 32321801

Central de Leitos (45) 32243358 ou (45) 32132400

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



5.0 TECNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS

A lavagem das mãos é, sem dúvida, a rotina mais simples, mais eficaz, e de maior importância na prevenção e controle da disseminação de infecções, devendo ser praticada por toda equipe, sempre ao iniciar e ao término de uma tarefa.

5.1 PROCEDIMENTO

1. Retirar anéis, pulseiras e relógio.
2. Abrir a torneira e molhar as mãos sem encostar-se a pia.
3. Colocar nas mãos aproximadamente 3 a 5 ml de sabão. O sabão deve ser, de preferência, líquido e hipoalergênico.
4. Ensaboar as mãos friccionando-as por aproximadamente 15 segundos.
5. Friccionar a palma, o dorso das mãos com movimentos circulares, espaços interdigitais, articulações, polegar e extremidades dos dedos (o uso de escovas deverá ser feito com atenção).
6. Os antebraços devem ser lavados cuidadosamente, também por 15 segundos.
7. Enxaguar as mãos e antebraços em água corrente abundante, retirando totalmente o resíduo do sabão.
8. Enxugar as mãos com papel toalha.
9. Fechar a torneira acionando o pedal, com o cotovelo ou utilizar o papel toalha; ou ainda, sem nenhum toque, Nunca use as mãos.

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



MUNICÍPIO DE CATANDUVAS



0 Molhe as mãos com água



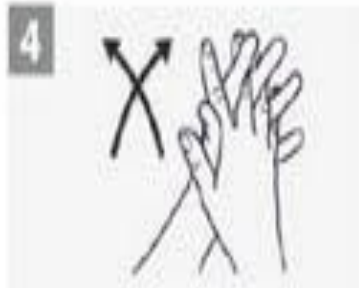
1 Aplique sabão para cobrir todas as superfícies das mãos



2 Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



3 Palma da mão direita no dorso da esquerda, com os dedos entrelaçados e vice-versa



4 Palma com palma com os dedos entrelaçados



5 Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



6 Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice-versa



7 Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice-versa



8 Enxágue as mãos com água



9 Seque as mãos com toalhete descartável



10 Utilize o toalhete para fechar a torneira, se esta for de comando manual



11 Agora as suas mãos estão limpas e seguras

Elaborado por: Enf^a
Marineuza Pessoli
Coren: 210655

Aprovado por:
Ademar L. Burckhardt
Secretario de Saúde

Revisado:

Revisado em :

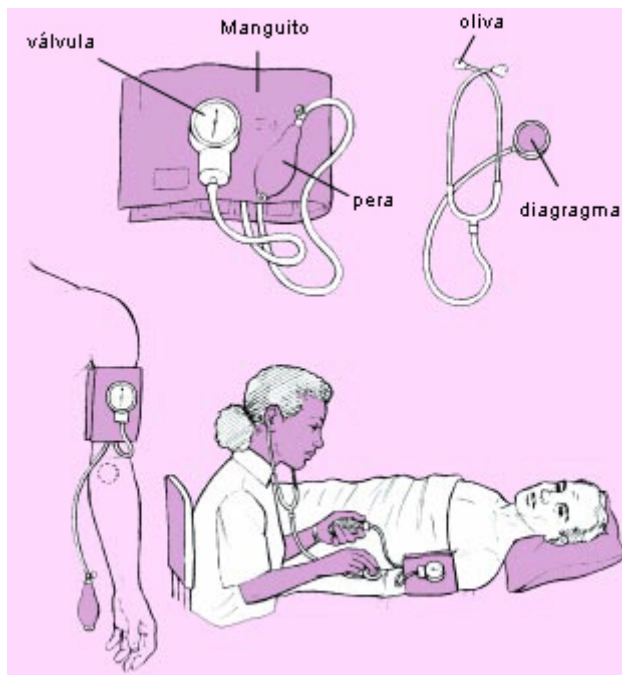
Revisado em:



20.0 AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL

20.1 MATERIAIS

- ✓ Esfigmomanômetro Aneróide ou de coluna de mercúrio.
- ✓ Estetoscópio.



20.2 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 ante-cubital, 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.

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



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.
7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa ante-cubital, 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 I 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
 1. 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.
 2. 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.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------

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.

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;
- 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 ou em uso de medicação anti-hipertensiva.

20.3 VALORES DE REFERENCIA DA PRESSÃO ARTERIAL

20.3.0 MÉDIA DOS VALORES DA PRESSÃO ARTERIAL:

IDADE	VALORES – SISTOLE/DIÁSTOLE
0-3 MESES	75/50MMHG
3 MESES-6 MESES	85/65 MMHG
6 MESES-9 MESES	85/65 MMHG

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------

9 MESES-12 MESES	90/70 MMHG
1 ANOS-3 ANOS	 MUNICÍPIO DE CATANDUVAS
3 ANOS-5 ANOS	95/60 MMHG
5 ANOS-7 ANOS	95/60 MMHG
7 ANOS- 9 ANOS	95/60 MMHG
9 ANOS- 11 ANOS	100/60 MMHG
11 ANOS- 13 ANOS	105/65 MMHG
13 ANOS- 14 ANOS	110/70 MMHG
ACIMA DE 14 ANOS	120/80 MMHG

20.4 TERMINOLOGIAS:

Normotenso (120 x 80 mmHg).

Hipertenso (acima de 140 x 90 mmHg).

Hipotenso (abaixo de 100x60 mmHg).

Divergente (Sistólica diastólica separadas).

Convergente (sistólica e diastólica próximas).

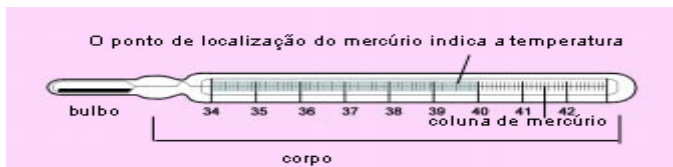
21.0 TEMPERATURA

Pode ser verificada na região axilar, inguinal, oral e retal.

21.1 PROCEDIMENTO

1. Explicar ao paciente o que vai fazer;
2. Segurar o termômetro pelo bulbo, limpando-o com bola de algodão;
3. Baixar a coluna de mercúrio a menos de 36° antes de usa-lo;
4. Colocar o termômetro na região de preferência por tempo suficiente (3 a 5 minutos);
5. Fazer a leitura e anotar corretamente;
6. Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool 70% e guardá-lo em local indicado.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



21.2 VALORES DE REFERENCIA

É considerado normal 36°C a 37°C

Temperatura axilar- 36°C a 36,8°C

Temperatura inguinal- 36°C a 36,8°C

Temperatura bucal- 36,2°C a 37°C

Temperatura retal- 36,4°C a 37,2°C

21.3 TERMINOLGIAS:

Normotermia (temperatura normal) assim com afebril.

Hipertermia (temperatura elevada, igual ou maior que 37.8 c.)

Febrícula (é o estado febril que vai de 37.3 a 37.7 c.)

Hipotermia (é quando a temperatura fica abaixo de 36 c.)

Hiperpirexia (é quando a temperatura se eleva acima de 41 c)

22.0 PULSAÇÃO

22.1 LOCAIS DE VERIFICAÇÃO

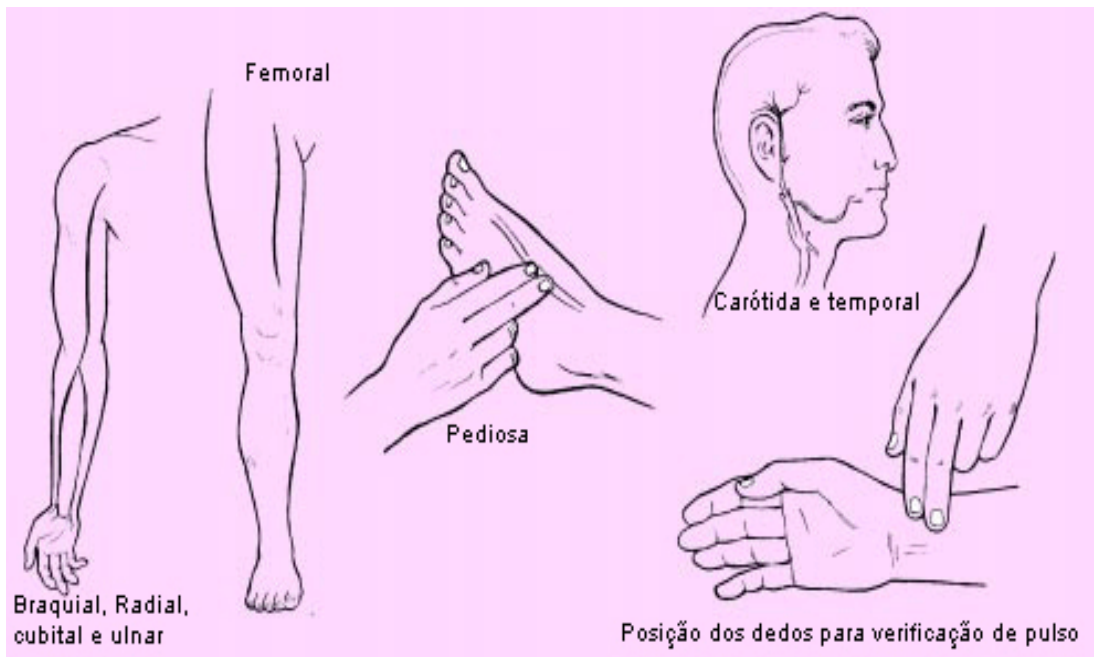
22.1.0 Artérias:

- Carótida;
- Temporal;

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



- Radial;
- Femoral.



