



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
**Secretaria Municipal de Saúde**



**Secretaria Municipal de Saúde Rio Bonito do Iguaçu-PR**

**Protocolos Operacional Padrão da Enfermagem- POP**

**RIO BONITO DO IGUAÇU/2023**

Av. Dr. Carmosino Vieira Branco, nº 14 - Centro - CEP 85.340-000 - Rio Bonito do Iguaçu - PR  
Telefone (42) 3653-1530 - e-mail: saúde@riobonito.pr.gov.br - CNPJ 09.271.457/0001-05



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
**Secretaria Municipal de Saúde**



**Sezar Augusto Bovino**  
Prefeito Municipal

**Elisabete Silvestre de Oliveira**  
Secretaria Municipal de Saúde

**Flavio Barbosa**  
Presidente do conselho Municipal de Saúde

## SUMÁRIO

1-EQUIPAMENTOS.....	03
2-MEDICAMENTOS.....	05
3-LAVAGEM DAS MÃOS.....	06
4-DEGERMAÇÃO DAS MÃOS .....	09
5-CALÇAR E DESCALÇAR LUVAS.....	11
6-NORMAS BÁSICAS DE HIGIENE PARA EQUIPE.....	15
7-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ORAL.....	16
8- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INALATÓRIA.....	21
9- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA TÓPICA.....	27
10- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INTRADÉRMICA.....	30
11- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INTRAMUSCULAR.....	35
12-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSA.....	40
13-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS OFTALMOLÓGICO.....	56
14-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL.....	63
15-LAVAGEM INTESTINAL.....	67
16-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA VAGINAL.....	70
17- INSERÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA.....	75
18- INSERÇÃO DE SONDA NASOENTERICA.....	83
19- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SNG E SNE.....	89
20- MANUTENÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL.....	95
21-ALIMENTAÇÃO ENTERAL.....	100
22-CATETERES.....	104
23- CARDIOVERSÃO.....	108
24-ASPIRAÇÃO TRAQUEAL.....	110
25- CUIDADOS TRAQUEOSTOMIA.....	113
26- PUNÇÃO ARTERIAL.....	116
27-INALAÇÃO.....	119
28- GLICOTESTE.....	121
29- RETIRADA DE PONTOS.....	123
30-IMOBILIZAÇÃO.....	125
31- MONITORIZAÇÃO DE OXIMETRIA.....	127
32- CURATIVOS\ FERIDAS.....	136
33-LIMPEZA.....	153



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
**Secretaria Municipal de Saúde**



**Instrução de trabalho: EQUIPAMENTOS**

<b>REALIZAÇÃO:</b> CARINA VALLE	<b>APROVAÇÃO:</b>	<b>DATA</b> <b>APROVAÇÃO</b> 20/11/2023	<b>DA</b>	<b>PÁGINA:</b> 03
<b>VALIDADE :</b> 02 ANOS	<i>duo Xobris.</i>			<b>REVISÃO:</b> 01

**Materiais e Equipamentos**

Alguns materiais e equipamentos devem, necessariamente, fazer parte do arsenal de qualquer unidade como: Estetoscópio adulto/infantil, esfigmomanômetro adulto/infantil, otoscópio com espéculos adulto/infantil, oftalmoscópio, espelho laríngeo, bolsa autoinflável (ambú) adulto/infantil, desfibrilador com marca-passo externo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, eletrocardiógrafo, glicosímetro, aspirador de secreção, bomba de infusão com bateria e equipo universal, cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases ou torpedo de O<sup>2</sup> (de acordo com o porte da unidade), maca com rodas e grades, respirador mecânico adulto/infantil, foco cirúrgico portátil, foco cirúrgico com bateria, negatoscópios nos consultórios, serra de gesso, máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos, cateteres de aspiração, adaptadores para cânulas, cateteres nasais, sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos, luvas de procedimentos, máscara para ressuscitador adulto/infantil, ressuscitadores infantil e adulto com reservatório, cadarços para fixação de cânula, laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas, cânulas orofaríngeas adulto/infantil, jogos de pinças de retirada de corpos estranhos de nariz, ouvido e garganta, fios cirúrgicos, fios-guia para intubação, pinça de Magyll, bisturi (cabo e lâmina), material para cricotiroidostomia, drenos para tórax, pacotes de gaze estéril, pacote de compressa estéril, esparadrapo, material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas e plásticas, agulhas especiais para punção óssea, garrote, equipo de macro e micro gotas, cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil, tesoura, seringas de vários tamanhos, torneiras de 3 vias, frascos de solução salina, caixa

completa de pequena cirurgia, frascos de drenagem de tórax, extensões para drenos torácicos, sondas vesicais, coletores de urina, espátulas de madeira, sondas nasogástricas, eletrodos descartáveis, equipamentos de proteção individual para equipe de atendimento, cobertor para conservação do calor do corpo, travesseiros e lençóis, pacote de roupas para pequena cirurgia, conjunto de colares cervicais (tamanho P, M e G), prancha longa para imobilização da vítima em caso de trauma, prancha curta para massagem cardíaca, gerador de energia elétrica compatível com o consumo da unidade, sistema de telefonia e de comunicação.



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
**Secretaria Municipal de Saúde**



**Instrução de trabalho: MEDICAMENTOS**

<b>REALIZAÇÃO:</b> CARINA VALLE	<b>APROVAÇÃO:</b>	<b>DATA</b> <b>APROVAÇÃO</b> 20/11/2023	<b>DA</b>	<b>PÁGINA:</b> 05
<b>VALIDADE</b> 02 ANOS	<i>duo Xorres</i>			<b>REVISÃO:</b> 01

**Medicamentos**

Abaixo a lista de medicamentos que devem estar disponíveis na unidade de urgência, contemplando medicamentos usados na primeira abordagem dos pacientes sintomáticos, antibióticos e anticonvulsivantes, uma vez que alguns pacientes poderão permanecer nestas unidades por um período ou, excepcionalmente, por mais tempo se houver dificuldade para internação hospitalar: Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Amiodarona, Amitriptilina, Ampicilina, Atropina, Bicarbonato de sódio, Biperideno, Brometo de Ipratrópio, Bupivacaína, Captopril, Carbamazepina, Carvão ativado, Cefalexina, Cefalotina, Cetoprofeno, Clister Glicerinado, Clordiazepóxido, Cloridrato de Clonidina, Cloridrato de Hidralazina, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Clorpromazina, Clorafenicol, Codeína, Complexo B injetável, Deslanosídeo, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de sódio, Digoxina, Dipirona, Enalapril, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Fenoterol Bromidrato, Flumazenil, Furosemida, Gentamicina, Glicose isotônica, Glicose hipertônica, Gluconato de Cálcio, Haloperidol, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbida, Lidocaína, Manitol, Meperidina, Metildopa, Metilergometrina, Metilprednisolona, Metoclopramida, Metoprolol, Midazolam, Nifedipina, Nistatina, Nitroprussiato de sódio, Óleo mineral, Omeprazol, Oxacilina, Paracetamol, Penicilina, Prometazina, Propranolol, Ranitidina, Ringer Lactato, Sais parareidratação oral, Salbutamol, Soro glicofisiológico, Soro Fisiológico, Soro Glicosado, Sulfadiazina prata, Sulfametoxazol + trimetoprim, Sulfato de magnésio, Tiamina (Vit. B1), Tramadol, Tobramicina Colírio, Verapamil, Vitamina K.



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



**Instrução de trabalho: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

<b>REALIZAÇÃO:</b> CARINA VALLE	<b>APROVAÇÃO:</b>	<b>DATA</b> APROVAÇÃO 20/11/2023	<b>DA</b>	<b>PÁGINA:</b> 06
<b>VALIDADE</b> 02 ANOS	<i>duo Loren</i>			<b>REVISÃO:</b> 01

***Técnicas para Higienização das mãos.***

**Objetivos**

Reduzir a transmissão de microrganismos patogênicos

**Justificativa**

A transmissão de microrganismos associados a assistências a saúde, de um paciente para o outro, geralmente ocorre por meio das mãos dos profissionais da área de saúde, sendo esse um veículo de suma importância para o aparecimento das infecções cruzadas dentro do ambiente hospitalar.

**Competências**

Médicos;

Enfermeiros;

Técnico/Auxiliar de enfermagem;

**Quando aplicar**

Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com material proteináceo ou visivelmente sujas com sangue ou com fluídos corporais;

Se as mãos estiverem visivelmente sujas, use preparo alcoólico para descontaminação rotineira em todas as outras situações;

Antes de ter contato direto com pacientes;

Antes de calçar luvas estéreis para a inserção de cateter vascular central;

Antes de inserir cateter urinário de demora, cateteres vasculares periféricos ou outros dispositivos invasivos que não requeiram procedimentos cirúrgicos;

Após contato com a pele intacta do paciente;

Após o contato com fluidos corporais ou excreções, membranas, mucosas, pele não intacta e curativos de feridas;

Ao mudar de um sítio para corporal contaminando para outro limpo, durante cuidados ao paciente;

Após contato com objetos inanimados na proximidade imediata do paciente;

Após remover luvas;

Antes de comer ou após usar o toalete;

### **Material necessário**

Água;

Pias;

Dispensadores de sabão líquido e antissépticos;

Porta-papel toalha e papel toalha;

Produtos químicos indicados (sabão comum, antissépticos, álcoois, compostos de iodo, clorhexidina, trilosan);

Lixeira com pedal;

### **Método**

#### *Descrição do procedimento*

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO</b>
Manter as unhas curtas e limpas;	Fontes de infecção;
1. Remover adornos e empurrar as mangas dos aventais;	Além de perigosos os adornos são infectantes;
2. Ficar em posição confortável, sem tocar a pia;	Para realização bem sucedida a lavagem de mãos e sem molhar-se;
3. Abrir a torneira, molhar as mãos;	Para o procedimento;
4. Aplicar a quantidade de sabão (aproximadamente 2 ml de sabão líquido);	Para tirar a sujidade;
5. Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos, palma contra palma;	Higienização das mãos;

<p>a) Palma direita sobre o dorso esquerdo;</p> <p>b) Palma esquerda sobre o dorso direito;</p> <p>c) Palma contra os dedos entrelaçados;</p> <p>d) Parte posterior com os dedos em posição á palma;</p> <p>e) Rotação dos polegares direito e esquerdo, movimento de rotação e frente/trás dos dedos sobre as palmas, friccionar punhos e antebraços, se necessário;</p>	
<p>6. Enxaguar as mãos, retirando totalmente espuma e resíduos de sabão;</p> <p>7. Utilizar papel toalha para fechar a torneira, caso o acionamento não seja automático.</p>	<p>Para não ficar com resíduos;</p> <p>Para não haver o risco de contaminação;</p>



**Município de Rio Bonito do Iguazu**  
Estado do Paraná  
**Secretaria Municipal de Saúde**



**Instrução de trabalho: DEGERMAÇÃO DAS MÃOS**

<b>REALIZAÇÃO:</b> CARINA VALLE	<b>APROVAÇÃO:</b>	<b>DATA</b> APROVAÇÃO 20/11/2023	<b>DA</b>	<b>PÁGINA:</b> 09
<b>VALIDADE:</b> 02 ANOS	<i>duo Korie</i>			<b>REVISÃO:</b> 01

**DEGERMAÇÃO DAS MÃOS**

A degermação das mãos é uma conduta de baixo custo e extremamente relevante no contexto da prevenção da infecção hospitalar. É preciso, pois, que os profissionais de saúde sejam alertados e conscientizados sobre a necessidade da adesão aos corretos métodos para essa prática, uma vez que a flora (residente e mais frequentemente, transitória) pode ser causadora de contaminação e infecção hospitalar.

O procedimento do preparo cirúrgico das mãos consiste em:

- a. Abra a torneira, sem utilizar as mãos, molhando as mãos, antebraços e cotovelo;
- b. Coloque a solução detergente antisséptica e espalhe-a nas mãos e antebraços;
- c. Pegue uma escova esterilizada e escove as unhas, dedos, mãos e antebraços, nesta ordem, sem retorno, por cinco minutos, mantendo as mãos em altura superior aos cotovelos;
- d. Use para as mãos e antebraços o lado da escova não utilizado para as unhas (no caso da escova ter só um lado, use duas escovas);
- e. Detenha-se, particularmente, nos sulcos, pregas e espaços interdigitais, articulações e extremidades dos dedos, com movimentos de fricção;
- f. Enxágue os dedos, depois as mãos, deixando que a água caia por último nos antebraços que devem estar afastados do tronco, de forma que a água

escorra para os cotovelos, procurando manter as mãos em plano mais elevado;

- g. Enxugue as mãos com compressas estéreis, que devem vir dobradas em quatro partes, enxugando-se primeiro uma das mãos e, com o outro lado enxuga-se a outra. Colocam-se estes lados um de encontro ao outro, de forma a se obter outros dois lados estéreis. Enxuga-se um antebraço. Vira-se a compressa na sua face interna e enxuga-se o outro antebraço, desprezando a compressas;
- h. Aplique a solução alcoólica do antisséptico utilizado, deixando-a secar antes de calçar as luvas. Essa luva química pode ser dispensável. Caso o profissional tenha alergia ao iodo, substitua o PVP-I pelo gluconato de clorhexidina. Não use álcool após o uso dessas soluções, pois o efeito residual obtido com elas será anulado.



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
**Secretaria Municipal de Saúde**



**Instrução de trabalho: CALÇAR E DESCALÇAR LUVAS ESTEREIS**

REALIZAÇÃO: CARINA VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 11
VALIDADE: 02 ANOS	<i>duo Xorris</i>			REVISÃO: 01

### **Luvras Estéreis**

#### ***Técnicas para calçar e descalçar luvas estéreis.***

#### **Objetivos**

Proteger o profissional e também o paciente de contaminação por bactérias e micro-organismos.

#### **Justificativa**

O procedimento é indicado para evitar os riscos de contaminação.

#### **Competências**

Competem a utilização médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

#### **Quando aplicar**

As luvas estéreis devem ser utilizadas em procedimentos assépticos. Existem vários procedimentos que exigem a utilização de luvas estéreis, entre eles os procedimentos cirúrgicos, aspiração endotraqueal, curativos extensos que se tornam difíceis realizar somente com o material de curativo. Resumindo, em qualquer ocasião que for necessário o auxílio manual em locais estéreis ou em lesões, usa-se as luvas esterilizadas.

Podem ser encontradas nos tamanhos P, M ou G, ou até mesmo em tamanhos numeradas como 6.0, 6.5, 7.0 até 9.0. E pode variar de acordo com o fabricante

## Material necessário

Pacote de luvas esterilizadas do tamanho adequado.

Superfície plana que facilite o procedimento

## Método

*Descrição do Procedimento;*

PROCEDIMENTO	FUNDAMENTAÇÃO
01. Realizar a lavagem completa das mãos	Remover as bactérias das superfícies cutâneas e reduz a transmissão de infecção
02. Remover a embalagem das luvas, tocando apenas a face externa do invólucro separando e afastando cuidadosamente para os lados	Evitar que a embalagem interna das luvas seja aberta acidentalmente ou toque em objetos contaminados
03. Segurar a embalagem interna e colocá-la sobre uma superfície plana e limpa, acima da linha da cintura. Abrir a embalagem, mantendo as luvas sobre a superfície interna da embalagem.	O objeto estéril seguro abaixo da cintura encontra-se contaminado. A superfície interna da embalagem da luva estéril.
04. Se as luvas não receberam talco anteriormente, pegar um pouco de talco e aplicar ligeiramente nas mãos sobre a pia ou cesto de lixo.	O talco permite que as luvas deslizem facilmente, porém alguns profissionais evitam a utilização de talco para não promover ao crescimento de micro-organismos
05. Identificar as luvas direita e esquerda, cada qual possui um punho de aproximadamente 5 cm de largura. Enluvar primeiramente a mão dominante.	A identificação adequada das luvas impede a contaminação por adaptação imprópria. Enluvar a mão dominante primeiro promova a destreza.
06. Com o polegar e os dois primeiros dedos da mão não-dominante, pinça a borda da luva para a mão dominante. Tocar apenas na superfície interna da luva.	A borda interna do punho fica contra a pele e, desta forma, não é estéril.