22.2 VALORES DE REFERENCIA:

Lactentes: 110 a 130 bpm (batimentos por minuto)

Abaixo de 7 anos: 80 a 120 bpm

Acima de 7 anos: 70 a 90 bpm

Puberdade: 80 a 85 bpm

Homem: 60 a 70 bpm

Mulher: 65 a 80 bpm

Acima dos 60 anos: 60 a 70 bpm

22.3 TERMINOLOGIAS:

Normocardico (normal, ou ritmado).

Arritimico (fora do ritmo).

Taquicardia ou taquisfiguimia (acelerado)

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



Bradycardia ou Bradisfiguimia (lento)

Filiforme (lento e fraco).

23.0 RESPIRAÇÃO

A principal função da respiração é suprir as células do organismo de oxigênio e retirar o excesso de dióxido de carbono.

Valores normais:

- Homem: - 16 a 18 mpm (movimentos por minuto)
- Mulher: - 18 a 20 mpm
- Criança: - 20 a 25 mpm
- Lactentes: - 30 a 40 mpm

23.1 PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos
- Orientar o paciente quanto ao procedimento
- Colocar o paciente em posição confortável, sentado ou deitado, porém sempre com o braço apoiado
- Contar durante 1 minuto inteiro os movimentos respiratórios;
- Anotar no prontuário do paciente

23.2 TERMINOLOGIAS

Eupneia (normal).

Taquipneia (acelerado).

Bradipneia (lento).

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



Apneia (ausência de respiração).

Dispneia (dor ao respirar).

Ortopneia (respiração facilitada na posição vertical).

Ruidosa (com presença de ruídos).

Sheine-stokes (seqüência de apneia, taquipneia, bradipneia e apneia)

Kussmaul (respiração profunda e súbita seguida de uma apneia).

VERIFICAÇÃO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Mensurar peso, altura, perímetro cefálico, torácico e abdominal e cintura.

MATERIAIS

- ✓ Balança;
- ✓ Fita Métrica;
- ✓ Papel Toalha.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Lavar as mãos;
- Esclarecer ao paciente sobre as medidas a serem realizadas;

Mensuração de Peso e Estatura:

- ✓ Forrar a balança com papel toalha;
- ✓ Orientar o paciente a retirar os calçados;
- ✓ Encaminhar o paciente até a balança;
- ✓ Certificar-se de que a balança não esteja encostada na parede;
- ✓ Destavar a balança;

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



- ✓ Verificar se a balança está calibrada;
- ✓ Posicionar o paciente no centro da balança, de modo ereto e imóvel, com os pés juntos;
- ✓ Levantar a haste para mensurar a estatura;
- ✓ Anotar a estatura;
- ✓ Mover o cursor maior sobre a escala numérica para mensurar os quilos, mover o cursor menor para marcar os gramas, esperar até que a agulha do braço da balança e o fiel estejam nivelados;
- ✓ Anotar o peso;
- ✓ Auxiliar o paciente a descer da balança.

Perímetro Abdominal - PA:

- ✓ O paciente deve estar de pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e os pés separados numa distância de 25 a 30 cm;
- ✓ A medida não pode ser realizada sobre roupas ou cinto;
- ✓ Passar a fita ao redor da cintura ou na menor curvatura localizada entre as costelas e o osso do quadril (crista ilíaca), verificando sempre se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura, não deve ficar larga e nem apertada;
- ✓ Realizar a leitura;
- ✓ Anotar a medida.

Perímetro Torácico - PT:

- ✓ Colocar a criança deitada ou sentada, de acordo com a idade;
- ✓ Passar a fita pelo dorso na altura dos mamilos;
- ✓ Verificar se a fita está ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax;

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



- ✓ Realizar a leitura;
- ✓ Anotar a medida.

Perímetro Cefálico - PC:

- ✓ Colocar a criança deitada ou sentada de acordo com a idade;
- ✓ Passar a fita ao redor do crânio, verificando sempre se a fita está ajustada no mesmo nível em todas as partes do crânio;
- ✓ Realizar a leitura;
- ✓ Anotar a medida.

Cintura:

- ✓ Recepcionar o paciente.
- ✓ Orientar o procedimento ao paciente.
- ✓ Orientar o paciente a permanecer de pé, ereta, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e os pés separados numa distância de 25-30 cm.
- ✓ Solicitar ao paciente que afaste a roupa, de forma que a região da cintura fique despida. A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.
- ✓ Mantenha-se de frente para o paciente, segure o ponto zero da fita métrica em sua mão direita e, com a mão esquerda, passar a fita ao redor da cintura ou na menor curvatura localizada entre as costelas e o osso do quadril (crista ilíaca).
- ✓ Ajustar a fita métrica no mesmo nível em todas as partes, em seguida, solicite que o paciente expire totalmente.
- ✓ Realizar a leitura imediata antes que a pessoa inspire novamente.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



- ✓ Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar
- ✓ Registrar o procedimento em planilha de produção.
- ✓ Lavar as mãos.

29.0 CURATIVO

29.1 MATERIAIS

1. Pacote de curativo (pinça Kelly, pinça dente de rato, pinça anatômica e/ou pinça mosquito).
2. Soro fisiológico (0,9%), água tratada ou fervida.
3. Agulha 40x12 ou 25x8.
4. Seringa 20 ml.
5. Gaze, chumaço.
6. Luva de procedimento ou estéril se necessário.
7. Cuba estéril ou bacia plástica.
8. Cobertura ou produto tópico prescrito (cremes, pomadas, hidrocolóides, etc.).
9. Espadrapo, fita adesiva e "micropore" ou similar.
10. Faixa crepe de 8 ou 15cm (atadura).
11. Tesoura (Mayo e Iris).
12. Cabo de bisturi e lâmina de bisturi.

29.2 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



1. Receber o paciente de maneira cordial.
2. Explicar o procedimento a ser realizado.
3. Manter o paciente em posição confortável.
4. Manter a postura correta durante o curativo.
5. Lavar as mãos.
6. Preparar o material para a realização do curativo.
7. Avaliar a ferida.
8. Realizar o curativo utilizando técnica segundo a classificação da ferida:

29.3 LESÕES FECHADAS

29.3.0 Incisão Simples:

1. Remover a cobertura anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a na borda do campo.
2. Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica.
3. Umedecer a gaze com soro fisiológico.
4. Proceder a limpeza da incisão de dentro para fora, sem voltar ao início da lesão.
5. Secar a incisão de cima para baixo.
6. Ocluir com gaze, chumaço ou outro curativo prescrito.
7. Fixar com micropore.
8. Trocar o curativo a cada 24 horas ou sempre que estiver saturado (úmido).
9. Manter a incisão aberta se estiver limpa e seca no período de 24 a 48 horas após o procedimento cirúrgico.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



29.3.1 Incisão com Pontos Subtotais:

1. Remover a cobertura anterior.
2. Lavar todos os pontos subtotais, introduzindo soro fisiológico no interior de cada ponto, com auxílio de seringa e agulha, colocando gaze do lado oposto para reter a solução.
3. Proceder a limpeza como descrita para lesões simples.
4. Proteger a área central com gaze seca ou chumaço.
5. Fixar com micropore.
6. Manter o curativo ocluído enquanto houver exsudação.
7. Realizar troca a cada 24 horas ou sempre que necessário.

29.4 LESÕES ABERTAS

1. Remover a cobertura anterior, de forma não traumática.
2. Irrigar abundantemente com soro fisiológico, quando a cobertura primária for de gaze.
3. Realizar a limpeza com técnica adequada (asséptica ou limpa).
4. Manter o leito da úlcera úmido.
5. Manter a área ao redor da úlcera sempre seca, evitando a maceração e facilitando a fixação da cobertura.
6. Lavar as mãos.
7. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
8. Registrar o procedimento no sistema de informação.
9. Manter a sala em ordem.

OBSERVAÇÕES

- ✓ A prescrição do curativo é privativa do enfermeiro e do médico.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



- ✓ 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 cateteres e introdutores e fixadores externos.

	Componentes	Indicação	Observação
Hidrocolóide	Pectinas, carboximetilcelulose sódica e gelatina revestida por camada de poliuretano, partícula de alginato de cálcio.	Feridas com pouco a moderado exsudato.	Pode ser associado ao hidrocolóide em pó ou em pasta em úlceras com profundidade, para aumentar capacidade de absorção.
Alginato de cálcio	Fibras naturais de alginato de cálcio e sódio, derivados de algas marinhas marrons.	Feridas com moderado a muito exsudato.	Auxilia o desbridamento autolítico, faz hemostase.
Hidrogel	Carboximetilcelulose e propileno-glicol, partícula de alginato de cálcio.	Feridas com necrose.	Desbridamento autolítico.
Espuma de poliuretano com prata	Almofada de espuma de camadas sobrepostas de não-tecido e hidropolímero, revestida por poliuretano e prata.	Feridas com moderada a alta exsudação, infectada e/ou estagnadas.	Absorve o exsudato, trata a infecção e estimula o desbridamento autolítico.
Carvão ativado	Partículas de carvão impregnadas com íons de prata.	Feridas infectadas ou não que drena moderado ou abundante exsudato.	Não deve ser recortado. Têm ação bactericida da prata e elimina odores desagradáveis, pois tem capacidade de filtrá-los.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



ABLAÇÃO DE PONTOS

6.1 MATERIAL

- ✓ Pacote de materiais de retirada de pontos (1 pinça Kocker, 1 pinça Kelly, 1 pinça dente de rato e 1 anatômica;
- ✓ Gases esterilizada ou chumaço
- ✓ Soro fisiológico 0,9%
- ✓ Fita micropore ou esparadrapo, (quando há necessidade de fechar o curativo)
- ✓ PVPI
- ✓ Tesoura de iris ou lâmina de bisturi esterilizada;
- ✓ Saco plástico.

6.2 PROCEDIMENTO

1. Orientar o paciente quanto ao procedimento, anotar no mapa de procedimentos.
2. Organizar todo o material
3. Lavar as mãos
4. Calçar as luvas
5. Faz-se a limpeza da incisão cirúrgica, obedecendo a técnica do curativo;
6. Umedeça os pontos com soro fisiológico, e secar;
7. Com a pinça anatômica, se segura à extremidade do fio e com a tesoura corta-se a parte inferior do nó;
8. Coloca-se uma gaze próxima à incisão, para depositar os pontos retirados; Após o procedimento, fazer a limpeza local com técnica asséptica.
9. Manter a sala limpa e em ordem.

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



REALIZAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR PERIFÉRICA

MATERIAIS

- Fita-teste para glicemia;
- Agulha 13X4,5 ou lanceta própria;
- Algodão seco e com álcool a 70%;
- Glicosímetro;
- Luvas de Procedimentos;

PROCEDIMENTO

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Explicar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado;
- ✓ Reunir todo material na bandeja;
- ✓ Selecionar o local da punção – não puncionar na polpa digital, mas lateral a esta, para evitar lesão capilar;
- ✓ Calçar as luvas de procedimentos;
- ✓ Fazer antisepsia do local selecionado com álcool a 70% e esperar secar;
- ✓ Ligar o glicosímetro e conferir a calibragem do aparelho para o lote da fita;
- ✓ Encaixar a fita-teste;
- ✓ Pressionar e puncionar na polpa lateral para evitar lesão capilar, com agulha 13x4,5 ou a lanceta própria;
- ✓ Fazer com que a área reagente da fita-teste entre em contato com o sangue;
 - Secar o local da punção, certificando-se da interrupção do sangramento;

CUIDADOS

Realizar rodízio do local de punção para a glicemia capilar.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



19.1 MATERIAIS

- ✓ Copo nebulizador.
- ✓ Máscara.
- ✓ Medicação prescrita.

19.2 PROCEDIMENTO

1. Lavar as mãos com técnica adequada.
2. Preparar a medicação prescrita no copo nebulizador, observando a dose, via, nome paciente, 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 do 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.
10. Anotar, assinar e carimbar em prontuário/ receituário, comunicando médico prescritor, caso haja necessidade de avaliação após procedimento.
11. Registrar o procedimento no sistema de informação.
12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



MUNICÍPIO DE
CATANDUVAS

7.0 PREPARO DE MEDICAMENTO PARENTERAL

7.1 MATERIAIS:

- ✓ Seringa descartável apropriada à via de administração e volume.
- ✓ Agulha descartável apropriada.
- ✓ Algodão.
- ✓ Álcool 70%.
- ✓ Bandeja.
- ✓ Medicação.
- ✓ Cateter Teflon.
- ✓ Scalp.
- ✓ Garrote (endovenosa).
- ✓ Esparadrapo (venóclise).

7.2 PROCEDIMENTO:

1. Checar prescrição medicamentosa.
2. Separar medicação a ser preparada.

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



3. Lavar as mãos com técnica adequada.

7.2.0 Ampola

- ✓ Agitar a ampola, limpar o gargalo com algodão embebido em álcool 70°.
- ✓ Montar a seringa/agulha com técnica adequada.
- ✓ Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze para apoio e proteção dos dedos.
- ✓ 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.
- ✓ Aspirar à dose prescrita.
- ✓ Deixar a seringa/agulha para cima em posição vertical, expelindo todo o ar que tenha penetrado.
- ✓ Proteger a agulha com protetor próprio.
- ✓ Desprezar o material pérfuro-cortante em recipiente apropriado.
- ✓ Identificar com nome do paciente, via de administração e colocar na bandeja.

7.2.1 Frasco - liófilo

- ✓ Retirar o lacre metálico superior, limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70°.
- ✓ Preparar a ampola diluente conforme técnica anterior.
- ✓ Montar seringa/agulha, usando agulha de maior calibre.
- ✓ Retirar a seringa, protegendo a agulha.
- ✓ Realizar rotação de frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma.
- ✓ Colocar ar na seringa na mesma proporção e quantidade de líquido injetado no frasco.
- ✓ Erguer o frasco verticalmente, logo após a introdução do ar, aspirando a dose prescrita.
- ✓ Retirar o ar da seringa.
- ✓ Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente, líquido e via de administração.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



- ✓ Desprezar material pérfuro-cortante em recipiente apropriado.
- ✓ Identificar a seringa com nome do paciente e via de administração, colocar na bandeja.

7.2.2 Frasco ampola

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

OBS.

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

8.0 ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)

8.1 MATERIAIS

- ✓ Seringa – conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml.).
- ✓ Agulha – comprimento/calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado.
- ✓ Algodão.
- ✓ Álcool 70%.
- ✓ Bandeja.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



- ✓ Medicação prescrita.

8.2 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 antisepsia 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.
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. Registrar o procedimento no sistema de informação.
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

8.3 LOCAIS DE APLICAÇÕES

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;

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------




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

8.4 SELEÇÃO DO LOCAL DE APLICAÇÃO DE IM E VOLUME MÁXIMO A SER ADMINISTRADO, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA.

IDADE	DELTOÍDE	VENTROGLÚTEO	DORSOGLÚTEO	VASTO LATERAL
Prematuros	-	-	-	0,5 ml
Neonatos	-	-	-	0,5 ml
Lactentes	-	-	-	1,0 ml
3 a 6 anos	-	1,5 ml	1,0 ml	1,5 ml
6 a 14 anos	0,5 ml	1,5 – 2,0 ml	1,5 – 2,0 ml	1,5 ml
Adolescentes	1,0 ml	2,0 – 2,5 ml	2,0 – 2,5 ml	1,5 ml – 2,0 ml
Adultos	1,0 ml	4,0 ml	4,0 ml	4,0 ml

8.5 SELEÇÃO DO LOCAL DE APLICAÇÃO DE IM E CALIBRE CORRETO DA AGULHA, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------

Calibre da Agulha	Local	Características do paciente
30 X 7 mm	 Ventroglúteo Dorsoglúteo	Pacientes adultos. Homens com peso corpóreo entre 60 e 118 kg; Mulheres entre 60 e 90 kg.
25 X 7 mm	Deltoide Vasto Lateral da Coxa	Pacientes adultos. Mulheres com peso inferior a 90 kg, indicam-se agulhas com pelo menos 3,8 cm de comprimento
25 X 6 mm	Vasto Lateral da Coxa	Crianças – a avaliação clínica é imprescindível para a tomada de decisão.

8.6 ESCOLHA DO ÂNGULO

- ✓ Vasto lateral da coxa – ângulo 45° ou 90° em direção podálica.
- ✓ Deltóide – ângulo 90°.
- ✓ Ventroglúteo – angulação de 90° dirigida ligeiramente à crista ilíaca.
- ✓ Dorso glúteo – ângulo 90°.
- ✓ Subcutânea - ângulo 45° ou 90°.
- ✓ Intradermica - ângulo 30° ou 45°.

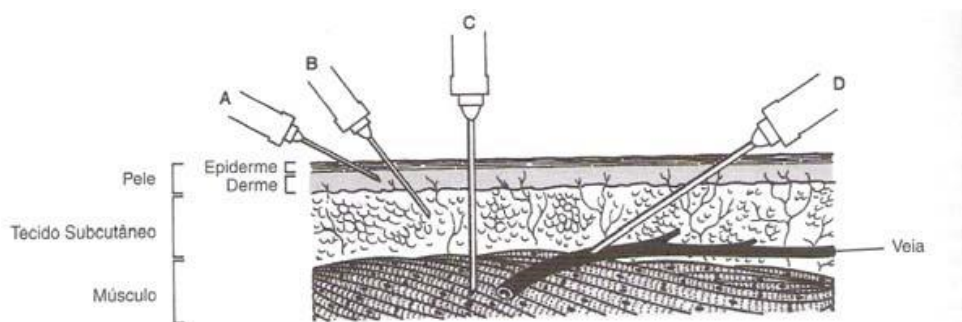


FIGURA 34.7

Vias de injeção. (A) Intradérmica, (B) Subcutânea, (C) Intramuscular, (D) Intravenosa (Scherer JC: Introductory Clinical Pharmacology, 5.ed, p. 18. Filadélfia, JB Lippincott, 1992).

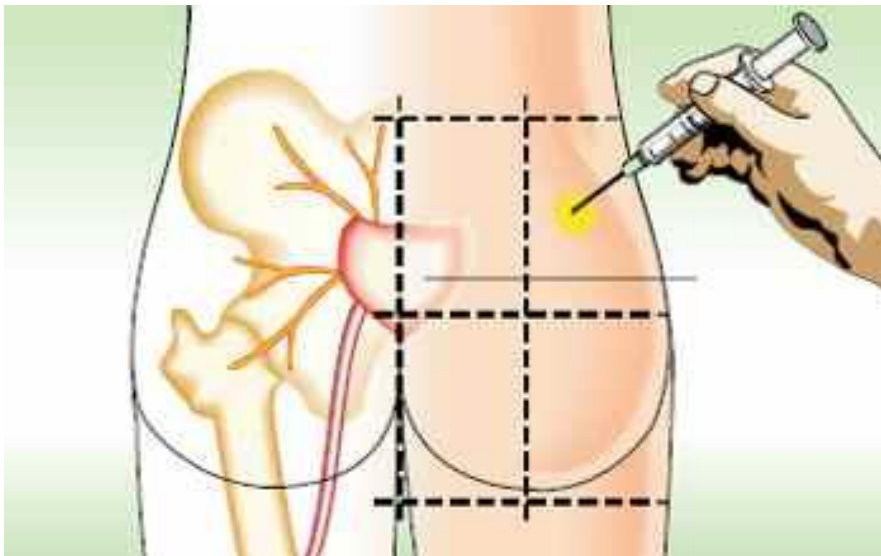
9.0 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA DORSO GLÚTEO (DG):

9.1 PROCEDIMENTO

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



1. 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.
2. Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz imaginária, a partir da espinha íliaca póstero-superior até o trocânter do fêmur.
3. Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária.
4. 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.