07. Puxar cuidadosamente a luva sobre a mão dominante, deixando o punho e certificando-se de que o punho não enrola sobre o pulso. Certificar-se de que o polegar e os dedos estão nos espaços adequados.	Quando a superfície externa da luva toca a mão ou pulso ela se torna contaminada.
08. Com a mão dominante enluvada, deslizar os dedos por baixo do punho da segunda luva.	O punho protege os dedos enluvados. Estéril tocando estéril evita a contaminação da luva.
09. Puxar cuidadosamente a segunda luva sobre a mão não-dominante. Não permitir que os dedos e o polegar da mão dominante enluvada toquem em qualquer parte da mão não-dominante abduzindo para trás.	O contato da mão enluvada com a mão exposta resulta em contaminação.
10. Depois que a segunda mão estiver calçada, entrelaçar as mãos. Os punhos geralmente se desdobram depois da aplicação. Certificando se de tocar apenas nos lados estéreis.	Assegura a adaptação suave sobre os dedos.

## Método

### Orientação para a remoção das luvas

PROCEDIMENTO	FUNDAMENTAÇÃO
01. Agarre uma das luvas na extremidade superior pelo lado externo na região do punho.	Manter uma barreira entre superfícies contaminadas.
02. Estique e puxe a extremidade superior da luva para baixo, enquanto a inverte durante a remoção.	Manter isolada a superfície suja, interferindo assim em uma potencial via de saída.
03. Insira os dedos da mão sem luva dentro da extremidade interna da luva ainda vestida.	Propiciar contato direto com a superfície mais limpa da luva.
04. Puxe a segunda luva de dentro para fora enquanto encapsula a primeira luva na palma da mão. Descarte-as no lixo.	Limitar o reservatório de microorganismos.
05. Lave imediatamente as mãos após a retirada das luvas.	Reduz a transmissão de microrganismos

Observação: utilizado também na central de material esterilizados o avental, gorro, máscara e óculos.



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



Instrução de trabalho: **NORMAS BASICAS DE HIGIENE PARA EQUIPE.**

REALIZAÇÃO: CARINA VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 15
VALIDADE: 02 ANOS	<i>duo Torres</i>			REVISÃO: 01

EXECUTANTE: **Enfermeiro, Técnico, Auxiliar e demais profissionais**

RESULTADOS ESPERADOS (objetivos da atividade)

- Diminuir o risco de transmissão de infecções dos funcionários para os pacientes.

MATERIAIS NECESSÁRIOS E PREPARAÇÃO

- Nenhum

EXECUÇÃO DA ATIVIDADE

- Lavar as mãos antes e após a realização de qualquer procedimento de cuidado ao paciente.
- Utilizar uniforme próprio.
- Retirar durante o período de trabalho as joias e relógio utilizados nas mãos e nos punhos.
- Manter as unhas curtas, limpas e sem esmalte colorido.
- Prender os cabelos compridos.
- Utilizar somente o banheiro destinado para os profissionais da área de saúde.
- Lavar as mãos antes e após ir ao banheiro.

CUIDADOS ESPECIAIS

- Em Sala Cirúrgica utilizar roupa apropriada e individualmente para cada paciente, deixando-o protegido.



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



**Instrução de trabalho: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL**

REALIZAÇÃO: CARINA VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 16
VALIDADE: 02 ANOS	<i>Guo Xorvis</i>			REVISÃO: 01

### **MEDICAÇÃO POR VIA ORAL**

#### **Objetivo:**

- Garantir segurança do paciente na administração de medicamentos por via oral.
- Padronizar os procedimentos de administração do medicamento.
- Contribuir com organização do procedimento.
- Facilitar a compreensão da família sobre a terapia.

#### **Justificativa:**

A via oral é umas das vias mais utilizadas, por ser de fácil administração, é um procedimento não invasivo e seguro. Não produz dor ao paciente e é mais barata comparada com as outras vias de administração.

#### **Competência:**

- Médico, prescreve diariamente a dose, a via e o horário;
- Enfermeiro supervisiona e administra de maneira atenta e responsável;
- Técnico/ Auxiliar de enfermagem, prepara e administra o medicamento, respeitando sempre o protocolo;

#### **Quando aplicar:**

- Quando prescrito pelo médico;

#### **Material necessário:**

- Balcão para preparo do medicamento limpo e desinfetado;
- Luvas;
- Máscara;
- Bandeja limpa e desinfetada;
- Copo plástico;
- Caneta;
- Medicação prescrita;
- Fita adesiva para fazer a etiqueta, contendo os cinco certos;
  - Paciente certo.
  - Medicamento certo.
  - Dose certa.
  - Via de administração certa.
  - Horário certo.

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO</b>
1. Lavar as mãos.	1. Evita transmissão de microrganismos.
2. Avaliar qualquer contra indicação que impeçam o paciente receber a medicação por essa via.	2. Para que tenha uma boa absorção.
3. Ler a prescrição e selecionar os medicamentos.	3. Para que não haja erro durante o procedimento.
4. Preparar a etiqueta na fita adesiva com os cinco certos.	4. Para que não ocorram erros, com a administração de um medicamento em outro paciente.
5. Lavar as mãos na técnica correta.	5. A lavagem correta das mãos diminui a quantidade de microrganismos existentes nelas.
6. Calçar a máscara e as luvas.	6. Evitam o contato com a mucosa e que caíam algumas gotículas de saliva.
7. Preparar um medicamento por vez.	7. Isso evita erros na hora da preparação.
8. Abrir a embalagem e colocar o medicamento no copo plástico.	8. É feito isso para que não contaminação.

9. Os comprimidos ou cápsula podem ser colocados no mesmo copo, com exceção daqueles que exijam uma avaliação prévia a medicação.	9. Facilita ao paciente tomar a medicação
10. Explicar o procedimento a ser feito ao paciente.	10. Para que o mesmo colabore, e ajuda a aliviar sua ansiedade.
11. Se o paciente tiver dificuldade de deglutição, moer os comprimidos e misturar com líquido até dissolver bem.	11. Para pacientes com dificuldades de engolir isso facilita, e para pacientes que tomam muitos comprimidos diariamente.
12. Preparação de medicamentos líquidos	
13. Remover a tampa do frasco e coloca-la do lado, virada para cima.	13. Evita a contaminação da tampa.
14. Segurar o frasco com o rótulo virado para a palma da sua mão, enquanto despeja o conteúdo.	14. O líquido pode escorrer, e isso não manchará o rótulo.
15. Segurar o copo de medicação nivelado, na altura dos olhos, encher até o nível que está prescrito.	15. Para realizar a administração certa, sem passar da dosagem pedida.
16. Desprezar o excesso de líquido na pia. Limpar a boca do frasco com papel toalha.	16. Para organização do posto de enfermagem.
17. Quando preparar narcóticos, verificar o registro de narcóticos para a contagem anterior de medicamentos e comparar com o suprimento disponível, preencher as informações necessárias do formulário e assinar.	17. Para não administrar o medicamento errado, sempre comparar com as doses anteriores. As leis de substâncias controladas exigem a cuidadosa monitoração dos narcóticos fornecidos.
18. Devolver os medicamentos no estoque ou nas unidades/dose não usadas na prateleira ou gaveta e ler novamente o rótulo.	18. Para manter o controle dos medicamentos.

19. Colocar os medicamentos na bandeja limpa e desinfetada, com a etiqueta.	19. Para não misturar os medicamentos.
20. Não deixar medicamentos largados em cima do balcão.	20. Para que haja organização no posto de enfermagem.
21. Identificar o paciente, pedindo que ele fale o seu nome.	21. Para não trocar medicamentos dos pacientes.
22. Explicar o propósito de cada medicação ao paciente, e permitir que ele lhe faça alguma pergunta sobre o medicamento.	22. Para que ele saiba o que está sendo administrado, e para que não tenha nenhuma dúvida sobre o medicamento.
23. Ajudar o paciente a sentar-se ou deitar de lado com a cabeça elevada para receber o medicamento.	23. Nunca administrar medicamentos com o paciente deitado, pois ele corre o risco de aspirar o medicamento.
24. Oferecer ao paciente bastante água ou suco, para engolir os medicamentos.	24. Para melhor absorção do medicamento.
25. Alertar o paciente para não mastigar ou engolir pastilhas.	25. Pode haver uma má absorção, e o medicamento tenha que ser administrado novamente.
26. Dar os comprimidos, cápsulas, ou efervescente imediatamente após retirar da embalagem ou dissolve-lo.	26. Para que haja uma boa absorção e efeito desejado.
27. Se o paciente não tiver condições de segurar o copinho de medicação, colocar junto aos lábios do paciente, e introduzir delicadamente um medicamento por vez em sua boca.	27. A maioria dos pacientes acamados, não tem capacidade de ingerir os medicamentos, por isso precisam sempre de ajuda até o fim administração.
28. Retornar ao posto de enfermagem, para limpar e guardar o material.	28. Isso ajuda na organização do posto de enfermagem.
29. Desprezar os resíduos de forma correta.	29. Para que não haja algum tipo de contaminação.

30. Lavar as mãos.	30. Assim evita a transmissão de microrganismos, de um paciente para outro.
31. Checar a medicação no prontuário do paciente.	31. Para que não ocorra o erro de ser administrada mais que uma vez.
32. Após alguns minutos retornar ao quarto do paciente.	32. Para observar possível intercorrências.
33. Realizar o relatório de enfermagem em caso de intercorrências.	33. Com isso o médico e a equipe fiquem cientes das evoluções do paciente.



**Município de Rio Bonito do Iguazu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



Instrução de trabalho: **ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INALATÓRIA**

REALIZAÇÃO: CARINA VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 21
VALIDADE: 02 ANOS	<i>duo Xorvén</i>			REVISÃO: 01

## **ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INALATÓRIA.**

### **Inaladores com Dose Metrificada**

#### **1. Finalidades do protocolo**

Os medicamentos administrados com inaladores seguros pela mão são dispersos através de spray, névoa ou pó em aerossol, que penetram nas vias aéreas pulmonares. A rede alveolocapilar absorve rapidamente os medicamentos. Os clientes que recebem medicamentos por inalação frequentemente sofrem de doença respiratória crônica, como a asma crônica ou bronquite. Os medicamentos administrados por inalação proporcionam a estes clientes o controle da obstrução da via aérea e, como eles dependem dos medicamentos para o controle da doença, devem aprender sobre tais produtos e os meios para administrá-los com segurança.

#### **2. Responsabilidade**

A responsabilidade pela administração de medicamentos via inalatório fica aos cuidados do enfermeiro, técnicos e auxiliares em enfermagem, e até mesmo o próprio paciente com o devido conhecimento.

#### **3. Condições e materiais necessários**

Inaladores com Dose Metrificada.

Equipamento:

- Inalador com dose metrificada com frasco do medicamento;

- Toalha de papel;
- Folha de medicamentos.

#### 4. Protocolo

PROCEDIMENTO	FUNDAMENTAÇÃO
1. Lavar as mãos.	Realizar a assepsia das mãos.
2. Rever a prescrição do médico, verificando o nome do cliente, nome do medicamento e o número de inalações.	Assegura a administração correta e segura do medicamento.
3. Identificar o cliente; comparar o nome da folha de medicamentos com o bracelete de identificação do cliente, e perguntar o nome dele.	Assegura que o cliente correto receba o medicamento.
4. Avaliar a capacidade do cliente para segurar, manipular e apertar o frasco e o inalador.	Qualquer comprometimento da pressão ou a presença de tremores na mão interferem na capacidade do cliente de apertar o frasco dentro do inalador.
5. Avaliar a aptidão do cliente para aprender: o cliente deve fazer perguntas sobre o medicamento, doença ou complicações; solicitar treinamento sobre a utilização do inalador; estar mentalmente alerta; participar o próprio cuidado.	Determina a capacidade do cliente de compreender as explicações e participar ativamente no processo de ensino.
6. Avaliar a capacidade do cliente de aprender: o cliente não deve estar fatigado, com dor ou em sofrimento respiratório; avaliar o	As limitações mentais ou físicas afetam a capacidade de aprendizagem do cliente e os

nível de compreensão dos termos técnicos do vocabulário.	métodos que a enfermeira utiliza para a instrução.
7. Avaliar o conhecimento e compreensão do cliente sobre a doença e a finalidade e ação dos medicamentos prescritos.	O conhecimento de doença e essencial para que o cliente compreenda realistamente o uso do inalador.
8. Avaliar o horário da medicação e o número de inalações prescritas para cada dose.	Influencia as explicações que a enfermeira fornece para o uso do inalador.
9. Quando previamente instruído na autoadministração de medicamentos inalados, avaliar a técnica do cliente no uso de um inalador.	A instrução da enfermeira pode exigir apenas simples reforço, dependendo do nível de destreza do cliente.
10. Instruir o cliente a aguardar por dois a cinco minutos entre as inalações ou conforme o prescrito pelo médico.	Os medicamentos devem ser inalados de forma sequenciada. A primeira inalação abre as vias aéreas e reduz a inflamação. A segunda ou terceira inalação penetra nas vias aéreas mais profundas.
11. Instruir o cliente contra a repetição das inalações antes da próxima dose agendada.	Os medicamentos devem ser prescritos em intervalos durante o dia, para proporcionar níveis constantes de medicamento e minimizar os efeitos colaterais. Os inaladores com dose metrificada de beta-adrenérgicos devem ser utilizados em uma base de sos ou regularmente, a cada quatro a seis horas.

12. Explicar ao cliente que ele pode ter sensação de engasgo na garganta, provocada pelas gotículas do medicamento sobre a faringe ou a língua.	Resulta quando a inalação é borrifada e inalada de maneira incorreta.
13. Instruir o cliente na remoção do frasco do medicamento sobre a faringe ou a língua.	O acúmulo de spray ao redor do bocal pode interferir na distribuição durante o uso.

### **Observação e recomendações**

Um inalador com dose metrificada libera uma dose medida do medicamento a cada aperto do frasco. Aproximadamente 5 a 10 libras de pressão que devem ser usados, para ativar o aerossol. É importante que a enfermeira saiba isso, porque a força da mão diminui com a idade e em decorrência dos efeitos da doença respiratória crônica. A enfermeira deve avaliar se os clientes possuem força suficiente na mão para usar adequadamente o IDM

## **ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INALATÓRIA.**

### **Nebulização/Inalação**

#### **1. Finalidades do protocolo**

É a administração de medicamentos por via respiratória, através de um aparelho chamado nebulizador ou inalador. O medicamento líquido é transformado em névoa, que é inalada, para fluidificar as secreções aderidas na parede brônquica ou para dilatar os brônquios.

Os medicamentos mais usados são: Solução fisiológica, cloreto de sódio, berotec, adrenalina, atrovent, salbutamol.

#### **2. Responsabilidades**

A responsabilidade pela administração de medicamentos via inalatório fica aos cuidados do enfermeiro, técnicos e auxiliares em enfermagem, e até mesmo o próprio paciente com o devido conhecimento.