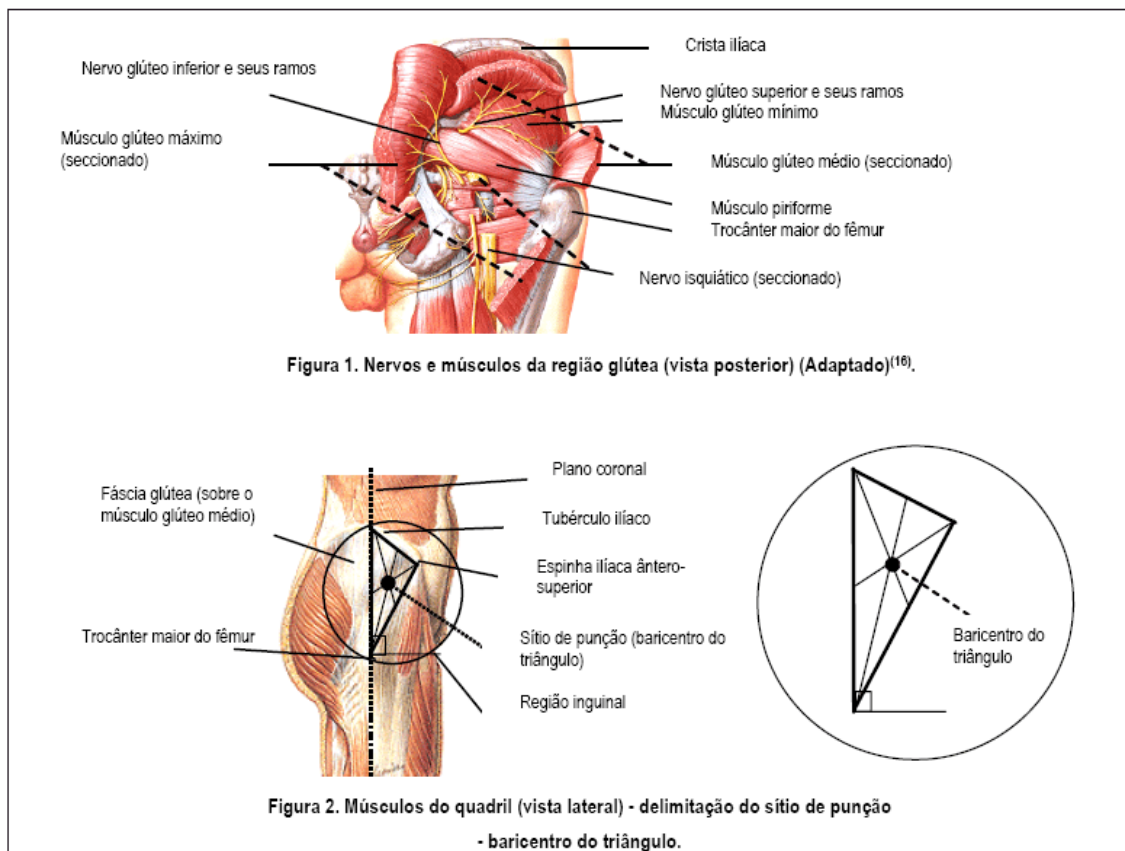
Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



10.0 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA VENTRO GLÚTEA (VG)

10.1 PROCEDIMENTO

1. Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal.
2. Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente.
3. Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha íliaca ântero-superior direita.
4. Estender o dedo médio ao longo da crista íliaca.
5. Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador em triângulo.
6. Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.



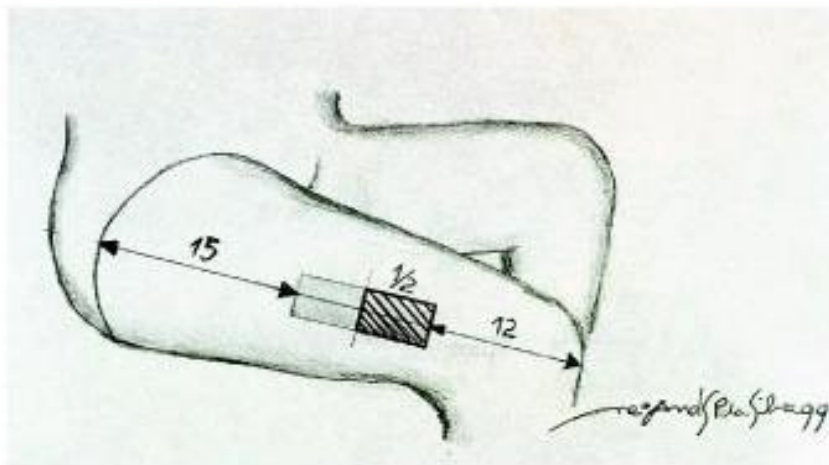
Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



**11.0 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA FACE VASTO LATERAL
DA COXA**

11.1 PROCEDIMENTO

1. Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado.
2. 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.
3. Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos.



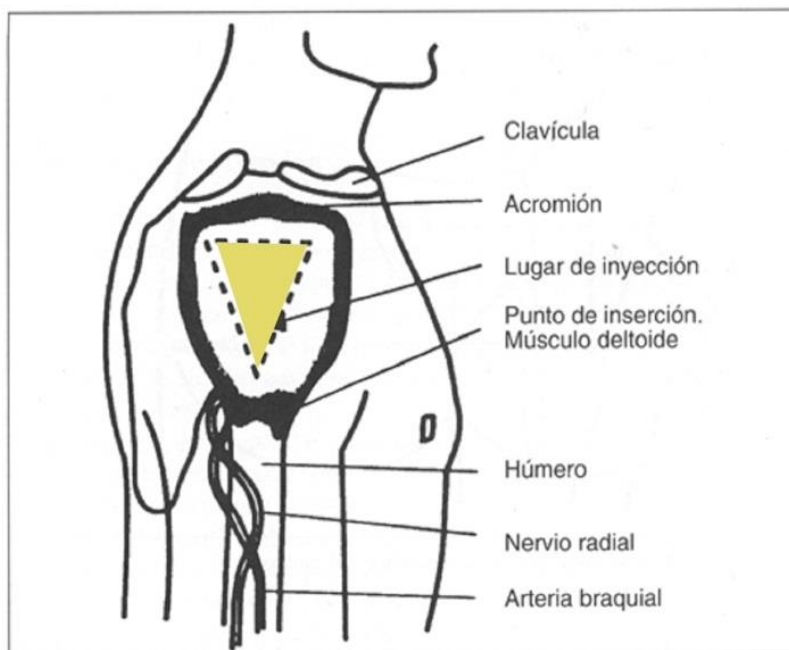
Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



12.0 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA DELTOIDE

12.1 PROCEDIMENTO

1. Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral.
2. 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.



13.0 TÉCNICA EM Z OU TRILHA EM Z

Ideal para evitar o refluxo do medicamento para a camada subcutânea, evitando o aparecimento de nódulos doloridos por reação inflamatória, principalmente no caso de aplicações feitas com soluções oleosas e à base de ferro. Pode ser usada em qualquer um dos locais descritos previamente sendo, entretanto, mais utilizada na região glútea.

O procedimento consiste em segurar a pele esticada durante a aplicação com o dedo indicador para que após a retirada da agulha a inserção inicial mude de lugar evitando extravasamentos e melhor distribuição da medicação.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



14.0 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA (EV)

14.1 MATERIAIS:

- ✓ Seringa.
- ✓ Agulha 40x12.
- ✓ Agulha 25x7.
- ✓ Algodão.
- ✓ Álcool.
- ✓ Garrote.
- ✓ Fita crepe para identificação.
- ✓ Bandeja.
- ✓ Luva de procedimento.
- ✓ Medicamento prescrito.
- ✓ Abocath ou scalp no nº adequado.
- ✓ Esparadrapo/ micropore.
- ✓ Soro.

14.2 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.
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.

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



11. Realizar antissepsia do local escolhido.
12. Posicionar seringa com 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. Registrar procedimento no sistema de informação.

15.0 ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA (SC)

15.1 MATERIAIS

- ✓ Seringa de 1 ou 3 ml.
- ✓ Agulha 10x5, 20x6.
- ✓ Álcool 70%.
- ✓ Algodão.
- ✓ Bandeja.