### 3. Condições e materiais necessários

#### **Material utilizado:**

- Fluxômetro;
- Rede de oxigênio ou ar comprimido;
- Micro nebulizador estéril;
- Máscara;
- Extensão;
- Soro fisiológico 0,9% ou água destilada;
- Medicamento conforme prescrição médica.

#### **4. Protocolo**

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO</b>
1. Lavar as mãos.	Realizar a assepsia das mãos.
2. Orientar o paciente sobre o cuidado.	Informar o paciente sobre o procedimento.
3. Preparar o paciente para receber o tratamento: em posição de Fowler, o sentado na cama, cadeira ou sofá.	Garantir conforto para o paciente durante o tratamento.
4. Instalar o fluxômetro na fonte de O <sub>2</sub> ;	Realizar essa manobra para realizar o procedimento.
5. Encher o copo do micro nebulizador com água destilada esterilizada ou soro fisiológico 0,9%.	A água servirá como um diluente para a medicação.
6. Acrescentar a medicação prescrita.	Medicação conforme prescrição médica.
7. Conectar o copo do micro nebulizador à borracha de extensão e o mesmo ao fluxômetro.	Para que o O <sub>2</sub> do fluxômetro chegue até o copo do micro nebulizador.

<p>8. Conectar o micro nebulizador à máscara.</p> <p>9. Testar o fluxômetro (se houver névoa, o fluxômetro está funcionando).</p> <p>10. Regular o fluxômetro em litros/min conforme prescrição médica.</p>	<p>Através desse procedimento poderá se testar o funcionamento correto do aparelho.</p> <p>Seguir as orientações na receita prescrita pelo médico.</p>
<p>11. Aproximar a máscara do rosto do cliente.</p>	<p>Realizar esse procedimento para iniciar o tratamento com o cliente.</p>

## 5. Observações

Os nebulizadores são também chamados inaladores. Atualmente os mais usados são de plástico.

No momento de usá-lo, enxaguar em água corrente para remover o desinfetante. Após o uso deve ser lavado, enxaguado e colocado em recipiente fechado contendo uma solução desinfetante, como hipoclorito de sódio, por uma hora. Em seguida, enxaguar e secar. O ideal é encaminhá-lo ao centro de esterilização.

Os líquidos usados em nebulizadores deverão ser estéreis.

Frascos contendo doses múltiplas deverão ser datados, podendo ser utilizados até 7 dias após a abertura.

Após a nebulização, estimular o paciente e tossir, respirar profundamente e, se possível, inclinar o tronco para frente, auxiliando a drenagem de secreções bronco pulmonares, e em seguida auscultar os pulmões para verificar a eficácia da inalação.



**Município de Rio Bonito do Iguazu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



**Instrução de trabalho: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA TÓPICA**

<b>REALIZAÇÃO:</b> CARINA VALLE	<b>APROVAÇÃO:</b>	<b>DATA</b> <b>APROVAÇÃO</b> 20/11/2023	<b>DA</b>	<b>PÁGINA:</b> 27
<b>VALIDADE:</b> 02 ANOS				<b>REVISÃO:</b> 01

**PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA TÓPICA**

**Objetivo:**

- Padronização dos procedimentos relacionados com a administração de medicamentos via tópica.
- Fornecer respaldo legal para a equipe de enfermagem no exercício de suas responsabilidades
- Garantir a segurança do paciente no preparo de medicação por via tópica.

**Justificativa**

- A aplicação medicamentosa no restabelecimento das funções vitais, trazendo benefícios devido à sua fácil utilização e aceitação por parte do paciente

**Competência:**

- Médico: Prescrever diariamente a medicação assinalando corretamente e claramente nome do medicamento, dose, via e horário da administração.
- Enfermeiro (a): Capacitar a equipe para compreender o protocolo, supervisionar se o protocolo está sendo executado como o previsto, executar o protocolo e realizar as modificações necessárias;
- Técnico/Auxiliar de Enfermagem: Administrar a medicação via tópica, conforme está preconizado no protocolo, participar da elaboração e revisão do protocolo.

**Quando aplicar:**

- Sempre que prescrito pelo médico.

### **Material necessário:**

- Bandejas integras e limpas;
- Gaze o necessário para realização do procedimento
- Espátula;
- Luvas;
- Medicação prescrita;
- Formulário para registro da enfermagem;
- Saco plástico para lixo;

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO</b>
1. Verificar prescrição medica	1. Para realizar o procedimento certo.
2. Identificar o medicamento com os 5 certos: Paciente, via, dose, hora medicamento, nº do quarto e leito.	2. Para que haja certeza de que o procedimento está sendo realizado no paciente certo.
3. Organizar a bandeja	3. Evitar retorno ao posto de enfermagem para buscar materiais esquecidos.
4. Explicar os procedimentos a serem realizados.	4. Reduz a ansiedade e proporciona a colaboração do paciente.
5. Fazer a limpeza da pele com água e sabão antes da aplicação de medicamento.	5. Preservar limpo para não haver contaminação.
6. Lavar a mãos.	6. Reduz transmissão de micro-organismos
7. Ao abrir um creme ou pomada com tampa de rosca, colocar sempre a tampa virada para cima; .	7. Para evitar contaminação da medicação no conteúdo do recipiente
8. Quando o medicamento for armazenado em recipiente, retira-lo com auxílio de espátula;	8. Para evitar contaminação.
9. Colocar o medicamento sobre a gaze, com a espátula.	9. Evitando assim qualquer tipo de contaminação

<p>10. Aplicar e espalhar delicadamente o medicamento, fazendo fricção, se necessário.</p> <p>11. Observar qualquer alteração na pele: erupções, prurido, edema, eritema, etc.;</p> <p>12. Limpar o bocal do frasco antes de fechar o medicamento</p> <p>13. Retirar as luvas.</p> <p>14. Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem</p> <p>15. Providenciar a limpeza e a ordem do material.</p> <p>16. Lavar as mãos.</p> <p>17. Checar o cuidado e fazer as anotações necessária</p>	<p>10. Para não haver irritações.</p> <p>11. O paciente pode ser alérgico a algum componente.</p> <p>12. Retirar qualquer tipo de contaminação</p> <p>13. Agora já não há o risco de contaminação</p> <p>14. Restabelece o conforto do paciente</p> <p>15. Deixar tudo organizado.</p> <p>16. Para manter uma boa higienização.</p> <p>17. Para obtenção de um maior controle do paciente</p>
<p>18. Após 30 minutos retornar ao quarto do paciente e verificar se houve intercorrências relacionadas à medicação, se houver registra - lá e comunicar ao médico</p>	<p>18. Para observação de qualquer intercorrências.</p>



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



Instrução de trabalho: **ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRADÉRMICA**

REALIZAÇÃO: CARINA VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 30
VALIDADE: 02 ANOS	<i>QuoXovis</i>			REVISÃO: 01

**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRADÉRMICA**

**Objetivos:**

Usada principalmente com fins de diagnóstico como em testes para alergia ou tuberculina e em processo de sensibilização e imunização, as injeções intradérmicas indicam quantidades pequenas, geralmente 0,5ml ou menos, dentro das camadas mais externas da pele. Por haver baixa absorção sistêmica dos agentes injetada via intradérmicas, este tipo de injeção é usado principalmente para produzir um efeito local. A face ventral do antebraço é o local mais comumente utilizado por ser facilmente acessível e ausentes de pelos.

**Justificativa:**

Padronização dos procedimentos relacionados ao preparo e administração de medicação via intradérmicas.

Contribuir com a organização dos procedimentos desenvolvidos pela equipe de enfermagem.

**Competências:**

Médicos;

Enfermeiros;

Técnico/Auxiliar de enfermagem;

**Quando aplicar:**

Geralmente utilizada para realizar teste de hipersensibilidade, em processo de sensibilização e imunização. Exemplo: BCG

**Material necessário:**

- Seringa especial, tipo insulina;
- Etiqueta de identificação;
- Algodão seco;
- Agulha pequena: 13 x 3,8 ou 4,5;
- Saco plástico para resíduos;
- Recipiente com álcool a 70%

**Preparo do medicamento em ampola;**

PROCEDIMENTO	FUNDAMENTAÇÃO
8. Lavar as mãos	01. Impedir contaminação de micro organismos
9. Certifica-se do medicamento a ser aplicado, dose, via e paciente a que se destina	02. Para não haver erro de dosagem, ou erro de paciente.
10. Antes de abrir a ampola, certifica-se que toda a medicação está no corpo da mesma e não no gargalo. Se não estiver, fazer movimentos rotatórios com a ampola.	03. Evitando perda da medicação que pode ficar no gargalo
11. Desinfetar o gargalo da ampola com algodão embebido em álcool de 70%	04. Evitar contaminação
12. Proteger os dedos com algodão, ao quebrar o gargalo ou usar “quebra ampola”	05. Para não voar estilhaços de vidro.
13. Abrir a embalagem da seringa e agulha	
14. Adaptar a agulha ao bico da seringa, cuidado para não tocar em nenhuma das partes internas.	07. Evitar contaminação
15. Certificar-se do funcionamento da seringa, verificando também se a agulha está firmemente adaptada	08. Evitar prováveis transtornos na administração da medicação.

16. Manter a seringa com os dedos polegar e indicador e segurar a ampola entre os dedos médio e indicador da outra mão.	09. Ter uma melhor forma no preparo para evitar contaminação.
17. Introduzir a agulha na ampola e proceder à aspiração do conteúdo, invertendo lentamente a ampola, sem encostar na borda externa da ampola	10. Evitar contaminação
18. Virar a seringa com a agulha para cima, em posição vertical e expelir o ar que tenha penetrado.	
19. Desprezar a agulha usada para aspirar.	12. Evitar contaminação
20. Escolher, para a aplicação, uma agulha de calibre apropriado a solubilidade da droga e a espessura do tecido a ser administrado a droga.	13. Melhor aplicação, evitar dor desnecessária ao paciente
21. Manter a agulha protegida com protetor próprio.	
22. Identificar a seringa e coloca-la na bandeja com o algodão e o recipiente com álcool a 70%	15. evitar erro na aplicação da medicação

**Preparo do medicamento em frasco – pó liofilizado;**

01. Lavar as mãos	01. Evitar contaminação
02. Calça-se luvas de procedimento	02. Proteção e evitar contaminação.
03. Retirar a parte deslocável da tampa metálica, e fazer antissepsia da tampa de borracha com algodão embebido em álcool a 70%	03. Evitando contaminação
04. Abrir a ampola	
05. Preparar a seringa, escolhendo uma agulha de maior calibre.	05. Melhor desempenho no preparo.

06. Aspirar o líquido da ampola e introduzi-lo no frasco. A agulha deve atravessar a tampa da rolha, no centro.	
07. Retirar a seringa, deixando a agulha no frasco.	07. Evitar contaminação
08. Homogeneizar a solução, fazendo a rotação do frasco, evitando a formação de espuma.	
09. Colocar ar na seringa, em volume igual ao medicamento a ser aspirado e introduzir no frasco.	09. Evitar pressão negativa dentro do frasco
10. Soerguer o frasco, aspirando o líquido nele contido.	
11. Retirar o ar da seringa.	11. Evitar que a droga seja administrado com ar, evitando lesão no tecido.
12. Identificar a seringa e trocar a agulha.	12. Evitar que o medicamento seja administrado em paciente errado.

### **Injeção Intradérmica;**

a. Preparar o medicamento, conforme técnicas descritas acima. Não esquecer de fazer a desinfecção da bandeja onde ficara a medicação.	01. O planejamento promove controle eficaz do tempo e abordagem organizada da tarefa.
b. Lava-se as mãos e calça-se luvas de procedimento	02. Proteção e evitar contaminação
c. Explicar ao paciente o que vai fazer e deixa-lo em posição confortável e adequada	03. Reduz a ansiedade e proporciona a colaboração do paciente
03. Expor a área de aplicação	
04. Com a mão não-dominante, esticar a pele sobre o sítio com o indicador ou polegar.	04. Melhor desempenho na aplicação, evitando erro na aplicação

<p>05. Com a agulha quase contra a pele do cliente, introduzi-la lentamente em ângulo de 5 a 15º, até que a resistência seja sentida. Em seguida, avançar a agulha através da epiderme aproximadamente até 3mm abaixo da superfície da pele. A extremidade da agulha pode ser observada através da pele.</p>	
<p>06. Quando injetar o medicamento, observar que pequena bolha aproximadamente de 6mm, assemelhando-se a picada de mosquito, aparece na superfície da pele.</p>	<p>06. Ter certeza que o medicamento está sendo administrado corretamente, no local certo. Caso não forme a pápula o medicamento está entrando em local errado.</p>
<p>07. Retirar a agulha. Colocar algodão seco somente se houver sangramento ou extravasamento da droga. Pressionar sem friccionar.</p>	<p>07. Evita assim que a droga extravase, obtendo o resultado desejado.</p>
<p>08. Providenciar a Limpeza e a ordem do material.</p>	<p>08. Para evitar possível infecções</p>
<p>09. Anotar o cuidado prestado, no prontuário do paciente.</p>	

**Observação:**

A injeção ID geralmente é feita sem antissepsia local, evitando interferir na reação da droga. A substância injetada deve formar uma pequena pápula na pele, aspecto conhecido por “casca de laranja”.



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



Instrução de trabalho: **ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR**

REALIZAÇÃO: CARINA VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 35
VALIDADE: 02 ANOS	<i>Guo Korvin</i>			REVISÃO: 01

### ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS – INTRAMUSCULAR

#### Objetivo:

- Administrar medicamentos através da via Intramuscular, dentro de seus padrões corretos.

#### Competência:

- Médico
- Enfermeiro

#### Material Necessário:

- Seringa e Agulha; Tamanho adequado ao procedimento.
- IM: Seringa de 2 a 3ml para adultos, 0,5 a 1ml para lactantes e crianças pequenas. Duas agulhas: calibres 21 a 23, 2,5 a 4cm de comprimento para adultos; 2,5cm para crianças.
- Compressa de gaze pequena ou bolas de algodão com álcool.
- Frasco ou ampola de medicamento, ou solução de teste cutâneo.
- Luvas descartáveis.
- Folha de medicamento ou impresso do computador.

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
1. Rever a prescrição de medicamento do médico para o nome do cliente,	Garante a administração correta e segura do medicamento.

nome do medicamento, dose, horário e via de administração.	
2. Avaliar a história de alergias do cliente e conhecer as substâncias as quais o cliente é alérgico e a reação alérgica normal.	Determinadas substâncias apresentam composições semelhantes, a enfermeira não deve administrar substância a qual o cliente seja reconhecidamente alérgico.
3. Observar as respostas verbal e não verbal, para receber a injeção.	As injeções podem ser dolorosas. Os clientes podem exibir ansiedade, a qual pode aumentar a dor.
4. Avaliar para contraindicações, como atrofia muscular, menor fluxo sanguíneo ou choque circulatório.	O músculo atrofiado absorve mal o medicamento. Os fatores que interferem no fluxo sanguíneo para os músculos comprometem a absorção do medicamento.
5. Preparar dose correta de medicamento da ampola ou frasco. Verificar cuidadosamente. Certificar-se de que todo o ar já foi expelido.	Garante que o medicamento seja estéril. As técnicas de preparação diferem em relação a ampola ou frasco.
6. Identificar o cliente, verificar o bracelete de identificação com a folha de medicamento e perguntar o nome dele.	Garante que o cliente correto receba o medicamento prescrito.
7. Explicar as etapas do procedimento e dizer ao cliente que a injeção irá causar ligeira queimação ou ferroadada.	Ajuda a minimizar a ansiedade do cliente.
8. Fechar a cortina ou porta do quarto.	Propicia privacidade.
9. Lavar as mãos por completo seguindo a técnica correta e calçar luvas descartáveis.	Reduz a transferência de micro-organismos.
10. Manter o lençol ou avental cobrindo as partes do corpo que não necessitam de exposição.	A seleção apropriada do sítio da injeção pode exigir a exposição de partes do corpo.

<p><b>11.</b> Selecionar o sitio da injeção apropriado. Inspeccionar a superfície da pele sobre o local para equimoses, inflamações ou edema.</p>	
<p><b>12.</b> Observar a integridade e o tamanho do músculo, bem como palpar para dor ou endurecimento, evitar essas áreas. Quando as injeções forem administradas com frequência, alternar os sítios.</p>	
<p><b>13.</b> Auxiliar o cliente até uma posição confortável.</p>	<p>O relaxamento do sitio minimiza o desconforto.</p>
<p><b>14.</b> Localizar o sitio novamente usando os marcos anatômicos.</p>	<p>A injeção no sitio anatômico correto evita a lesão para nervos, ossos e vasos sanguíneos.</p>
<p><b>15.</b> Limpar o sitio utilizando uma bola de algodão com antisséptico. Aplicar a bola no centro do sitio e rodar para fora, em direção circular, aproximadamente por 5cm.</p>	<p>A ação mecânica da bola remove as secreções que contem micro-organismos.</p>
<p><b>16.</b> Segurar a bola ou gaze entre o terceiro e o quarto dedo da mão não dominante.</p>	<p>Gaze ou bola permanecem prontamente acessíveis, quando a agulha é retirada.</p>
<p><b>17.</b> Remover a capa ou bainha da agulha, puxando retamente para trás.</p>	<p>Evitar que a agulha toque os lados da capa impede a contaminação.</p>
<p><b>18.</b> Segurar a seringa entre o polegar e o dedo da mão dominante, segurar como um dardo com a palma da mão para baixo.</p>	
<p><b>19.</b> Posicionar a mão não dominante nos marcos anatômicos apropriados e puxar a pele para baixo, a fim de administrar em um trajeto em Z.</p>	<p>Acelera a inserção e reduz o desconforto. Cria o trajeto em ziguezague através dos tecidos, o que</p>

	veda a agulha, para evitar o rastro do medicamento.
<b>20.</b> Quando a massa muscular do cliente for pequena, segurar o corpo do músculo entre o polegar e os dedos.	Garante que o medicamento atinja a massa muscular.
<b>21.</b> Introduzir rapidamente a agulha num ângulo de 90º dentro do músculo, em seguida aspirar.	
<b>22.</b> Injetar lentamente o medicamento.	A injeção lenta reduz a dor e o trauma tissular.
<b>23.</b> Aguardar 10 segundos. Em seguida, aspirar de maneira suave e continua, liberando a pele.	O apoio dos tecidos ao redor do sitio da infecção minimiza o desconforto durante a retirada da agulha. Alguns defendem o uso de gaze seca, para minimizar o desconforto do cliente associado ao álcool sobre a pele não intacta.
<b>24.</b> Não massagear o sitio depois da injeção.	Pode provocar a lesão do tecido, e alterar o tempo de absorção do medicamento.
<b>25.</b> Auxiliar o cliente até obter posição confortável.	Fornece ao cliente a sensação de bem estar.
<b>26.</b> Descartar a agulha sem capa ou a agulha envolta em bainha de segurança e presa a seringa dentro do recipiente a prova de punção e de extravasamento. Quando a enfermeira for incapaz de deixar a cabeceira do cliente, a técnica com uma das mãos poderá ser utilizada para recapear uma agulha.	As agulhas não devem ser recapeadas antes do descarte. As bainhas de segurança evitam lesões de punção por agulha.
<b>27.</b> Remover as luvas descartáveis e lavar as mãos.	Reduz a transmissão de micro-organismos.

<b>28.</b> Permanecer com o cliente por três a cinco minutos e observar para reações alérgicas.	A reação anafilática grave caracteriza-se por dispneia, sibilância e colapso circulatório.
<b>29.</b> Retornar ao quarto e perguntar ao cliente se sente alguma dor aguda, queimação, dormência ou formigamento no sitio da injeção.	O desconforto contínuo pode indicar lesão dos ossos ou nervos subjacentes.
<b>30.</b> Inspeccionar o local, observando equimose ou endurecimento.	A equimose ou endurecimento indicam complicações associadas a injeção. Notificação a enfermeira chefe ou médico. Aplicar compressa morna no local.
<b>31.</b> Retornar para avaliar a resposta do cliente ao medicamento, em 10 a 30 minutos. Os medicamentos IM são rapidamente absorvidos, os efeitos indesejados também podem se desenvolver rapidamente.	As observações da enfermeira determinam a eficácia do medicamento.



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



Instrução de trabalho: **ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRAVENOSA**

<b>REALIZAÇÃO:</b> CARINA VALLE	<b>APROVAÇÃO:</b>	<b>DATA</b> <b>APROVAÇÃO</b> 20/11/2023	<b>DA</b>	<b>PÁGINA:</b> 40
<b>VALIDADE:</b> 02 ANOS	<i>Guo Kovur</i>			<b>REVISÃO:</b> 01

**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRAVENOSA:**

**Objetivos:**

Administrar soluções contendo eletrólitos, nutrientes, hemoderivados ou medicamentos diretamente na corrente sanguínea.

**Justificativa:**

Quando o paciente necessita de grandes volumes de soluções em casos de desidratação, choque, hemorragias, cirurgias, para restaurar ou manter o equilíbrio hidroeletrólítico; ou o medicamento não pode ser administrado por outra via por possuir substâncias irritantes que poderiam causar necrose tecidual, ou por intolerância ao medicamento; quando se pretende uma ação imediata do medicamento; e em casos que necessite efetuar nutrição parenteral em que o paciente está impossibilitado de se alimentar oralmente ou por via digestiva; instalar terapêutica com sangue e hemoderivados.

**Competências:**

Médicos;  
Enfermeiros;  
Técnicos/Auxiliares de Enfermagem;

**Quando aplicar:**

Quando o médico prescrever, ou em casos de urgência/emergência em que o paciente necessite de reposição volêmica.

**INICIANDO UMA INFUSÃO INTRAVENOSA PERIFÉRICA**

**Material necessário:**

- Solução IV correta (com etiqueta de horário afixada)
- Cateter apropriado à punção venosa (o calibre irá variar de acordo com o tamanho corporal do cliente e com o motivo para a administração IV)
- Conjunto de administração (a escolha depende do tipo de administração, crianças e lactentes exigem equipo de micro gotas).
- Máscara
- Luvas
- Polifix
- Bolas de algodão umedecidas em álcool 70% e seco
- Tala de braço quando necessária (usada para manter a posição da articulação do punho ou cotovelo, quando o cateter sobre a agulha é colocado próximo ou sobre uma articulação)
- Esparadrapo
- Papel toalha ou compressa
- Suporte de soro preso no teto ou móvel
- Camisola especial para o cliente com abertura
- Cuba rim ou cúpula
- Saco para lixo

PROCEDIMENTO	FUNDAMENTAÇÃO
1) Rever a prescrição do médico para o tipo e quantidade de líquido IV, velocidade de administração do líquido e finalidade da infusão, e seguir os cinco certos da administração de medicamentos.	Prescrição que solicita o início de um acesso IV deve ser feita por um médico antes da implementação deste procedimento. Auxilia na seleção de dispositivo de acesso apropriado.
2) Observar os sinais e sintomas indicativos de desequilíbrios hidroeletrólíticos (Ex diminuição de peso corporal, alterações da pressão arterial, taquicardia, turgor cutâneo)	Fornece dados basais para a posterior avaliação da alteração no estado hidroeletrólítico.

<p>3) Avaliar fatores de risco: criança ou idoso, presença de insuficiência cardíaca ou renal e contagem baixa de plaquetas.</p>	<p>As pessoas nos extremos da idade desenvolvem desequilíbrios hídricos com maior rapidez, as pessoas com insuficiência cardíaca não conseguem adaptar os aumentos súbitos de volume vascular, com insuficiência renal não conseguem eliminar o excesso de líquido e com baixa contagem de plaquetas predispõem ao sangramento.</p>
<p>4) Determinar se o cliente vai se submeter à cirurgia planejada ou deve receber infusão de sangue mais adiante e avaliar dados laboratoriais e a história do cliente para alergias.</p>	<p>Permite instalar o cateter com tamanho adequado e evita a colocação em áreas que interfira nos procedimentos médicos. Pode revelar informações que afetam a inserção dos dispositivos, como o déficit de volume de líquidos e a alergia a iodo, esparadrapo ou látex.</p>
<p>05) Lavar as mãos, calçar máscara e luvas.</p>	<p>Permite segurança no preparo.</p>
<p>06) Abrir as embalagens esterilizadas, usando a técnica asséptica apropriada.</p>	<p>Manter a esterilidade do equipamento e reduzir a disseminação de micro-organismos.</p>
<p>07) Verificar a solução IV, empregando os cinco certos. Assegurando-se de que os aditivos prescritos, como o potássio e vitaminas, foram adicionados. Verificar a solução para coloração, transparência e data de validade. Observar a bolsa para extravasamentos.</p>	<p>As soluções IV são medicamentos, devendo ser cuidadosamente verificadas, para diminuir o risco de erro. As soluções que estão coradas, que contém partículas ou que estão vencidas não devem ser usadas. As bolsas extravasadas comportam oportunidade de infecção.</p>
<p>08) Abrir o conjunto de infusão, mantendo a esterilidade de ambas as extremidades do equipo.</p>	<p>Evita que bactérias penetrem no equipamento de infusão e corrente sanguínea.</p>

<p>09) Colocar a 2 a 5cm abaixo da câmara de gotejamento e mover o <i>clamp</i> para a posição fechada.</p>	<p>A proximidade do <i>clamp</i> com a câmara de gotejamento permite a regulação mais exata da velocidade do fluxo. Mover o <i>clamp</i> para a posição fechada impede o derramamento acidental do líquido.</p>
<p>10) Remover a capa de proteção sobre a porta do equipo IV na bolsa plástica ou frasco de solução.</p>	
<p>11) Remover a capa protetora do bico de inserção do equipo (mantendo o bico estéril) e introduzir o bico na abertura da bolsa IV.</p>	<p>Evita a contaminação da solução pela inserção do bico contaminado.</p>
<p>12) Comprimir a bolsa e liberar, permitindo que encha a câmara de gotejamento até um terço ou metade do seu volume. Irrigar o equipo de infusão e enchê-lo com a solução IV.</p>	<p>Cria efeitos de sucção; o líquido penetra na câmara de gotejamento, para impedir que o ar penetre no equipo.</p>
<p>13) Soltar a capa protetora do equipo e liberar lentamente o <i>clamp</i>, para permitir que o líquido percorra desde a câmara de gotejamento através do equipo até o adaptador da agulha. Voltar a fechar o <i>clamp</i>, depois que o equipo estiver irrigado.</p>	<p>O enchimento lento de equipo diminui a turbulência e a possibilidade de formação de bolhas. Remove o ar do equipo e permite que se encha com a solução. Fechar o <i>clamp</i> impede a perda acidental de líquido.</p>
<p>14) Certificar-se de que o equipo está sem ar e sem bolhas, verificar toda a extensão do equipo, a fim de garantir que todas as bolhas de ar sejam removidas.</p>	<p>As grandes bolhas de ar podem agir como êmbolos.</p>
<p>15) Firmar a capa de proteção do equipo na extremidade.</p>	<p>Mantém a esterilidade do sistema.</p>
<p>16) Organizar o local, retirar máscara e luva e lavar as mãos.</p>	

<p>17) Ir até o cliente, cumprimentar, identificar-se e preparar o cliente e a família, explicando o procedimento, sua finalidade e o que se espera dele, ver a preferência da posição do braço.</p>	<p>Diminui a ansiedade e promove a cooperação.</p>
<p>18) Calçar luvas descartáveis</p>	<p>Reduz transmissão de micro-organismos.</p>
<p>19) Trocar a camisola do cliente para uma de mais fácil remoção.</p>	<p>O uso de camisola especial facilita a sua remoção de forma segura.</p>
<p>20) Identificar a veia acessível para a inserção IV. Aplicar o garrote a 10 a 15cm acima do sitio de inserção.</p>	<p>O torniquete deve ser apertado o suficiente para impedir o retorno venoso, mas não para ocluir o fluxo arterial.</p>
<p>21) Selecionar a veia.</p> <p>a. Usar um sítio mais distal no braço não-dominante, se possível.</p> <p>b. Evitar áreas dolorosas à palpação.</p> <p>c. Selecionar veia suficiente calibrosa para a inserção do cateter.</p> <p>d. Escolher um sítio que não interfira nas atividades diárias do cliente ou nos procedimentos planejados.</p> <p>e. Palpar a veia pressionando-a para baixo, e observando uma sensação elástica e macia.</p> <p>f. promover a distensão venosa instruindo o cliente a abrir e fechar a mão várias vezes, abaixando o braço do cliente em posição pendente, friccionado no sentido distal para proximal, abaixo do sitio proposto.</p> <p>g. Evitar os sítios distais ou sitio de punção venosa prévio, veias esclerosas ou</p>	<p>A punção venosa deve ser realizada no sentido distal para o proximal, o que aumenta a disponibilidade de outros sítios para futuras terapias IV.</p> <p>Impede a interrupção do fluxo venoso, possibilitando fluxos sanguíneos adequados.</p> <p>Estes sítios causam infiltração da linha IV recentemente colocada e lesão vascular excessiva.</p>

<p>semelhantes a cordões endurecidos, sítio infiltrado ou vasos flebíticos, áreas de equimose e áreas de válvulas ou bifurcações venosas.</p> <p>h. Evitar veias dorsais frágeis em idosos e vasos em membro com circulação comprometida (p. ex, nos casos de mastectomia, enxerto para diálise ou paralisia).</p>	<p>As alterações venosas podem aumentar o risco de complicações (p. ex., infiltração e tempo de permanência diminuído do cateter).</p>
<p>22) Liberar o garrote de forma temporária e cuidadosa. Aparar os pelos do braço com tesoura (se necessário). Não raspar a área com barbeador.</p>	<p>Os pelos prejudicam a punção venosa ou a aderência dos curativos. A raspagem pode provocar micro abrasões e predispor o cliente à infecção.</p>
<p>23) (Quando a área de inserção precisar de limpeza, usar primeiramente água e sabão). Em seguida, limpar o sítio de inserção usando o movimento firme e do distal para o proximal, com o algodão umedecido; abster-se de tocar no sítio limpo; permitir que o sítio seque.</p>	<p>A superfície cutânea deve estar livre de micro-organismos; tocar a área limpa introduz organismos provenientes da mão da enfermeira local.</p>
<p>24) <b>Realizar a punção venosa.</b> Fixar a veia, esticando a pele 5 a 7,5cm distalmente ao local. Introduzir o <i>abocath</i> em ângulo de 30° com bisel para cima, ligeiramente distal ao local real da punção venosa, após baixar de 10° a 20° e introduzir na direção da veia.</p>	<p>Coloca a agulha em paralelo com a veia. Quando a veia é puncionada, o risco de punção da parede posterior da veia é reduzido.</p>
<p>25) Observar para o refluxo de sangue através do compartimento de retorno do cateter, indicando que a agulha penetrou na veia. Segurar o mandril e avançar com o <i>abocath</i> até que o mesmo repouse no</p>	<p>.</p>