15.2 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.
10. Injetar o líquido lentamente.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



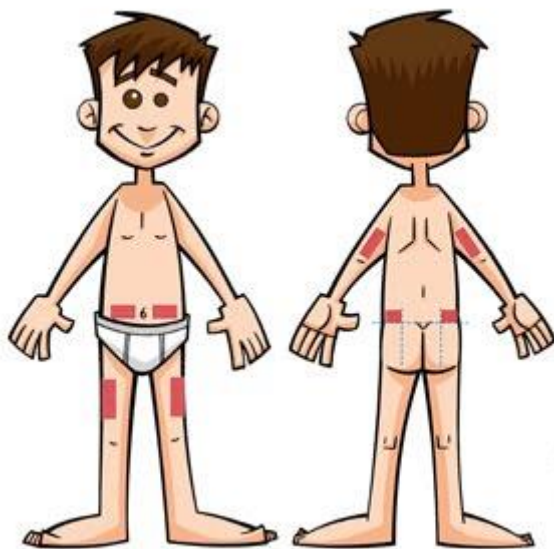
11. Retirar a seringa/agulha num movimento único e firme.
12. Fazer leve compressão no local com algodão.
13. Desprezar material pérfuro-cortante em recipiente apropriado.
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
16. Registrar procedimento no sistema de informação.
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÕES:

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

15.3 LOCAIS DE APLICAÇÕES

- Face externa do braço
- Região abdominal
- Nádegas
- Face externa da coxa



Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



16.0 ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA (ID)

16.1 MATERIAIS

- ✓ Seringa 1 ml.
- ✓ Agulha 13 x 4,5.
- ✓ Solução prescrita.
- ✓ Bandeja.

16.2 PROCEDIMENTO

1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente.
2. Lavar as mãos.
3. Preparar medicação conforme técnica já descrita.
4. Orientar o paciente sobre procedimento.
5. Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura): a face anterior do antebraço é o local mais utilizado.
6. Fazer a antisepsia da pele com água e sabão caso seja necessário. O álcool 70° não é indicado, para não interferir na reação da droga.
7. Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o indicador.
8. Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça.
9. Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo, até introduzir toda a dose.
10. Retirar o polegar da extremidade do êmbolo e a agulha da pele.
11. Não friccionar o local.

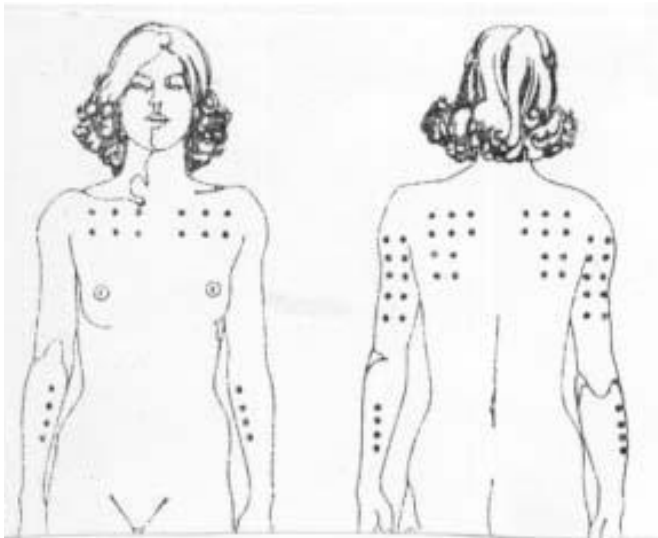
Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



12. Desprezar os materiais pérfuro-cortantes em recipiente adequado.
13. Lavar as mãos.
14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
15. Registrar procedimento no sistema de informação.
16. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÕES

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



Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



17.0 ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA ORAL

17.1 MATERIAIS

- ✓ Copo descartável/ graduado.
- ✓ Medicação.
- ✓ Conta gotas.
- ✓ Bandeja.

17.2 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.
8. Lavar as mãos.
9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
10. Registrar no sistema de informação.

11. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.





18.0 ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA OCULAR

18.1 MATERIAIS

- ✓ Colírio ou pomada oftalmológica.
- ✓ Gaze.

18.2 PROCEDIMENTO

18.2.0 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. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



10. Registrar no sistema de informação.
11. Manter ambiente limpo e organizado.



18.2.1 Pomada

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



Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



24.0 ASPIRAÇÃO TRAQUEAL

24.1 MATERIAIS NECESSÁRIOS:

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

24.2 PROCEDIMENTO

1. Checar montagem de material necessário: sonda de aspiração traqueal conectada ao sistema de aspiração a vácuo, luva estéril 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. Registrar o procedimento no sistema de informação.
11. Manter a sala em ordem.

OBSERVAÇÕES:

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



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.

25.0 ASPIRAÇÃO DE OROFARINGE

25.1 MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- ✓ Sonda de aspiração estéril nº 14 ou 16 (adulto), nº 8 ou 10 (criança).
- ✓ Compressa de gaze.
- ✓ Pares de luvas procedimento.
- ✓ Máscara.
- ✓ Óculos protetores.

25.2 PROCEDIMENTO:

1. Lavar as mãos.
2. Checar montagem de material necessário: sonda de aspiração conectada ao sistema de aspiração à vácuo.
3. Calçar luva de procedimento.
4. Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante.
5. Clampear a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar a cavidade oral e orofaringe até ausência/redução esperada do conteúdo aspirado.
6. Retirar as luvas.
7. Lavar as mãos.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

9. Registrar o procedimento no sistema de informação.

10. Manter a sala em ordem.

OBSEVAÇÃO

- ✓ Se necessário, instalar cânula de Guedel para facilitar o procedimento.

26.0 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

26.1 MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- ✓ Luvas estéreis.
- ✓ Sonda uretral estéril descartável.
- ✓ PVPI tópico.
- ✓ Compressas de gaze estéril.
- ✓ Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).
- ✓ Campo fenestrado.
- ✓ Lençol.
- ✓ Frasco para coleta de urina se necessário.
- ✓ Lidocaína gel.

26.2 PROCEDIMENTO

Paciente do sexo feminino

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



1. Posicionar a paciente confortavelmente.
2. Lavar as mãos.
3. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.
4. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados.
5. Calçar as luvas estéreis.
6. Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado; mantendo-os afastados até que o cateterismo termine.
7. Realizar antissepsia da região perineal com PVPI tópico e gaze estéril com movimentos únicos.
8. Evitar contaminar a superfície da sonda.
9. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.
10. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
11. 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 glande até a base, e por último em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



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. Registrar procedimento no sistema de informação.
10. Manter ambiente de trabalho em ordem.

27.0 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

27.1 MATERIAIS NECESSÁRIOS

1. Luvas estéreis.
2. Sonda folley estéril descartável.
3. PVPI tópico.
4. Compressas de gaze estéril.
5. Lidocaína gel.
6. Coletor de urina de sistema fechado.
7. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).
8. Seringa de 20 ml.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



9. Água destilada – ampola.

10. Campo fenestrado.

11. Lençol.

27.2 CATETERISMO EM PACIENTE DO SEXO FEMININO

1. Posicionar a paciente confortavelmente.

2. Lavar as mãos.

3. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.

4. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados.

5. Calçar as luvas estéreis.

6. Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado; mantendo-os afastados, até que o cateterismo termine.

7. Realizar antissepsia da região perineal com PVPI tópico e gaze estéril com movimentos únicos:

- Horizontalmente, do meato até monte de Vênus. A seguir, verticalmente do meato até final da comissura labial posterior, inicialmente sobre grandes lábios, após entre grandes e pequenos lábios e, por último, em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.

8. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.

9. Introduzir a sonda pré-conectada a um coletor de drenagem de sistema fechado, bem lubrificada por 5 a 7 cm no meato uretral, utilizando técnica asséptica estrita.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



10. Tracionar suavemente a sonda até sentir resistência.
11. Insuflar o balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml), certificando-se de que a sonda está drenando adequadamente.
12. Fixar a sonda de demora, prendendo-a juntamente com o equipo de drenagem na coxa.
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
16. Registrar procedimento no sistema de informação.
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

27.3 CATETERISMO EM PACIENTE DO SEXO MASCULINO

1. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
2. Realizar a antisepsia 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. Introduzir a sonda dentro da uretra quase até sua bifurcação, até que a urina flua.
4. Quando a resistência é sentida no esfíncter externo, aumentar discretamente a tração do pênis e aplicar pressão suave e contínua sobre a sonda. Pedir para que o paciente faça força (como se estivesse urinando), para ajudar a relaxar o esfíncter.
5. Insuflar balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml).
6. Fixar a sonda de demora, prendendo-a abaixo do umbigo na vertical.
7. Secar a área e manter paciente confortável.
8. Lavar as mãos.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
10. Registrar procedimento no sistema de informação.
11. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÃO:

A. Trocar a sonda de demora e a bolsa coletora a cada 7 dias ou quando necessário após avaliação médica ou do enfermeiro.

28.0 CAUTERIZAÇÃO CICATRIZ UMBILICAL

28.1 MATERIAL

1. Álcool 70%.
2. Bastão de nitrato de prata.
3. Papel alumínio.
4. Óleo de amêndoa ou similar.
5. Luvas de procedimentos.
6. Haste de algodão flexível.
7. Gaze.

28.2 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Receber o cliente na sala de procedimento.
2. Orientar a mãe ou responsável quanto ao procedimento.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



3. Lavar as mãos.
4. Calçar as luvas.
5. Realizar limpeza da cicatriz umbilical, com haste de algodão embebida em álcool 70%.
6. Proteger a pele ao redor da cicatriz umbilical com óleo.
7. Abrir a cicatriz umbilical, a fim de visualizar o granuloma.
8. Inserir o bastão de Nitrato de prata sobre o granuloma da cicatriz umbilical.
9. Solicitar à mãe que vista o bebê.
10. Lavar as mãos.
11. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
12. Registrar o procedimento no sistema de informação.
13. Manter a sala em ordem.

30.0 ELETROCARDIOGRAMA

O eletrocardiograma (ECG) é um exame de saúde na área de cardiologia no qual é feito o registro da variação dos potenciais elétricos gerados pela atividade elétrica do coração.

30.1 MATERIAIS

- ✓ Eletrocardiógrafo.
- ✓ Gel hidrossolúvel.
- ✓ Álcool á 70%.
- ✓ Algodão seco.
- ✓ Lençol.

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



30.2 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo está ligado.
2. Checar a presença e integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente com cinco vias.
3. Seguir as orientações de utilização segundo o fabricante.
4. Solicitar ao paciente que exponha o tórax, punhos e tornozelos.
5. Solicitar que o paciente retire relógio, correntes, chaves, celulares, etc..
6. Cobrir o paciente para que o mesmo não fique totalmente exposto.
7. Orientar o paciente a deitar, evitar a movimentação, tossir ou conversa, enquanto o ECG está sendo registrado, a fim de evitar artefatos.
8. Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos).
9. Colocar os eletrodos no tórax e nos membros conforme determinado, usando eletrodos auto-adesivos ou gel hidrossolúvel ou ainda, outro material de condução (conforme orientação do fabricante).
10. Iniciar o registro no eletrocardiógrafo.
11. Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico.
12. Finalizar o procedimento, auxiliando o paciente a levantar-se da maca e vestir-se.
13. Avaliar o registro, comunicando as alterações ao enfermeiro, identificando alterações precocemente.
14. Aferir o pulso do paciente, classificando conforme a frequência, ritmo e amplitude.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



15. Anotar em livro próprio os seguintes dados: data, nome do paciente, idade, ficha e se será encaminhado para laudo.
16. Identificar a fita registro do eletrocardiograma com: nome do paciente, idade, número da ficha e nome do Centro de saúde.
17. Registrar as derivações nos seguimentos, na seguinte ordem: DI, DII, DIII, AVR, AVL, AVF, V1, V2, V3, V4, V5 e V6.
18. Anexar a fita do eletrocardiograma à solicitação do exame.
19. Lavar as mãos.
20. Checar a realização do exame no verso da prescrição, anotando data, horário, nome e registro do profissional que executou o exame.
21. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
22. Registrar o procedimento em planilha de produção.
23. Manter a sala em ordem.

31.0 OXIGENOTERAPIA

“É a administração de O₂ a uma pressão maior que a encontrada na atmosfera ambiental quando há uma interferência com a oxigenação normal” (PORTO, 2001).

31.1 MATERIAIS

- ✓ Cateter nasal de nº adequado conforme avaliação prévia ou máscara.
- ✓ Gaze.
- ✓ Esparadrapo/ micropore.
- ✓ Intermediário.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



- ✓ Umidificador.
- ✓ Oxigênio canalizado ou em torpedo.
- ✓ Bandeja.
- ✓ Água filtrada.
- ✓ Luvas de procedimento.

31.2 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Checar prescrição.
2. Lavar as mãos com técnica adequada.
3. Preparar o umidificador com água, enchendo com 2/3 de sua capacidade.
4. Reunir todo material.
5. Orientar o paciente quanto ao procedimento, deixá-lo em posição confortável (cabeceira elevada 30-45°).
6. Conectar o cateter ao intermediário de borracha, e ao umidificador já montado.
7. Medir a distância do cateter entre a ponta do nariz e o lóbulo da orelha, identificando com esparadrapo para saber até que ponto o cateter será introduzido (cateter “tipo óculos” – não há necessidade deste procedimento).
8. Colocar as luvas conforme técnica adequada.
9. Introduzir o cateter até local marcado.
10. Fixar o cateter com esparadrapo/ micropore sobre a testa ou face do paciente, garantindo que o mesmo sintá-se confortável.
11. Colocar o número de litros de O² conforme prescrição.
12. Observar reações do paciente.
13. Retirar as luvas, desprezando em lixo contaminado.
14. Lavar as mãos.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



15. Anotar data, nome, horário do procedimento e anotações necessárias quanto a condições do paciente (presença de cianose, retração de fúrcula esternal intercostal...) e evolução do quadro, comunicando médico solicitante também verbalmente quando necessário.

16. Assinar e carimbar.

17. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

OBSERVAÇÃO

- ✓ Oxigenoterapia domiciliar – Orientações do protocolo SAD.

32.0 OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL

32.1 MATERIAIS

- ✓ Fonte de oxigênio.
- ✓ Cateter nasal de plástico.
- ✓ Copo umidificador.
- ✓ Água destilada.

32.2 PROCEDIMENTO

1. Explicar o procedimento ao paciente.
2. Colocar água destilada no copo do umidificador.
3. Conectar o umidificador ao fluxômetro de oxigênio.
4. Conectar uma extremidade da extensão de látex/silicone ao umidificador e outra à cânula de oxigênio.

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------

5. Introduzir parte central da cânula nas fossas nasais do paciente.
6. Posicionar a extensão por trás do pavilhão auricular bilateralmente.
7. Ligar fluxômetro de oxigênio conforme fluxo solicitado.
8. Lavar as mãos.
9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
10. Registrar o procedimento em planilha de produção.

33.0 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO

Todo procedimento de retirada de corpo estranho deverá ser anotado no mapa de procedimentos e no prontuário do paciente. Em seguida organizar o material necessário para retirada do corpo estranho, lavar as mão e calçar luvas. Após o procedimento, manter a sala limpa e organizada.

33.1 OLHOS

Os olhos são áreas corpóreas muito sensíveis, sendo necessário muito cuidado com todo tipo de ocorrência que possa lesa-los. Por isso, a existência de corpos estranhos nesta região deve ser tratada com muita cautela e atenção, fazendo uso de algumas técnicas muito simples. Estas, quando não conseguem retirar o elemento lesivo, buscam estabiliza-lo de forma que ele não possa agravar ainda mais a situação.

Para o uso correto das técnicas é importante diferenciar qual a relação entre estes corpos e o(s) olho(s) afetado(s). Deste ponto de vista, os corpos estranhos no olho podem ser classificados em móveis e fixos

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



Os móveis são principalmente ciscos e cílios, mas podem ser também líquidos como ácidos, bases e outras substâncias químicas ou mesmo seres vivos como insetos. Assim sendo, a melhor forma para sua retirada é a lavagem com água corrente no sentido de medial para lateral (do nariz para orelha) por aproximadamente 15 minutos. Se o corpo estranho estiver debaixo da pálpebra, poderá ser utilizada a manobra de eversão palpebral a qual exporá a mucosa da mesma. Com a mucosa exposta será feita a tentativa de pescar este corpo estranho com uma gaze umidecida em água ou soro fisiológico.

Os fixos são considerados uns dos tipos mais lesivos de corpos estranhos no olho devido ao fato de perfurarem o globo ocular. Podem ser pequenas limalhas de ferro e farpas de madeira ou mesmo objetos maiores como facas, espetos de churrasco e muitos outros.

33.2 NARIZ

As cavidades nasais são locais de ocorrência muito comum de corpos estranhos em crianças. Aí podem ser encontrados os mais diferentes objetos como pequenos brinquedos, grãos de cereais ou qualquer objeto que caiba nesta cavidade.

Neste caso a grande preocupação é evitar que estes corpos desloquem-se para o interior e, através da nasofaringe, venham a se alojar na via digestiva ou na aérea. O primeiro passo é ocluir as vias nasais, para evitar sua utilização durante a respiração.

Depois, se a pessoa for um adulto, deve-se pedir a ela para assoar o nariz na tentativa de que o ar consiga deslocar o objeto. Se for uma criança, deve-se tomar cuidado na utilização desta manobra, pois ela pode não por o ar para fora e sim para dentro agravando mais a situação.

Retirado ou não o corpo estranho, a pessoa deve ser encaminhada para o hospital para uma avaliação da extensão da lesão.

OBSERVAÇÃO

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------

- ✓ Nunca introduzir pinças ou qualquer outro objeto na cavidade nasal devido ao risco de empurrar o corpo estranho mais para o interior ou ferir a mucosa da mesma.

3.3 OUVIDO

Os ouvidos, assim como os olhos, são locais muito sensíveis e portanto passíveis de lesões capazes de levar a perda do sentido dos quais são veículo. Desta forma, prevenir o agravamento das lesões nesta área se faz muito importante.

Para realizar qualquer tipo de manobra de primeiros socorros, torna-se necessário, em primeiro lugar, conseguir reconhecer com qual tipo de corpo estranho se está lidando. Esta classificação começa diferenciando corpos estranhos fixos e móveis, sendo que os fixos resumem-se a todos objetos perfuro cortantes capazes de perfurar a região podem ser palitos de churrasco, facas e outros. Os móveis podem ser insetos, pequenos brinquedos, cereais e sementes. Nos casos de corpos fixos a remoção só deve ser feita a nível hospitalar, fazendo-se assim a sua fixação com curativos oclusivos e não compressivos. Esta fixação tem a finalidade de evitar a ampliação das lesões e o agravamento da situação.

Se for um inseto, a conduta indicada é a colocação de 3 ou 4 gotas de óleo (de preferência mineral) dentro do conduto auditivo. Este óleo imobilizará o inseto. Depois, deve-se retificar este conduto através de uma tração para trás, para cima e para fora, fazendo os movimentos típicos de quem tira água dos ouvidos (inclinando a cabeça para o lado afetado e pulando).

No caso de corpos estranhos inanimados a manobra indicada é lançar um pequeno jato de água na direção da parede posterior do conduto auditivo causando um turbilhonamento que deve ser capaz de fazer o corpo sair ou, ao menos, deslocá-lo facilitando a sua remoção. Se este corpo inanimado for uma semente intumesciente ou um cereal, ao invés de água - que proporcionará um aumento de volume do corpo - deve ser utilizado álcool, pois o mesmo fará a desidratação deste tipo de objeto, facilitando sua retirada.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



OBSERVAÇÃO:

Nunca introduzir pinças ou qualquer outro objeto no conduto auditivo devido ao risco de empurrar o corpo estranho para o interior ou agravar as lesões mesmo.