<p>sítio da punção venosa, fazendo movimentos circulares até total introdução do cateter.</p>	
<p>26) Estabilizar o cateter mantendo pressão sobre a sobre a veia acima do local de inserção com o dedo indicador e médio. Liberar o garrote, remover o mandril para dispositivo seguro, remover a tampa do equipo com o dedo mínimo, conectar rapidamente o adaptador ao conjunto de administração no canhão do cateter. Não tocar no ponto de entrada do adaptador do equipo.</p>	<p>Reduz o refluxo do sangue e propicia a conexão com o conjunto de administração imediata, permitindo a permeabilidade da veia. Conserva a esterilidade e evita riscos de exposição ao sangue.</p>
<p>27) Liberar o <i>champ</i> lentamente, para começar a infusão, a fim de manter a permeabilidade da linha IV.</p>	<p>Permite o fluxo venoso e impede a coagulação da veia e obstrução do fluxo da solução IV.</p>
<p>28) - Prender o cateter IV com esparadrapo. Colocar outro pedaço estreito de esparadrapo sob o canhão do cateter com o lado adesivo para cima e cruzar o esparadrapo sobre o canhão.</p> <p>- Colocar o esparadrapo apenas sobre o cateter, nunca sobre o sitio de inserção, para permitir a inspeção visual fácil bem como o reconhecimento precoce da infiltração e flebite. Evitar aplicar o esparadrapo ao redor do membro.</p> <p>- Fazer uma alça do equipo ao longo do braço e colocar esparadrapo identificado sobre o local com a data e a hora, calibre e tamanho do cateter e assinatura de quem realizou o procedimento.</p>	<p>Fixar o cateter e o equipo impede o movimento e a tensão sobre o dispositivo, reduzindo a irritação mecânica e a possível flebite ou infecção.</p> <p>A colocação do esparadrapo torna mais fácil acessar a junção do canhão/equipo. Fixar a alça do equipo reduz o risco de deslocamento do cateter por tração acidental.</p> <p>Documenta quando a linha IV for inserida e quando serão necessárias as trocas de curativo subsequentes.</p>

<p>29) Ajustar a velocidade do fluxo para o número de gotas correto por minuto.</p>	<p>Mantém a velocidade correta do fluxo para solução IV. O fluxo pode flutuar, de modo que deve ser verificado em intervalos.</p>
<p>30) Descartar perfuro usados nos recipientes apropriados. Descartar os suprimentos. Remover as luvas e lavar as mãos.</p>	<p>Reduz a transmissão de micro-organismos e protege a equipe contra lesão.</p>
<p>31) Observar o cliente a cada hora, para determinar se o líquido está sendo infundido corretamente.</p> <p>a. Verificar se a quantidade correta de solução é infundida conforme a prescrição, olhando na etiqueta de tempo.</p> <p>b. Contar a velocidade de fluxo.</p> <p>c. Verificar a permeabilidade do cateter IV ou agulha: comprimir rapidamente a veia canulada proximal ao sítio. Observar para a lentidão ou cessação do fluxo de solução IV.</p> <p>d. Também observar o cliente durante a compressão do vaso para os sinais de desconforto.</p> <p>e. Inspeccionar o sítio de inserção para ausência de infiltração.</p>	<p>A compressão resulta em obstrução mecânica da veia. Quando o cateter IV está permeável, a compressão resulta em lentidão ou cessação do fluxo. Nenhuma alteração na velocidade do fluxo pode indicar a infiltração.</p> <p>Fornece a avaliação contínua do tipo e quantidade de líquido liberado para o cliente. A inspeção horária impede a sobrecarga acidental de líquidos ou a velocidade de infusão inadequada, identificando a incidência precoce da inflamação da veia ou comprometimento tissular.</p>

32) Observe o cliente a cada hora, para determinar resposta à terapia, verificar sinais vitais, conduzir as avaliações pós-procedimento	Evitar efeitos inesperados, os quais podem ser graves.
---	--

## ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR BOLO INTRAVENOSO

### Material necessário:

- Luvas descartáveis
- Medicamento no frasco ou na ampola
- Seringa de 03 a 05ml
- Algodão umedecido em álcool 70%
- Relógio com ponteiro de segundos ou mostrador digital
- Etiqueta para identificação
- Se linha existente heparinizada:
  - Tampa de injeção (também chamado de plug IV)
  - 1 a 3ml de soro fisiológico ou solução de lavagem de heparina (10 a 100U/ml, quando prescritos)
  - Seringas e agulhas.

PROCEDIMENTO	FUNDAMENTAÇÃO
1) Verificar a prescrição do médico para o tipo de medicamento a ser administrado, dosagem e via.	Isso garante a administração segura e exata do medicamento.
2) Avaliar o sitio de inserção IV ou do Lock heparinizado (ou com soro fisiológico) para sinais de infiltração ou flebite.	Confirmar o posicionamento do cateter IV e a integridade do tecido circunvizinho garante que o medicamento seja administrado com segurança.
3) Quando o medicamento dever ser injetado em uma linha IV, avaliar a permeabilidade da linha observando a velocidade de infusão.	A linha IV deve estar pérvia, devendo os líquidos infundir-se com facilidade, para que o medicamento alcance efetivamente a circulação venosa.

<p>4) Preparar o medicamento prescrito a partir do frasco ou ampola. Ler cuidadosamente as instruções da bula para a diluição IV correta dos medicamentos.</p>	
<p>5) Depois de aspirar os medicamentos para a seringa, colocar uma agulha de pequeno calibre na seringa.</p>	<p>Usada para inserir através da linha IV apenas com sistema de agulha.</p>
<p>6) Lavar as mãos. Calçar luvas.</p>	<p>Reduz a transmissão de infecção. Durante a administração do bolo IV, o risco de exposição ao sangue é baixo. Entretanto, a enfermeira pode manipular o curativo IV, ou expor ao sitio, enquanto completa outra atividade. As luvas reduzem a exposição.</p>
<p>7) Verificar a identificação do cliente olhando no bracelete de identificação e perguntando o nome dele.</p>	<p>Garante que o medicamento seja administrado para o cliente correto.</p>
<p>8) Administrar os medicamentos por dose IV (linha existente):</p> <p>a. Selecionar a porta de injeção do equipo IV mais próxima do cliente. (o círculo na porta pode indicar o sitio para inserção da agulha.)</p> <p>b. Limpar a porta de injeção com o algodão que contenha antisséptico.</p> <p>c. Conectar a seringa na linha IV.</p> <p>1- Remover a capa da porta de injeção sem agulha. Conectar diretamente o bico da seringa.</p>	<p>Permite a aspiração mais fácil do líquido, para obter o retorno do sangue. As portas de injeção são auto selantes e não extravasam.</p> <p>Impede a introdução de microorganismos durante a inserção da agulha.</p>

<p>d. Ocluir a linha IV pinçando o tubo exatamente acima da porta de injeção. Puxar suavemente para trás o embolo da seringa, a fim de aspirar retorno de sangue.</p> <p>e. Depois de observar o refluxo do sangue, continuar a ocluir o tubo e injetar lentamente o medicamento durante vários minutos. Usar o relógio para o tempo de administração.</p> <p>f. Depois de injetar o medicamento, liberar o tubo, aspirar a seringa e tornar a verificar a velocidade de infusão do líquido.</p> <p>g. Quando usar um sistema sem seringa, repor a capa da porta de injeção com nova capa estéril.</p>	<p>A verificação final de que o medicamento está sendo liberado dentro da corrente sanguínea.</p> <p>Garante a infusão segura do medicamento. A injeção rápida de medicamento IV pode vir a ser fatal.</p> <p>A injeção em bolo pode alterar a velocidade de infusão do líquido. A infusão rápida de líquido pode provocar sobrecarga circulatória.</p>
<p>9) Administrar os medicamentos por dose IV heparinizada</p> <p>A. Soluções de lavagem:</p> <p>1- Lavagem com heparina</p> <p>a) Preparar a seringa com 1ml de solução de lavagem heparinizada.</p>	<p>A solução de lavagem mantém o lock de heparina permeável, depois que o medicamento é administrado.</p>

<p>b) Preparar duas seringas com 1ml de soro fisiológico normal.</p>	
<p>2- Lavagem apenas com soro fisiológico:</p>	
<p>a) Preparar duas seringas com 1ml de soro fisiológico em cada uma.</p>	
<p>B. Lock IV:</p>	
<p>1- Limpar a diafragma de borracha do lock com algodão que contenha antisséptico.</p>	<p>Evita a introdução de micro-organismos durante a inserção da agulha.</p>
<p>2- Inserir a agulha da seringa que contém o soro fisiológico através do centro do diafragma.</p>	
<p>3- Retrair suavemente o êmbolo da seringa e observar para o refluxo de sangue.</p>	<p>Determina se a agulha, ou cateter IV, está posicionado na veia.</p>
<p>4- Lavar o reservatório com 1ml de soro fisiológico empurrando lentamente o êmbolo.</p>	<p>Limpa o sangue do reservatório e da agulha.</p>
<p>5- Remover a agulha e a seringa.</p>	
<p>6- Limpar o diafragma do lock com o algodão que contenha antisséptico.</p>	<p>Impede a transmissão de infecção.</p>

<p>7- Introduzir a agulha da seringa que contenha o medicamento preparado através do centro do diafragma.</p>	<p>Usar o centro do diafragma evita o extravasamento.</p>
<p>8- Injetar o bolo de medicamentos lentamente, durante vários minutos. Usar o relógio para o tempo de administração.</p>	<p>A injeção rápida de medicamento IV pode provocar a morte.</p>
<p>9- Depois de administrar a dose, retirar a seringa.</p>	<p>Impede a transmissão de micro-organismos.</p>
<p>10- Limpar o diafragma do lock com o algodão que contenha antisséptico.</p>	<p>Lava o reservatório e a agulha de medicamento.</p>
<p>11- Repetir a injeção de 1ml de soro fisiológico.</p>	<p>Mantém a permeabilidade da agulha, inibindo a formação de coágulo.</p>
<p>12- Lavagem com heparina: Introduzir a agulha da seringa que contenha heparina através do diafragma. Injetar lentamente a heparina, e remover a seringa.</p>	
<p>C. Válvula IV sem agulha e com capa:</p>	
<p>1- Remover a capa protetora da porta sem agulha.</p>	
<p>2- Introduzir a seringa que contenha soro fisiológico dentro da válvula.</p>	<p>Depura o sangue existente no reservatório.</p>
<p>3- Lavar o reservatório com 1ml de soro fisiológico, empurrando lentamente o êmbolo.</p>	
<p>4- Remover a seringa.</p>	

<p>5- Introduzir a seringa que contenha o medicamento preparado dentro da válvula.</p> <p>6- Injetar lentamente o medicamento durante vários minutos. Seguir as precauções na Etapa 9B8.</p> <p>7- Depois de administrar a dose, retirar a seringa.</p> <p>8- Repetir a injeção de 1ml de soro fisiológico.</p>	<p>A injeção rápida de medicamento IV pode provocar a morte.</p>
<p>10) Recolocar a capa estéril sobre a válvula.</p>	
<p>11) Descartar adequadamente o equipamento.</p>	<p>Reduz as punções acidentais pó agulha.</p>
<p>12) Remover e jogar fora as luvas. Lavar as mãos.</p>	<p>Diminui a transmissão de micro-organismos.</p>
<p>13) Observar rigorosamente para a reação adversa, à medida que o medicamento for sendo administrado e por vários minutos.</p>	<p>Os medicamentos IV atuam rapidamente.</p>
<p>14) Registrar o medicamento, via, dose e horário da administração no formulário de medicamentos.</p>	

## **ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS EM PARALELO**

### **Material necessário**

- Luvas
- Medicamento preparado em seringa ou bolsa de infusão
- Conjunto curto de micro gotas ou gotas para a infusão em paralelo
- Algodão com antisséptico
- Suporte
- Etiqueta para identificação:

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO</b>
---------------------	----------------------

1) Verificar a prescrição do médico para determinar o tipo de solução IV a ser administrado, utilizando os cinco certos	Assegura a administração segura e exata do medicamento.
2) Coletar as informações necessárias para administrar o medicamento com segurança, finalidade, efeitos colaterais, hora de pico máximo.	Permite administrar o medicamento com segurança e monitora a resposta do cliente à terapia.
3) Avaliar o sítio, para sinais de infiltração ou flebite: rubor, palidez, edema ou dor à palpação.	A integridade dos tecidos circunvizinhos assegura ao profissional que o medicamento seja administrado com segurança.
4) Avaliar história de alergias medicamentosas do cliente.	Os efeitos dos medicamentos podem desenvolver-se rapidamente. Tem que estar ciente dos riscos ao cliente.
5) Reunir os equipamentos sobre a mesa de cabeceira ou sobre a mesa auxiliar sem aglomeração.	Permite que o cliente compreenda o procedimento e minimiza sua ansiedade
6) Lavar as mãos e calçar as luvas	Reduz a transmissão de micro-organismos.
7) Verificar a identificação e perguntar o nome do cliente.	Garante que o medicamento seja administrado ao paciente correto.
8) Explicar a finalidade do medicamento e os efeitos colaterais, estimulando o cliente a relatar sintomas de desconforto no sítio	Mantém o cliente informado sobre a terapia.
9) Conectar o equipo da infusão em paralelo ou em série no conector apropriado na linha de infusão principal.	O equipo de infusão deve estar cheio, livre de bolhas de ar para evitar embolia gasosa.
10) Pendurar a bolsa com medicamento em paralelo acima do nível da bolsa de nível principal.	A altura da bolsa afeta a velocidade do fluxo

11) Conectar o equipo de infusão em paralelo no conector apropriado.	
12) Regular a velocidade do fluxo da solução do medicamento ajustando o <i>clamp</i> regulador.	Propicia a infusão lenta e intermitente do medicamento e mantém os níveis sanguíneos terapêuticos.
13) Depois que o medicamento houver sido infundido, verificar o regulador do fluxo na infusão primária.	Verificar a velocidade de fluxo garante a administração correta dos líquidos IV.
14) Regular a linha de infusão principal pra a velocidade desejada, quando necessário.	
15) Deixar a bolsa e o equipo secundários na posição para a futura administração de medicamentos, ou jogar fora nos recipientes apropriados.	Verificar as políticas da instituição.



**Município de Rio Bonito do Iguçu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



Instrução de trabalho: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO OFTALMOLÓGICO

REALIZAÇÃO: CARINA VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 56
VALIDADE: 02 ANOS	<i>duo Vorris</i>			REVISÃO: 01

### ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS OFTÁLMICOS

#### Objetivo:

- Prevenir lesões na estrutura ocular;
- Prevenir e tratar infecções oculares;
- Propiciar conforto ao paciente hospitalizado;
- Padronizar os cuidados no preparo e administração da medicação, a fim de prevenir efeitos adversos garantindo a segurança do paciente;
- Fornecer respaldo legal para a equipe de enfermagem no exercício de suas responsabilidades;

#### Justificativa:

- A higiene e a administração do medicamento é realizada pela equipe de enfermagem, quando o paciente se mostra impossibilitado de fazê-lo, ou mesmo que este consiga executá-la parcialmente, a equipe de enfermagem deve auxiliá-lo;
- Um bom cuidado envolve a limpeza, o bem-estar do paciente e a execução da prescrição médica;

#### Competência:

- Equipe de Enfermagem;

#### Quando aplicar:

- Na admissão de qualquer cliente em qualquer unidade hospitalar ou serviço de saúde que necessite do cuidado ocular;
- Orientar ou fazer a administração da medicação prescrita;
- Cuidados devem ser realizados conforme prescrição médica;

#### Material necessário:

- Frasco de medicamentos com gotas oculares estéreis, cremes ou discos intraoculares;
- Algodão, gazes;
- Cuba rim ou similar cheia de água morna e toalha de rosto para caso os olhos possuam alguma crosta ou secreção;
- Tampão e adesivo ocular, (opcional);
- Luvas de procedimento;
- Ficha de medicação;

PROCEDIMENTO	FUNDAMENTAÇÃO
1. Explicar ao cliente o procedimento inclusive o posicionamento e as sensações esperadas, como queimação, ardência, observar as condições da região ocular;	Alivia a ansiedade sobre a medicação instilada nos olhos;
2. Lavar as mãos na técnica correta;	Evitar a transmissão de micro-organismos;
3. Preparar o material;	
4. Verifique o nome do paciente, da medicação e sua dosagem e via de administração;	Assegura que o paciente irá receber a medicação de forma correta;
5. Determine se o paciente tem qualquer tipo de alergia conhecidas aos tipos de medicamentos oculares e/ou ao látex;	Protege o paciente de riscos de resposta alérgica aos medicamentos, se o indivíduo tiver alergia ao látex, utilizar luvas sem látex;
6. Preparar a medicação, conferir o rótulo;	Seguir a mesma rotina de preparação de medicação, verificar e conferir a medicação diminui erros;
7. Levar o medicamento até o paciente, no horário correto; higiene das mãos;	A higiene das mãos reduz a transmissão de micro-organismos;

8. Compare os rótulos e a prescrição com o paciente no leito;	Conferência final das identificações da medicação e ficha do paciente reduz erros;
9. Arranje os suprimentos no leito, use luvas de procedimento limpas; se as medicações estiverem acondicionadas no refrigerador, deixa-la ficar em temperatura ambiente antes de administrar;	As luvas seguem os padrões para prevenir-se contra exposição acidental com fluídos do organismo, gotas oculares morno reduzem a irritação nos olhos;
10. Role o frasco gentilmente;	Certifica que a medicação esta homogenia antes da administração; agitar o frasco vigorosamente leva à formação de bolhas dificultando a administração;
11. Pedir para o paciente deitar em decúbito dorsal, ou sentar-se numa cadeira com a cabeça levemente hiperestendida;	A posição permite um melhor acesso à instilação ocular e diminui a drenagem do medicamento pelo ducto lacrimal;
12. Se as crostas ou secreções estiverem presentes ao longo das margens das pálpebras ou no canto interno, lave delicadamente, embeba as crostas secas e difíceis de remover, aplicando uma gaze ou algodão úmidos sobre os olhos por alguns minutos, sempre limpando do canto interno para o externo;	As crostas e secreções alojam micro-organismos. A umidificação permite a remoção fácil e evita que a pressão seja aplicada diretamente sobre os olhos; a limpeza do canto interno para o externo evita a entrada de micro-organismos no ducto lacrimal;
<b>13. Instilação de gotas de colírio;</b>	
14. Com a mão dominante repousando sobre a fronte do paciente, segure o conta-gotas ou a solução oftálmica aproximadamente 1 a 2 cm acima do saco conjuntivo;	Ajuda a evitar o contato acidental do conta-gotas com as estruturas do olho, reduzindo assim o risco de lesões e a transferência da secreção para o

	conta-gotas. Os medicamentos oftálmicos são estéreis;
15. Aplique as dosagem prescrita dentro do saco conjuntivo;	O saco conjuntivo normalmente detém de uma a duas gotas. Fornece distribuição uniforme do medicamento;
16. Se o paciente piscar, fechar o olho ou se as gotas caírem fora das margens das pálpebras, repetir o procedimento;	O efeito terapêutico só será obtido se o medicamento atingir o saco conjuntivo;
17. Após instilar as gotas, peça ao paciente para fechar os olhos gentilmente;	Ajuda a distribuir o medicamento;
18. Quando administrar um medicamento com efeito sistêmico, aplique pressão suave com seu dedo e gaze limpa sobre o ducto nasolacrimal que se situa no canto interno dos olhos por 20 a 30 segundos;	Evita o fluxo excessivo do medicamento para dentro das passagens nasais e faríngeas. Evita a absorção pela circulação sistêmica;
<b>19. Instilação de creme oftálmico;</b>	
20. Peça para o paciente olhar para o teto;	A ação retrai a córnea para cima e para longe do saco conjuntivo, reduzindo o reflexo de piscar os olhos;
21. Segure o aplicador da pomada acima da pálpebra inferior, aplique uma camada fina de pomada de maneira uniforme ao longo da borda interna da pálpebra inferior sobre a conjuntiva, desde o canto interno para o externo; ao finalizar, girar o aplicador para interromper a aplicação;	Distribui o medicamento uniformemente pelo olho e nas margens das pálpebras; Não encostar o aplicador na pele para evitar contaminação;
22. Faça o paciente fechar os olhos e esfregue levemente a pálpebra em movimentos circulares com a bola de	Distribui o medicamento pelo olho sem traumatizá-lo;

algodão, quando o atrito não for contraindicado;	
23. Colocação de discos intraoculares;	
24. Aplicação:	
25. Abra a embalagem que contém o disco; pressione suavemente o seu dedo contra o disco de modo que ele fique aderido ao seu dedo; posicione o lado convexo do disco sobre a ponta do seu dedo;	Permite que a enfermeira inspecione o disco de dano ou deformidade;
26. Com a outra mão, puxe gentilmente a pálpebra inferior do paciente, afastando-a do olho, peça que olhe para cima;	Prepara o saco conjuntivo para receber o disco medicamentoso;
27. Coloque o disco no saco conjuntivo, de modo que ele flutue sobre a esclera entre a íris e a pálpebra inferior;	Assegura a distribuição do medicamento;
28. Puxe a pálpebra inferior para fora e sobre o disco;	Assegura a exatidão da distribuição do medicamento;
29. Remoção;	
30. Lave as mãos e coloque luvas limpas;	Evita transmissão de micro-organismos e segue padrões para prevenção de exposição acidental a fluidos corporais;
31. Puxe com cuidado a pálpebra inferior do paciente;	Expõe o disco intraocular;
32. Se houver excesso de medicação nas pálpebras, limpe gentilmente do canto interno para o externo;	Promove conforto e evita trauma ao olho;
33. Quando o paciente possui um tampão ocular, aplique um limpo, colocando-o sobre o olho afetado, de	Um tampão novo reduz a chance de infecções;

modo cobrir todo o olho. Fixe com segurança, sem aplicar pressão ao olho;	
34. Se o paciente receber a medicação em ambos os olhos no mesmo momento, use uma gaze diferente ou algodão em cada olho;	Evita a contaminação cruzada dos olhos;
35. Remova as luvas, descarte o que não foi usado em recipientes apropriados e faça a higiene das mãos;	Matem o ambiente limpo na cabeceira do leito e reduz a transmissão de micro-organismos;
36. Anote a resposta do paciente à instilação, pergunte se ele sentiu algum desconforto;	Determina se o procedimento foi realizado da forma correta e segura e se o paciente está sofrendo algum efeito adverso da medicação;
37. Observe a resposta do medicamento avaliando as alterações visuais e observando efeito colateral;	Avalia os efeitos do medicamento;
38. Converse com o paciente, fazendo perguntas a ele sobre finalidade, ação, efeitos colaterais e técnica de administração do medicamento;	Determina o nível de compreensão do paciente;
39. Faça-o demonstrar a autoadministração da próxima dose;	
40. Registre na ficha do paciente com hora, data e quem administrou a medicação, concentração, dosagem, tempo de administração, qual olhos ou ambos, aparência dos olhos;	



Município de Rio Bonito do Iguaçu  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



Instrução de trabalho: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL

REALIZAÇÃO: CARINA VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 63
VALIDADE: 02 ANOS	<i>duo cores</i>			REVISÃO: 01

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA RETAL

**Objetivo:**

- Usado para estimular a peristalse e a defecação;
- Aliviar vômitos;
- Aliviar a dor;
- Diminuir irritação local.

**Justificativa:**

- Via segura, sem risco de infecção, de absorção rápida e ação rápida.

**Competência:**

- Enfermeiro;
- Técnico de enfermagem;
- Auxiliar de enfermagem.

**Quando aplicar:**

- Quando prescrito pelo médico;
- Quando a medicação for de uso local na região anal/retal;
- Quando houver impossibilidade de engolir (coma ou inconsciência) ou restrição à ingestão;
- Quando a medicação tiver função

**Material:**

- Supositório retal;
- Geleia lubrificante (hidrossolúvel);
- Luvas descartáveis;
- Compressas (2);
- Campos (2);
- Etiqueta de medicamento;
- Mascara descartável;
- Saco plástico para lixo;
- Cuba rim.

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>
1. Rever a prescrição do médico, verificando o nome do cliente, nome do medicamento, forma via e horário da administração;	Assegura a administração correta e segura do medicamento;
2. Rever o prontuário clínico para sangramento ou cirurgia retal;	2. As condições contraindicam o uso de supositório;
3. Lavar as mãos;	3. Reduz a transferência de micro-organismos;
4. Calçar as luvas descartáveis	4. Evita ao contato com material fecal infectado;
5. Identificar o cliente, verificar na folha de medicamento o nome do cliente perguntando-lhe ou identificando-o pelo bracelete de identificação;	5. Assegura que o cliente correto receba a medicamento;
6. Explicar p procedimento. Ser específico, caso o cliente deseje auto administrar o medicamento;	6. Promove a compreensão e a cooperação. Possibilita que o cliente auto administre o medicamento, quando fisicamente capacitado.

7. Arrumar os suprimentos na mesa auxiliar ou cabeceira do leito;	7. Assegura o procedimento tranquilo.
8. Fechar a porta do quarto ou cortina. Em caso de alojamento conjunto colocar biombo;	8. mantém a privacidade e minimiza o embaraço.
9. Auxiliar o cliente a posição de Sims. Manter o cliente coberto apenas com a área anal exposta;	9. Expõe o ânus e ajuda o cliente relaxar o esfíncter anal externo. Mantém a privacidade e facilita o relaxamento.
10. Examinar a condição do ânus externamente e palpar as paredes retais quando necessário. Quando as luvas ficarem sujas, descarte-las, invertendo-as, e joga-las fora no recipiente apropriado (saco de lixo contaminado);	10. Determina a presença de sangramento retal ativo. A palpação determina se o reto esta cheio de fezes, o que pode interferir na inserção do supositório. Reduz a transmissão de infecção.
11. Calçar as luvas descartáveis (quando as luvas anteriores houverem sido descartáveis);	11. Minimiza o contato com o material fecal e reduz a transmissão de micro-organismos.

#### **INSERÇÃO DE SUPOSITÓRIO**

12. Remover o supositório do invólucro lubrificar a extremidade arredondada. Lubrificar o dedo indicador da mão dominante com lubrificante hidrossolúvel;	12. A lubrificação reduz o atrito, quando o supositório penetra no canal retal.
13. Pedir ao cliente que faça respirações lentas e profundas através da boca, relaxando o esfíncter anal;	13. Forçar o supositório do esfíncter contraído provoca dor.

14. Retrair as nádegas com a mão não dominante. Introduzir suavemente a através do ânus, ultrapassando o esfíncter interno e contra a parede retal, 10 cm em adultos e 5 cm em crianças e lactentes. Pode ser necessária a aplicação de pressão suave, para prender as nádegas juntas de maneira momentânea;	14. O supositório deve ser colocado contra a mucosa retal para absorção mais adiante e ação terapêutica.
15. Retirar o dedo e limpar a área anal;	15. Proporciona conforto;
16. Retirar as luvas, invertendo-as, e jogá-las fora no lixo contaminado;	16. Reduz a transferência de micro-organismos;
17. Pedir ao cliente que permaneça deitado de costas ou em decúbito lateral por cinco minutos;	17. Evita a expulsão do supositório;
18. Quando o supositório contiver laxativo ou emoliente fecal, colocar o botão da campainha de chamada dentro do alcance do cliente;	18. Proporciona ao cliente sensação de controle sobre eliminação. Permite que ele obtenha assistência com acomadre ou para ir ao banheiro;
19. Lavar as mãos;	19. Reduz a transferência de micro-organismos;
20. Retornar dentro de cinco minutos, para determinar se o supositório foi expelido;	20. A reinserção pode ser necessária;
21. Observar para os efeitos do supositório (ex: movimento intestinal, alívio da náusea.);	21. Avalia a eficácia do medicamento e ao alívio dos sintomas do cliente;

#### **APLICAÇÃO DA POMADA RETAL**

22. Para aplicar externamente, utilize luvas descartáveis ou compressas de gaze para	22. Permite a distribuição uniforme do medicamento sobre a área anal;
--	---

espalhar a medicação sobre a área anal;	
23. Para aplicar internamente, coloque o aplicador no tubo da pomada e revista o aplicador com lubrificante hidrossolúvel;	23. A lubrificação reduz o atrito, quando o aplicador penetra no canal retal;
24. Utilize cerca de 2,5 cm de pomada, esprema uma pequena quantidade do tubo antes de acoplar o aplicador;	24. Para avaliar quanta pressão utilizar durante a aplicação;

25. Levante a nádega superior do cliente com a mão não dominante para expor o ânus;	25. Para melhor viabilização e exposição do ânus para inserção do aplicador;
26. Instrua o cliente a realizar várias respirações pela boca;	26. Reduz a ansiedade ou o desconforto durante a inserção e ajuda a relaxar esfíncter anal;
27. Introduza delicadamente o aplicador, apontando-o em direção do umbigo;	27. Para evitar lesões na mucosa intestinal;
28. Esprema lentamente o tubo;	28. Para produzir a saída da medicação;
29. Retire o aplicador e coloque uma compressa de gaze dobrada entre as nádegas do cliente;	29. Para absorver o excesso de pomada;
30. Desconecte o aplicador do tubo e torne a fechar o tubo. Limpando-o em seguida com gaze;	30. Para remover resíduos de pomada e possíveis micro-organismos;
31. Limpe então o aplicador completamente com sabão e água quente;	31. O reto não é estéril, o sabão e a água auxiliam na remoção das bactérias e da pomada residual;



Município de Rio Bonito do Iguazu  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



Instrução de trabalho: LAVAGEM INTESTINAL

REALIZAÇÃO: CARINA VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 67
VALIDADE: 02 ANOS	<i>duo Torres</i>			REVISÃO: 01

**Lavagem intestinal (enteroclisma)**

É a entrada de uma quantidade de líquido no intestino através de uma sonda retal.

**Indicação:**

Distensão, flatulência abdominal, preparo para cirurgia, tratamento intestinal de radiografias.

**Material**

- Solução comercial do enteroclisma (glicerina), aquecida ou gelada conforme a indicação;
- Forro;
- Vaselina ou xylocaína geléia;
- Papel higiênico;
- Comadre;
- Biombo;
- Sonda retal 22 ou 24;
- Gazes;
- Equipo de soro;
- Luvas de procedimento;
- Suporte de soro.