34.0 SONDAGEM NASOENTERAL

34.1 MATERIAIS

- ✓ Sonda Nasoenteral de poliuretano ou silicone, tamanhos 8 a 12 F.
- ✓ Luvas de procedimento.
- ✓ Mandril (fio guia).
- ✓ Gazes.
- ✓ Lubrificante hidrossolúvel (lidocaína gel 2%) ou água.
- ✓ Seringa 20 ml.
- ✓ Copo com água filtrada ou fervida.
- ✓ Estetoscópio.
- ✓ Fita indicadora de pH.
- ✓ Fita adesiva não alergênica.

34.2 PROCEDIMENTO

1. Explicar o procedimento ao paciente.
2. Reunir o material próximo do leito.
3. Medir o comprimento da sonda, a partir do lóbulo da orelha até a base do nariz e dessa até a parte inferior do apêndice xifóide, acrescentando mais 5 a 10 cm. Marcá-la com esparadrapo para visualizar o tamanho da sonda a ser introduzida.
4. Proteger o paciente com uma toalha.
5. Lavar as mãos e calçar luvas.
6. Retirar próteses dentárias, se necessário.
7. Posicionar o paciente em semi-fowler, mantendo a cabeça em posição de deglutição (fletida para frente), alinhada em relação ao tronco.
8. Testar as narinas e introduzir a sonda lubrificada na narina mais desobstruída.

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



9. Passar a sonda até a nasofaringe, dirigindo-a para baixo e para trás. Quando a sonda alcançar a orofaringe solicitar que o paciente inspire profundamente e degluta várias vezes e se necessário dar-lhe um gole d'água, para ajudar na progressão da sonda para o esôfago.
10. Não forçar a passagem da sonda caso esta apresente resistência.
11. A rotação suave pode ajudar.
12. Continuar a progressão da sonda até a marca definida.
13. Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia ou cianose.
14. Verificar se a sonda está no estômago, utilizando sempre os testes abaixo:
 - Solicitar ao paciente que fale, pois se a voz estiver alterada a sonda poderá estar localizada na traquéia.
 - Mergulhar a ponta externa da sonda na água e pedir para que o paciente expire. Se borbulhar a sonda pode estar no pulmão e deve ser retirada.
 - Adaptar uma seringa na ponta externa da sonda, insuflar ar (10 ml) e auscultar o estômago com estetoscópio. A entrada de ar no estômago provoca um ruído característico do tipo bolhas na água.
 - Aspirar com a seringa conectada no mandril, verificando o retorno de líquido gástrico e medir o pH (pH gástrico <5).
15. Retirar o mandril com cuidado (após lubrificação se necessário).
16. Verificar a posição da sonda, novamente, injetando ar em bolo.
17. Na ausência de ausculta ou de retorno, repassar a sonda.
18. Tapar a conexão da sonda.
19. Retirar as luvas.
20. Fixar a sonda e deixar o paciente confortável.
21. Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



22. Enrolado e identificado, para repassar a sonda se necessário;
23. Lavar as mãos.
24. Solicitar RX para certificar-se o posicionamento da sonda, sempre que necessário.
25. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
26. Registrar o procedimento no sistema de informação.
27. Manter a sala em ordem.

34.3 OBSERVAÇÕES

34.3.0 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 á distância medida para posição gástrica.
- Introduzir a sonda até o estômago.

- Retirar o mandril.
- Realizar os testes já descritos, inclusive de controle de pH.
- 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.

34.3.1 B. Infusão e Manutenção da sonda:

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



- Fazer higiene oral conforme prescrição de enfermagem.
- Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida com água, ou SF ou AGE.
- 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, desprezá-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, 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:
 - fenitoína, 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

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



-
-
-
-
- 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).
- Quando o acesso pós-pilórico for necessário, recomenda-se o controle de pH do líquido aspirado uma vez ao dia (pH duodenal = 6 a 8).
- A passagem transpilórica espontânea da sonda ocorre em poucos pacientes e, mesmo tendo migrado, a extremidade distal pode retornar ao estômago.

35.0 SONDAGEM NASOGÁSTRICA

35.1 MATERIAIS

- ✓ Sondas nasogástricas.
- ✓ Lubrificante hidrossolúvel.
- ✓ Aspirador, quando prescrito.
- ✓ Toalha, lenço de papel.
- ✓ Cuba rim.
- ✓ Copo de água.
- ✓ Esparadrapo hipoalergênico.

35.2 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.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



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 geléia.
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 pode se confirmar o posicionamento da sonda aspirando-se o conteúdo gástrico.
14. Fixar a sonda no nariz ou maxilar do paciente.
15. Retirar as luvas.
16. Lavar as mãos.
17. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
18. Registrar o procedimento em planilha de produção.
19. Manter a sala em ordem.

Elaborado por: EnFª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



36.0 TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA

36.1 MATERIAIS

- ✓ Luvas de procedimento
- ✓ Bolsa indicada ao paciente.
- ✓ Placa
- ✓ Compressas de gaze ou papel higiênico.

36.2 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).

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



MUNICÍPIO DE CATANDUVAS

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.
15. Lave as mãos.
16. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
17. Registrar o procedimento em planilha de produção.
18. 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.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------

37.0 ABCDE DO TRAUMA

A avaliação inicial deve identificar lesões que comprometem a vida do paciente e, simultaneamente, estabelecer condutas para a estabilização das condições vitais e tratamento destas anormalidades. A avaliação segue uma ordem de prioridades e são as mesmas para a criança, adulto, gestantes e idosos. Este processo se constitui no ABCDE do atendimento ao traumatizado :

A – (Airway) – Vias aéreas e controle da coluna cervical;

B – (Breathing) – Respiração e Ventilação;

C – (Circulation) – Circulação com controle de hemorragia;

D – (Disability) – Exame neurológico sumário;

E – (Exposure) – Exposição com controle da hipotermia.

A avaliação de cada item implica em diagnosticar alterações e tomar decisões concomitante antes de se proceder o passo seguinte.

37.1 A – VIAS AÉREAS COM CONTROLE DA COLUNA CERVICAL

A avaliação das vias aéreas e as condutas que garantem a sua permeabilização é prioritária no trauma.

Principais causas de obstrução de vias aéreas:

Queda da língua em pacientes inconscientes.

Presença de corpos estranhos, sangue e restos alimentares.

Fraturas de face.

Traumas cervicais – ruptura da laringe e traqueia.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



A maneira mais simples de diagnosticar problema com as vias aéreas é através da resposta verbal da vítima, pois estando esta respondendo evidencia-se a permeabilidade das vias. Sinais como agitação, cianose ou respiração ruidosa podem significar obstrução das vias aéreas.

Outra questão importante neste item refere-se a colocação do colar cervical na vítima pois o poli traumatizado até provem o contrário é portador de lesões de coluna cervical

37.2 B – RESPIRAÇÃO E VENTILAÇÃO

A primeira etapa do atendimento inicial já discutido apenas garante ao paciente a permeabilidade de suas vias aéreas mas isto não significa que este esteja com ventilação adequada. Sendo assim torna-se fundamental a avaliação das condições ventilatórias do paciente.

A ventilação pode estar prejudicada tanto por obstrução das vias aéreas, como por alterações da mecânica ventilatória ou por depressão do sistema nervoso central.

Formas de diagnosticar problemas de ventilação

Observe as incursões torácicas procurando movimentos simétricos de inspiração e expiração. A assimetria sugere fraturas ou tórax flácido;

Ausculte ambos os hemitórax. Murmúrio vesicular diminuído ou ausente deve alertar para a possibilidade de existir lesão torácica

Frequência respiratória elevada pode indicar falta ar.

Oxímetro de pulso pode ser um bom aliado apesar de não garantir que a ventilação seja adequada.

Após o diagnóstico de problemas ventilatórios no paciente medidas corretivas devem ser imediatamente tomadas.

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



37.3 C – CIRCULAÇÃO COM CONTROLE DE HEMORRAGIA

A hipovolemia com conseqüente choque hemorrágico é a principal causa de morte nas primeiras horas após o trauma. Hipotensão arterial em vítimas de trauma deve ser sempre considerada como conseqüência de hipovolemia. Alguns parâmetros são de fundamental importância na avaliação inicial e determinação da hipovolemia

Nível de consciência

Coloração da pele

Frequência e amplitude de pulso

Perfusão periférica – enchimento capilar menor que 2 segundos é sinal de hipovolemia;

Pressão arterial

Pressão de pulso

Sudorese

Tão importante quanto o diagnóstico do choque hipovolêmico é a determinação do ponto de sangramento. Após a localização da hemorragia medidas de contenção devem ser tomadas a fim de evitar lesões irreversíveis no paciente até seu óbito

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



37.4 D – EXAME NEUROLÓGICO

Uma rápida avaliação do estado neurológico deve determinar o nível de consciência e a reatividade pupilar do traumatizado. O rebaixamento do nível de consciência é indicativo de diminuição da oxigenação, lesão direta do encéfalo ou uso de drogas e/ou álcool. Na avaliação inicial, utiliza-se o método AVDI

A – Alerta

V – Resposta ao estímulo verbal

D – Responde ao estímulo doloroso

I – Irresponsivo aos estímulos

Inconsciência, resposta motora lateralizada, alteração da função pupilar, estão, frequentemente, relacionadas ao aumento da pressão intracraniana e implicam na necessidade de canulação da via aérea e hiperventilação

O exame neurológico mais detalhado do paciente deve ser realizado posteriormente e o mesmo deve ser classificado de acordo com a Escala de Coma de Glasgow que irá melhor definir qual o estado neurológico do paciente.