**Técnica**

1. lavar as mãos;	1. Reduz a transferência de microrganismos;
2. reunir o material;	2. Assegura o procedimento tranquilo

3. explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;	3. Promove a compreensão e a cooperação. Possibilita que o cliente auto administre o medicamento, quando fisicamente capacitado;
4. Cercar a cama com biombo;	4. para promover privacidade ao paciente;
5. Colocar sobre a mesa de cabeceira a solução de glicerina, gases e xylocaína;	5. Assegura o procedimento tranquilo;
6. Colocar a comadre sobre a escadinha;	6. para facilitar o procedimento;
7. Colocar em decúbito lateral esquerdo, deixando-o coberto;	7. Expõe o ânus e ajuda o cliente relaxar o esfíncter anal externo. Mantém a privacidade e facilita o relaxamento;
8. Colocar o forro sob as nádegas do paciente;	8. para proteger a cama;
9. Adaptar o equipo do soro ao frasco do clister, retirando o ar do equipo;	9. para não introduzir no intestino do paciente;
10. Colocar o frasco no suporte do soro;	10. Para facilitar o procedimento;
11. Calçar as luvas;	11. Evita ao contato com material fecal infectado;
12. Conectar a sonda retal a extremidade do equipo, retirando o ar da mesma;	12. Para não introduzir no intestino do paciente;
13. Lubrificar a sonda com xylocaína;	13. Para facilitar a introdução da sonda;
14. Separar a prega interglútea com gases expondo a região anal;	Para melhor visualização da região anal;
15. Introduzir a sonda no reto, cerca de 8 a 10 cm com cuidado e vagorosamente;	15. Para não ferir o reto;
16. Abrir a pinça do equipo de soro e deixar a solução correr até o final;	16. Para administração da solução;

17. Fechar a pinça de soro;	17. Para evitar respingos e acúmulo da solução na extremidade da sonda;
18. Retirar a sonda ao término da solução;	18. Devagar e com auxílio de gazes para evitar respingos;
19. Desprezar a sonda envolvida no papel higiênico e o frasco no lixo contaminado;	19. Para evitar contaminação de outros materiais;
20. Orientar o paciente para reter a solução durante alguns minutos;	20. Para evitar expulsão rápida da solução;
21. Colocar o paciente na comadre ou leva-la ao banheiro, deixando o papel higiênico em suas mãos;	21. Proporciona ao cliente sensação de controle sobre eliminação. Permite que ele obtenha assistência com acomadre ou para ir ao banheiro;
22. Retirar a comadre e levar ao banheiro desprezando o conteúdo lavando-o;	22. Para proporcionar higiene e limpeza ao paciente;
23. Retirar as luvas;	23. Desprezando-as na técnica;
24. Oferecer material para lavagem das mãos se necessário;	24. Para redução de microrganismo;
25. Deixar a unidade em ordem e o paciente confortável;	25. Proporciona conforto ao paciente;
26. Anotar no prontuário: horário, quantidade da solução usada e retorno;	26. Para controle de entrada e saída da solução aplicada;

**Observações importantes:**

- Diminuir ou interromper momentaneamente o fluxo do líquido, se o paciente queixar-se de dor;
- Não deixar entrar ar no intestino;
- Quando o líquido não entrar por obstrução da sonda, fazer movimentos delicados com a mesma;
- Nunca, forçar a introdução da sonda;
- Ao introduzir a sonda, pedir ao paciente que inspire e expire profundamente, a fim de manter o relaxamento;



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



Instrução de trabalho: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA VAGINAL

REALIZAÇÃO: CARINA VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 70
VALIDADE: 02 ANOS	<i>Guo Vorris</i>			REVISÃO: 01

**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VAGINAIS.**

**Objetivo:**

- Padronizar os cuidados no preparo de administração da medicação via vaginal a fim de prevenir efeitos adversos garantindo a segurança do paciente.

**Justificativa:**

- Garantir homogeneidade nas rotinas relacionadas ao preparo e administração de medicação via vaginal, garantindo assim que a paciente receba com sucesso a medicação.

**Competência:**

- Médico (a): Prescrever a medicação claramente com o nome do medicamento, dose, via e horário da administração.
- Enfermeiro (a): Capacitar à equipe de enfermagem a agir conforme o protocolo, supervisionar se o protocolo está sendo executado, executar o protocolo e fazer as mudanças necessárias.
- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: Administrar a medicação via vaginal conforme o protocolo.

**Quando aplicar:**

- Respeitar a padronização dos medicamentos.
- Administrar a medicação somente quando prescrito pelo médico.
- Aplicar seguindo o protocolo.

**Materiais Necessários:**

- Balcão para preparo da medicação limpo e desinfetado;
- Bandejas limpas e integras;
- Luvas descartáveis;
- Aplicadores plásticos;
- Toalha de papel;
- Absorventes higiênicos;
- Creme Vaginal, óvulo, cápsulas, comprimidos e supositórios vaginais (conforme prescrição médica);
- Lubrificantes hidrossolúveis;
- Prescrição médica;
- Recipiente lavável e integro para guardar a medicação.

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO</b>
1. Verificar a prescrição médica, e em uma fita adesiva registra com os cinco certos: nome da paciente, nome do medicamento, via de administração, dosagem e horário da administração.	Assegurar que a paciente correta recebe de forma segura a medicação.
2. Lavar as mãos	Reduz a transferência de microrganismos.
3. Preparar o balcão realizando a limpeza e desinfecção do mesmo e arrumar uma bandeja com: medicamento conforme prescrição médica, aplicador plástico, recipientes para resíduos, par de luvas, toalha de papel, absorvente higiênico e lubrificante.	Evita a falta de materiais após começar o procedimento.

<p>4. Encaixe o bico no tubo do aplicador, (ou no caso do óvulo, cápsulas, comprimidos e supositórios colocar dentro do aplicador diretamente) pressionar o tubo da pomada até preencher o aplicador, conforme prescrito, lubrificar o aplicador e colocar o mesmo na sua embalagem devidamente registrada com a fita adesiva. (Para cada aplicação de creme vaginal deve ser utilizado um novo aplicador).</p>	<p>Procede de forma correta e segura a transferência do medicamento ao aplicador.</p>
<p>5. Dirigir-se ao quarto do paciente com a bandeja arrumada.</p>	
<p>6. Identificar o quarto e o paciente pedindo que a mesmo diga seu nome, após a apresentação contar para a paciente o procedimento que irá realizar.</p>	<p>Garante que a paciente certa receba a medicação certa, tranquilizando a mesma.</p>
<p>7. Avaliar a capacidade da paciente de manipular o aplicador, bem como para se posicionar, a fim de inserir o medicamento.</p>	<p>A restrição de mobilidade indica o nível de assistência necessária pela enfermeira.</p>
<p>8. Arrumar os suprimentos ao lado do leito.</p>	<p>Assegura o procedimento tranquilo.</p>
<p>9. Fechar a porta do quarto ou colocar biombo separando as camas.</p>	<p>Fornece privacidade.</p>
<p>10. Ajudar a paciente a deitar na posição ginecológica.</p>	<p>Propicia o acesso fácil e a boa exposição do canal vaginal. Também permite que o óvulo se dissolva, sem sair através do orifício.</p>
<p>11. Manter o abdômen e os membros inferiores cobertos.</p>	<p>Minimiza o embaraço.</p>

12. Lavar as mãos e calçar as luvas descartáveis.	Evita a transmissão de microrganismos e protege o profissional de secreções corporais.
13. Assegurar-se de que o orifício vaginal é bem iluminado pela luz ambiente ou por foco.	A inserção correta exige a visualização da genitália externa.
14. Com a mão não dominante enluvada afastar os grandes e pequenos lábios vaginais.	Expõe o orifício vaginal.
15. Com a mão dominante segurar o aplicador horizontalmente e introduzi-lo na vagina, tão profundamente quanto o possível, mais que não fique desconfortável (paciente lúcida), ou seja, sem fazer força. Após posicionar corretamente o aplicador os lábios podem voltar à posição normal, liberando a mão não dominante para empurrar o embolo. Empurre o embolo do aplicador até o fim com calma, para que todo o produto contido no mesmo passe para a vagina.	Permite a distribuição uniforme do medicamento ao longo das paredes vaginais.
16. Retirar o aplicador e colocá-lo sobre a toalha de papel.	
17. Limpar os resíduos do creme dos lábios e do orifício da vagina.	Mantém o conforto a paciente.
18. Instruir a paciente a permanecer em decúbito dorsal por aproximadamente 10 minutos.	Evita que o medicamento saia em seguida da aplicação, não tendo seu efeito desejável.

19. Oferecer absorvente higiênico para paciente quando ela voltar à posição normal.	Evita que a secreção se espalhe para as roupas íntimas.
20. Retirar as luvas e descartá-las em lixo apropriado e lavar as mãos.	Evita a transmissão de microrganismos.
21. Após 30 minutos retornar ao quarto da paciente e verificar se houve intercorrências relacionadas à medicação, registrar e comunicar ao médico.	Assegura a eficácia do medicamento.



Município de Rio Bonito do Iguaçu  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



Instrução de trabalho: INSERÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA

REALIZAÇÃO: CARINA VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 75
VALIDADE: 02 ANOS	<i>Queloves</i>			REVISÃO: 01

### INSERÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA - SNG

**Objetivo:**

- Facilitar o acesso à cavidade gástrica, permitindo o tratamento como administração e alimentos, medicamentos em pacientes incapacitados, acamados e debilitados.
- Drenagem do conteúdo gástrico-sangue, secreção gástrica, gases (liberações metabólicas), medicamentos, etc.
- Em casos de obstrução intestinal ou pós – cirúrgica (íleo paralítico), prevenindo e aliviando náuseas, vômitos ou distensão.
- Finalidade diagnóstica, pela análise de conteúdo gástrico nas intoxicações exógenas, tuberculoses, etc.

**Justificativa:**

- Repor líquidos hidratar ou alimentar o paciente impossibilitado de deglutir, em pós-operatório de cirurgia de região oral, via aéreas superiores e pacientes inconscientes.

**Competência:**

- Médico: define e prescreve a sondagem;
- Enfermeiro: Responsável pela inserção da sonda, seguindo o protocolo. Determina os cuidados da enfermagem a serem realizados pela equipe. Após a inserção da sonda, e a capacita. Registra no prontuário o

procedimento realizado.

- Técnico/ auxiliar de enfermagem: seguem o protocolo de enfermagem para passagem da sonda e o cuidado após a inserção da sonda.

### **Quando aplicar:**

- Geralmente inserida para descomprimir o estômago a SNG pode impedir o vômito após uma cirurgia complexa. Normalmente o paciente fica com a sonda aberta de 48 a 72 horas.
- Para a drenagem de conteúdo gástrico, desobstrução intestinal com finalidade diagnóstica em pacientes incapacitados comatosos e debilitados.

### **Material necessário:**

- Bandeja;
- Sonda Nasogástrica (também chamada de Levine) de numeração par de 10 a 18 (adulto), sendo que apenas as sondas 16 e 18 são utilizadas para descompressão, porque precisam ser capaz de drenar secreções espessas.
- Espardrapo hipoalérgico com 2,5 cm de largura;
- Micropore;
- Anestésico gel a 2% (Xilocaína) em alguns casos o anestésico pode causar desconforto para o paciente;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Abaixador de língua;
- Lanterna;
- Gaze;
- Luvas descartáveis;
- Seringa de 10 ml;
- Cuba-rim;
- Estetoscópio;
- Copo com água e canudo (se paciente lúcido);

- Lenço de papel ou toalha de rosto;
- Tintura de benzoína ou éter (opcional usada para remover a oleosidade da pele para fixação da SNG);

**Método:**

Para a instalação das SNG recomenda-se que o paciente esteja em jejum alimentar de pelo menos 4h, pois a presença de alimentos no estômago reduz os movimentos gástricos, importantes para o posicionamento da sonda e favorece a ocorrência de náuseas e vômitos. Uma medida seria manter o paciente em jejum, logo após a última refeição do dia, e realizar a passagem da sonda pela manhã.

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO</b>
1. Identificar o paciente e explicar o procedimento.	Identificação impede a inserção da sonda no paciente errado à explicação obtém a cooperação do paciente e diminui a possibilidade de que ele remova a sonda.
2. Puxar a cortina ao redor do leito ou fechar a porta do quarto.	Proporcionar privacidade.
3. Verificar o prontuário clínico para prescrição médica tipo de sonda NG a ser colocada se a sonda deve ser ligada a aspiração ou bolsa de drenagem.	O procedimento exige a prescrição do médico a descompressão adequada depende da aspiração SNG.
4. Lavar as mãos.	Evita a transmissão de microrganismos.
5. Avaliar o nível de consciência do paciente e a capacidade de seguir instruções.	Determina a capacidade do paciente e auxiliar no procedimento.
6. Perguntar se o paciente apresenta história de cirurgia nasal e observar se existe desvio de septo nasal.	O enfermeiro de inserir sonda na passagem nasal - não afetada o procedimento pode ser contra indicado caso, a cirurgia seja recente.

7. Inspeccionar a condição das cavidades nasal e oral do paciente.	A condição basal das cavidades nasal e oral determina as necessidades de enfermagem especiais para higiene oral depois da inserção da sonda.
8. Realizar a observação, auscultar os ruídos hidroaéreos do paciente (valores de 5 a 45 por min), palpação e percussão.	
9. Preparar o equipamento ao lado do leito. Cortar três pedaços de esparadrapo e um pedaço de micropore para a fixação e marcação da sonda colocá-los na borda da bandeja na mesa ao lado do leito.	Para fixar a SNG. Esparadrapo será usado depois da inserção da sonda ajuda na inserção da sonda para fixá-lo firmemente.
10. Posicionar o paciente na posição de Fowler alta (45º de inclinação) com travesseiros atrás da cabeça e dos ombros. Levantar a cama até o nível horizontal confortável para o enfermeiro.	Promover a capacidade do paciente de deglutir durante o procedimento. A boa mecânica corporal impede lesão do enfermeiro ou do paciente.
11. Ficar em pé ao lado mais confortável para o enfermeiro.	Permite manipulação mais fácil.
12. Colocar a toalha de banho ou lenços de papel sobre o tórax do paciente fornecer os lenços de papel ao paciente.	Impede que suje a camisola do paciente a inserção da sonda através das passagens nasais pode provocar laceração e tosse com salivação aumentada.
13. Instruir o paciente a relaxar e respirar normalmente, enquanto oclui uma narina em seguida, repetir ação para a outra narina selecionar a com maior fluxo de ar.	A sonda passa mais facilmente através da narina mais permeável.