37.5 E – EXPOSIÇÃO DO PACIENTE COM CONTROLE DA HIPOTERMIA

O paciente traumatizado deve ser completamente despido para facilitar o exame completo e a determinação de lesões que podem comprometer a sua vida. Para se evitar movimentos e eventual mobilização de fraturas ou luxações, as vestes devem ser cortadas antes da remoção

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



A proteção do paciente contra hipotermia é de suma importância, pois cerca de 43% dos pacientes desenvolvem este tipo de alteração durante a fase de atendimento inicial. A hipotermia exerce efeitos deletérios sobre o organismo do traumatizado portanto, deve ser protegido contra o frio através de cobertores aquecidos e infusão de líquidos também aquecidos

38.0 ESCALA DE COMA DE GLASGOW

A escala compreende três testes: respostas de abertura ocular, fala e capacidade motora. Os três valores separadamente, assim como sua soma, são considerados.

<i>Escala de Coma de Glasgow</i>	Escore
Melhor Resposta de Abertura dos Olhos	
Espontânea	4
Ao estímulo verbal	3
Ao estímulo doloroso	2
Ausente	1
Melhor Resposta Verbal	
Consciente e orientado	5
Confuso	4
Palavras desconexas	3
Sons	2
Ausente	1
Melhor Resposta Motora	
Obedece aos comandos	6
Localiza estímulos dolorosos	5
Retira estímulos dolorosos	4
Reage com flexão anormal (decorticação)	3
Reage com extensão anormal (descerebração)	2
Sem resposta motora	1

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



38.1 ABERTURA OCULAR (AO)

Existem quatro níveis(somatoria das respotas):

4 - Olhos se abrem espontaneamente;

3 - Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida; se assim for, marque 4, se não, 3.);

2 - Olhos se abrem por estímulo doloroso;

1 - Olhos não se abrem.

38.2 MELHOR RESPOSTA VERBAL (MRV)

Existem 5 níveis:

5 - Orientado. (O paciente responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome e idade, onde está e porquê, a data etc);

4 - Confuso. (O paciente responde às perguntas coerentemente mas há alguma desorientação e confusão);

3 - Palavras inapropriadas. (Fala aleatória, mas sem troca conversacional);

2 - Sons ininteligíveis. (Gemendo, sem articular palavras);

1 - Ausente.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



38.3 MELHOR RESPOSTA MOTORA (MRM)

Existem 6 níveis:

6 - Obedece ordens verbais. (O paciente faz coisas simples quando lhe é ordenado.);

5 - Localiza estímulo doloroso;

4 - Retirada inespecífica à dor;

3 - Padrão flexor à dor. (decorticação);

2 - Padrão extensor à dor. (descerebração);

1 - Sem resposta motora.

38.4 INTERPRETAÇÃO

- Pontuação total: de 3 a 15
 - ✓ 3 - Coma profundo; (85% de probabilidade de morte; estado vegetativo)
 - ✓ 4 - Coma profundo;
 - ✓ 7 - Coma intermediário;
 - ✓ 11 - Coma superficial;
 - ✓ 15 - Normalidade.

- Classificação do Trauma cranioencefálico (ATLS, 2005)
 - ✓ 3-8 - Grave; (necessidade de intubação imediata)
 - ✓ 9-12 - Moderado;
 - ✓ 13-15 - Leve.

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



38.5 ESCALA PEDIATRICA

- Melhor resposta motora:

1. Nenhuma resposta.
2. Extensão(descerebração).
3. Flexão(decorticação).
4. Se afasta da dor.
5. Localiza a dor.
6. Obedece aos comandos.

- Melhor resposta verbal:

1. Nenhuma resposta.
2. Inquieto, inconsolável.
3. Gemente.
4. Choro consolável, interação adequada.
5. Sorri, orientado pelo som acompanhando objetos, ocorre interação.

- Ocular:

1. Nenhuma.
2. Com a dor. (ex. leve beliscão)
3. Com a fala.
4. Espontâneo.

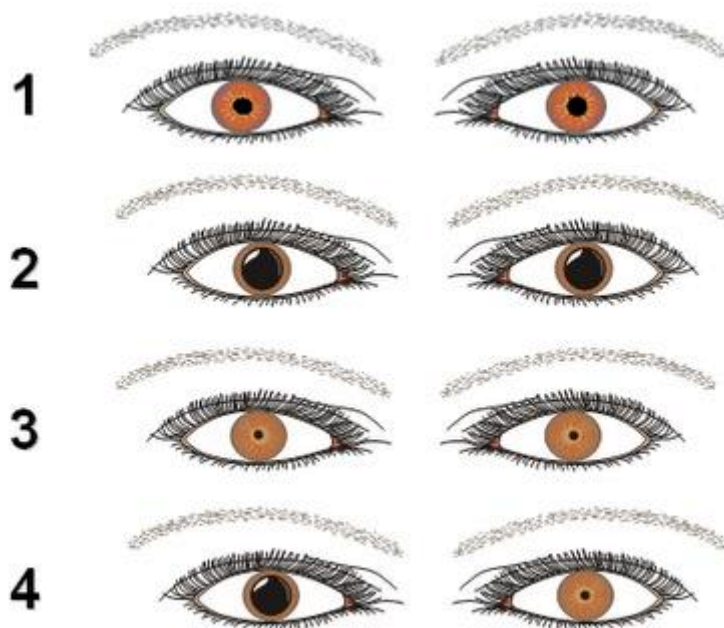
Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------

38.6 OBSERVAÇÃO DAS PUPILAS



MUNICÍPIO DE

IS



38.7 REFERENCIAS:

1. Normais – Isocóricas (Pupilas iguais)
2. Dilatadas – Midriáse
3. Contraídas – Miose
4. Assimétricas – Anisocóricas

Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------

39.0 PLANO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ARTIGOS E SUPERFÍCIES



MUNICÍPIO DE
CATANDUVAS

MATERIAL	PLANO	PERÍODO
Almotolias	Lavagem e desinfecção Rotular com data e validade	Semanal
Ambú	Lavagem, desinfecção e embalar. Rotular com data e validade	Após uso ou quinzenalmente
Aspiradores	Lavar com água e sabão, friccionar com álcool 70%	Diariamente
Armários	Lavar com água e sabão	Externo: diariamente Interno: quinzenal
Balcão e bancadas	Lavar com água e sabão, friccionar com álcool 70%	Diariamente ou quando necessário
Cânula de entubação endotraqueal	Limpeza e desinfecção, embalar, rotular com data e validade, esterilizar.	Após uso ou semanalmente
Cateter nasal de oxigenioterapia	Trocar	24 horas
Comadre e papagaio	Limpeza e desinfecção, embalar, rotular com data e validade.	Após uso ou quinzenalmente
Dispensador de sabonetes	Limpeza com água e sabão	Externo: diariamente interno: Sempre ao término do sabão ou quinzenal
Escadinha	Limpeza com água e sabão	Diariamente
Esignomanômetro	Encaminhar o tecido para a lavanderia	Após contaminação ou quinzenalmente
Estetoscópio	Limpeza e desinfecção com álcool 70%	Após o uso ou diariamente
Garrotes	Limpeza e desinfecção com álcool 70%	Após o uso ou diariamente

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------

Gazes, chumaço, tampão.	Embalar, rotular com data e validade, esterilizar.	Semanalmente
Cubas e bacias metálicas	Limpeza e desinfecção, embalar, rotular com data e validade, esterilizar.	Após uso ou semanalmente
Macas	Lavar com água e sabão, friccionar com álcool 70%	Após uso ou diariamente
Mascara de inalação	Limpeza e desinfecção, embalar, rotular com data e validade.	Após uso ou quinzenalmente
Monitores	Limpeza com água e sabão	Diariamente
Materiais de sutura e curativos	Limpeza e desinfecção, embalar, rotular com data e validade. Esterilizar	Após uso ou semanalmente
Prolongamentos	Limpeza e desinfecção, embalar, rotular com data e validade.	Após uso ou quinzenalmente
Sonda NE	Tocar e desprezar	6 meses
Sonda NG	Tocar e desprezar	7 dias
Sonda vesical de demora	Tocar e desprezar	30 dias ou S/N
Suportes para soro	Lavar com água e sabão, friccionar com álcool 70%	Diariamente
Termômetro	Friccionar com álcool 70%	A cada uso
Porta papel toalha	Limpeza com água e sabão	Externo: diariamente interno: Sempre ao término do papel
Umidificador de oxigênio	Limpeza e desinfecção, embalar, rotular com data e validade.	Após uso ou quinzenalmente



Elaborado por: Enf ^a Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------



40.0 REFERENCIAS

MOZACHI, Nelson. *O Hospital: manual do ambiente hospitalar*. 2ª ed. Curitiba. Editora Manual Real, 2005.

SMELTZER, S.C.; BAREE, B.G. Brunner & Suddarth, *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. 10. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G., Brunner/ Suddarth *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, Guanabara Koogan 7ª ed.

<http://enfermagemesucri2009.blogspot.com.br>

<http://portalsaude.saude.gov.br>

<http://www.ebah.com.br>

<http://www.soenfermagem.net>

Elaborado por: Enfª Marineuza Pessoli Coren: 210655	Aprovado por: Ademar L. Burckhardt Secretario de Saúde	Revisado:	Revisado em :	Revisado em:
---	--	-----------	---------------	--------------