<p>14. Medir a distância para inserir a sonda desde a ponta do nariz até o lóbulo da orelha, e até o processo xifóide em seguida adicione mais 2cm referentes à extremidade da sonda NG com perfurações.</p>	<p>A sonda deve estender se desde as narinas até o estômago; a distância varia de acordo com cada paciente.</p>
<p>15. Marcar o comprimento da sonda a ser inserido com um pequeno pedaço de esparadrapo preso, de modo que possa ser facilmente removido.</p>	<p>Marca a extensão da sonda desde as narinas até o estomago. Impedindo que a sonda ultrapasse do estomago.</p>
<p>16. Calçar as luvas descartáveis.</p>	<p>Reduz a transmissão de micro-organismos além de ser uma proteção para o profissional.</p>
<p>17. Curvar ligeiramente de 10 a 15cm da extremidade da sonda ao redor do dedo indicador e depois liberar.</p>	<p>Curvar a extremidade da sonda ajuda na inserção e diminui a rigidez da sonda.</p>
<p>18. Lubrificar de 7 a 10 cm da extremidade da sonda com gel anestésico.</p>	<p>A lubrificação da sonda minimiza o atrito contra a mucosa oral e nasal.</p>
<p>19. Alertar o paciente do começo do procedimento.</p>	<p>Diminui a ansiedade do paciente e aumenta sua cooperação.</p>
<p>20. Orientar ao paciente que estenda o pescoço para trás contra o travesseiro. Com a mão não dominante apoie a cabeça do paciente desde o início da inserção da sonda até o final do procedimento.</p>	<p>Facilita a passagem inicial da sonda através da narina e mantém a via aérea limpa para a narina aberta.</p>
<p>21. Introduzir delicadamente a sonda na narina, acompanhando o septo nasal e superfície superior do palato duro, mirando para baixo, no sentido</p>	<p>O movimento de mirar a sonda para baixo, na altura do assoalho nasal diminui o desconforto do atrito da sonda contra os epitélios nasais</p>

<p>da orelha quando sentir resistência; aplicar uma discreta pressão para baixo, a fim de avançar a sonda (não forçar além da resistência) Orientar o paciente para relaxar os músculos da face.</p>	<p>superiores.</p>
<p>22. Quando encontrar resistência tentar girar a sonda a ver se ela avança. Se houver resistência retirá-la permitindo que o paciente repouse.</p>	<p>Forçar contra a resistência pode provocar trauma na mucosa. A pausa ajuda aliviar a ansiedade do paciente.</p>
<p>23. Continuar a inserção da sonda até que tenha ultrapassado a nasofaringe girando suavemente a sonda no sentido da narina oposta. Neste momento o paciente começará a lacrimejar e terá sentirá náuseas, constitui uma resposta natural a irritação da mucosa. Interromper o avanço da sonda permitindo que o paciente relaxe e fornecer lenços. Explicar ao paciente que a próxima etapa requer que o paciente engula. Fornecer um copo de água ao paciente exceto contra indicado.</p>	<p>Alivia a ansiedade; náuseas e lacrimejo indica que a sonda está na nasofaringe; a salivação excessiva pode ocorrer por causa da estimulação oral; a deglutição de água ajuda a passagem da sonda NG para dentro do esôfago. Quando, após cada deglutição, a sonda "caminha espontaneamente" na mão do profissional, não há dúvida de que a sonda está se posicionando corretamente no esôfago.</p>
<p>24. Com a sonda exatamente acima do esôfago instrua o paciente a flexionar a cabeça a cabeça para frente deixando alinhada com a coluna vertebral, depois o instrua a tomar um pequeno gole de água e engolir. Avançar a sonda a cada 2,5 a 5cm a cada deglutição de água. Nos pacientes com reflexos diminuídos,</p>	<p>Flexionar a cabeça para frente, fecha a via aérea superior para a traqueia e abre o esôfago. A deglutição fecha a epiglote sobre a taqueia e ajuda mover a sonda para dentro do esôfago.</p>

<p>flectir a cabeça para que a glote se feche e proteja as vias aéreas. A movimentação peristáltica do esôfago é voluntária no seu terço superior e involuntária nos 2/3 distais (mesmo em pacientes inconscientes), e as vias aéreas não têm tal capacidade. Quando o paciente não puder receber líquido instruir a engolir a seco.</p>	
<p>25. Quando o paciente começar a tossir, engasgar ou sufocar puxar aos poucos a sonda interrompendo o seu avanço. Instruir o paciente a respirar com facilidade e a tomar goles de água.</p>	<p>A sonda pode entrar acidentalmente na laringe e iniciar o reflexo da tosse. O engasgo é facilitado pela deglutição da água e o risco aumenta quando ocorre vômito.</p>
<p>26. Depois que o paciente relaxar, continuar a avançar com a sonda pela distância desejada. Fixe parcialmente a sonda.</p>	<p>A extremidade da sonda deve ficar dentro do estômago.</p>
<p>27. Certificar-se de que a sonda está no estômago realizando os seguintes testes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pela aspiração;</li> <li>2. Insuflação de ar;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A aspiração do conteúdo proporciona o retorno de líquido ou conteúdo gástrico.</li> <li>2. Injetando 10 ml de ar e auscultando com o estetoscópio sobre as bordas intercostais do lado esquerdo (ruído de cascata). Após este teste, aspirar o ar injetado.</li> </ol>
<p>28. Fixar completamente a sonda e colar a identificação da sonda. Lateralizar o paciente.</p>	<p>Na identificação são indispensáveis seguintes dados: tamanho da sonda, data e horário da realização do procedimento e nome do profissional.</p>
<p>29. Fixar completamente a sonda e colar a identificação da sonda.</p>	<p>Na identificação são indispensáveis seguintes dados: tamanho da sonda,</p>

Lateralizar o paciente.	data e horário da realização do procedimento e nome do profissional.
30. Fechar a extremidade da sonda.	Priorize a validade da sonda de 30 dias, pois varia de acordo com a qualidade da sonda, porém se faz necessário a avaliação direta. (Esse prazo pode variar de acordo com o protocolo da instituição em questão).
31. Descalçar as luvas de procedimento e realizar a higiene das mãos.	Evita o transporte de micro-organismos de um paciente para outro.
32. Descartar todos os materiais utilizados na administração do medicamento de acordo com as precauções universais e normas do hospital.	Descartar os resíduos de lixo conforme as precauções diminui a quantidade de lixo contaminado, destinando em seus destinos corretos além de evitar gastos desnecessários.
33. Registro e relato.	Registrar nas evoluções de enfermagem, a hora e o tipo de SNG inserida, a tolerância cliente, o procedimento, a confirmação da posição, o caráter do conteúdo gástrico o valor do pH e se a sonda está clampeada ou ligada a dispositivo de drenagem.
34. Registro.	Registrar nas evoluções de enfermagem e/ou na planilha de controle hídrico, a quantidade e o caráter do conteúdo que drena da sonda NG a cada turno, a menos que seja prescrito com maior frequência pela médica.



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



**Instrução de trabalho: INSERÇÃO DE SONDA NASOENTÉRICA**

<b>REALIZAÇÃO:</b> CARINA VALLE	<b>APROVAÇÃO:</b>	<b>DATA</b> APROVAÇÃO 20/11/2023	<b>DA</b>	<b>PÁGINA:</b> 83
<b>VALIDADE:</b> 02 ANOS	<i>Queloves</i>			<b>REVISÃO:</b> 01

**INSERÇÃO DE SONDA NASOENTÉRICA**

**Finalidades do protocolo:**

Procedimento técnico, invasivo, realizado por profissional habilitado, visando suprir as necessidades nutritivas e medicamentosas do paciente quando ele está impossibilitado de receber por via oral, qualquer um dos procedimentos necessários.

**Responsabilidade:**

Cabe esse procedimento ser realizado apenas por médicos e enfermeiras.

**Material utilizado:**

- Sonda enteral.
- Seringa de Luer ou com extremidade para cateter, de 10 ml ou mais.
- Esparadrapo antialérgico e tintura de benzoína.
- Fita de indicador de pH.
- Copo de água.
- Cuba-rim.
- Alfinete de segurança.
- Tira de borracha.
- Toalha.
- Lenços.
- Luvas limpas.
- Lanterna para verificar a posição na nasofaringe.
- Abaixador de língua.
- Xylocaína

**Protocolo:**

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO</b>
1. Avaliar o cliente para a necessidade de alimentação por sonda enteral: dieta zero ou ingesta insuficiente por mais de cinco dias, trato GI funcionando, incapaz de ingerir os nutrientes suficientes.	1. Identificar os clientes que precisam de alimentações por sonda, antes que fiquem nutricionalmente prejudicados, podendo ajudar a evitar complicações relacionadas à desnutrição.
2. Avaliar o cliente para a via de administração adequada: a) fechar cada narina alternadamente e pedir ao paciente que respire; b) avaliar para o reflexo de vômito; c) inspecionar as narinas e a boca para irritação ou obstrução; d) reverá história clínica do paciente para problemas nasais ou cirurgias no campo respiratório e risco de aspiração (menos de 30 dias da cirurgia não pode fazer o procedimento). e) Verificar com o estetoscópio se há ruído hidroaéreo, dividir o abdômen em 4 quadrantes a partir da cicatriz umbilical, começar a ouvir em sentido horário, se houver ruídos contar em 1 minuto quantos ruídos foram (de 5-35 ruídos é normal).	2. Avaliar as narinas para a permeabilidade. As narinas podem estar obstruídas. A avaliação determina qual narina utilizar. Identifica a capacidade de deglutir e o risco de aspiração. A enfermeira pode buscar prescrição do médico, para colocar a via do suporte nutricional no intestino, com o risco de maior aspiração.
3. Rever a prescrição do médico para o tipo de sonda e a programação da alimentação enteral.	3. O procedimento e as alimentações por sonda exigem prescrição médica.
4. Lavar as mãos.	4. Reduz a transferência de microrganismos.

5. Explicar o procedimento ao paciente.	5. Diminui a ansiedade e ajuda o paciente a auxiliar na inserção.
6. Ficar em pé ao lado do leito, no mesmo lado da narina onde será feita a inserção, e ajudar o cliente a ficar em posição de semi-Fowler alta, a menos que esta seja contraindicada. Colocar o travesseiro atrás da cabeça dos ombros.	6. Permite a manipulação mais fácil da sonda. A posição de Fowler reduz o risco de aspiração e promove a deglutição efetiva.
7. Colocar a toalha de procedimentos sobre o tórax. Manter os lenços ao alcance.	7. Impede de sujar a camisola. A inserção da sonda pode produzir lacrimejamento.
8. Determinar o comprimento da sonda a ser inserida e marcar com o esparadrapo. a) método tradicional: medir a distância desde a extremidade do nariz até a orelha e até o processo xifoide do esterno. (Caso a pessoa for de estatura baixa contar mais 23 cm, e caso ela for de estatura alta contar mais 30 cm de sonda).	8. O comprimento aproxima-se da distância entre o nariz e o estômago em 98% dos pacientes. Para o posicionamento duodenal ou jejunal, são necessários mais 20 a 30 cm.
9. Preparar a sonda nasointestinal para a intubação: a) as sondas de plásticos não devem ser refrigeradas; b) injetar 10 ml de água com uma seringa para o cateter na sonda. c) certificar-se de que a guia está seguramente posicionada contra a extremidade pesada e que as conexões da seringa estão firmemente presas entre si.	9. As sondas ficarão rígidas e inflexíveis, provocando trauma para as mucosas. Ajuda na inserção da guia. Promove a passagem suave da sonda para dentro do trato GI. O mandril incorretamente posicionado pode induzir a um trauma grave.

10. Cortar uma fita de esparadrapo com 10 cm de comprimento.	
11. Calçar luvas limpas.	11. Reduz a transmissão de microrganismos.
12. Mergulhar a sonda na xylocaína.	12. Ativa o lubrificante para facilitar a introdução da sonda na narina até o trato GI.
13. Introduzir a sonda através da narina até a parte posterior da faringe (nasofaringe posterior). Na primeira resistência que sentir girar a sonda a 180° e empurrar para baixo.	13. Os contornos naturais facilitam a passagem da sonda para dentro do trato GI e reduzem o reflexo de vômito no paciente.
14. Na segunda resistência que sentir o paciente irá lacrimejar ou fazer reflexo de vômito assim flexionar a cabeça do paciente no sentido do tórax, ficando sua cabeça reta com o tronco depois que a sonda houver ultrapassado a nasofaringe e pedir pra ele respire fundo.	14. Fecha a glote e reduz o risco da sonda penetrar na traqueia.
15. Enfatizar a necessidade de respirar pela boca e de engolir durante procedimento.	15. A ajuda facilita a passagem da sonda e alivia os temores do paciente durante o procedimento.
16. Avançar a sonda 2,5 cm a 5 cm a cada vez que o cliente engolir, até que o comprimento desejado tenha sido introduzido. Não forçar a sonda. Quando se encontra resistência ou o paciente começa a tossir, sufocar-se, ou ficar cianótico, interromper o procedimento e retirar a sonda.	16. Reduz o desconforto e o trauma para o paciente.

<p>17. Verificar para a posição da sonda na parte posterior da faringe com a lanterna e abaixador de língua e fazer o paciente falar.</p>	<p>17. A sonda pode-se encontrar enrolada, dobrada ou estar penetrando na traqueia.</p>
<p>18. Realizar as medidas para verificar o posicionamento da sonda: a) injetar 10 ml de ar na sonda e com o estetoscópio no quadrante superior esquerdo (em cima do estômago), auscultar o ruído.</p>	<p>18. Isso indica se a sonda está bem posicionada.</p>
<p>19. Aplicar tintura de benzoína ou outro adesivo cutâneo na ponta do nariz do cliente e no tubo. Permitir que seque.</p>	<p>19. Ajuda ao esparadrapo a aderir melhor. Protege a pele.</p>
<p>20. Para o posicionamento intestinal, colocar o paciente em decúbito lateral direito, por no máximo 1 hora, até que tenha sido feita a confirmação radiológica do posicionamento correto da sonda. Por outro lado, ajudar o paciente a ficar em posição confortável.</p>	<p>20. Promove a passagem da sonda para dentro do intestino delgado (duodeno e jejuno).</p>
<p>21. Remover luvas e fixar a sonda com o esparadrapo, evitando a pressão sobre a narina. a) Fazer uma fenda de 5 cm de comprimento no sentido longitudinal em uma extremidade do esparadrapo. Colocar a extremidade intacta do esparadrapo sobre a crista nasal do cliente. Enrolar cada faixa de 5 cm ao redor da sonda, quando ela sair do nariz. b) Prender a extremidade da sonda na camisola do cliente, fazendo uma alça</p>	<p>21. Uma sonda adequadamente fixada possibilita ao cliente maior mobilidade e evita o trauma da mucosa nasal. a) Fixar o esparadrapo nas narinas impede a necrose tissular. b) Reduz a tração sobre a narina, caso a sonda se movimente.</p>

com a faixa de borracha ao redor da sonda com um laço. Prender a faixa de borracha na camisola com o alfinete.	
22. Conseguir a radiografia do abdômen.	22. O posicionamento da sonda é verificado por exame radiográfico (Metheny, 1988).
23. Calçar as luvas e realizar a higiene oral. Limpar a sonda na narina. Para a retirada do fio guia, lubrificar com água (4 ml).	23. Promove o conforto do cliente e a integridade das mucosas orais. A lubrificação é feita para não causar desconforto ou dor quando retirar o fio guia.
24. Retirar as luvas, descartar o equipamento e lavar as mãos.	24. Reduz a transmissão de microrganismos.
25. Inspeccionar o nariz e a orofaringe para irritação depois da introdução.	25. Se a inserção foi difícil, pode ter ocorrido a irritação do nariz ou da orofaringe.
26. Perguntar ao paciente se ele se sente confortável.	26. Avaliar o nível de conforto do paciente.
27. Observar o cliente para dificuldade respiratória ou vômito.	28. O posicionamento errôneo da sonda pode provocar estes sintomas.

**Observações e recomendações:**

1. Estimular o paciente a deglutir, dando-lhe pequenos goles de água ou lascas de gelo, quando possível. Avançar a sonda, à medida que o cliente engole. Girar a sonda em 180° durante a introdução.
2. Para o adulto, muitas destas sondas são de calibre 8 a 12 e com comprimento de 90 a 107 cm.
3. A identificação da sonda nasoentérica é feita da seguinte maneira:

SNE	(Sonda nasoentérica)	Número da sonda:
Data:	Hora:	
	Responsável:	



**Município de Rio Bonito do Iguazu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



**Instrução de trabalho: Preparo de medicação via SNG, SNE**

REALIZAÇÃO: CARINA VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 89
VALIDADE: 02 ANOS	<i>duo vezes</i>			REVISÃO: 01

**PREPARO DE MEDICAÇÃO POR SONDA NASOGÁSTRICA, NASOENTÉRICA, JEJUNOSTOMIA E GASTROSTOMIA.**

**Objetivo:**

Padronizar os procedimentos relacionados ao preparo e administração de medicamentos;

Contribuir com a organização dos procedimentos desenvolvidos pela equipe de enfermagem;

Garantir a segurança do paciente na administração correta da medicação via sonda;

**Justificativa:**

A medicação por sonda se dá quando o paciente está impossibilitado de tomar medicamentos por via oral.

**Competência:**

- Médico: Prescreve diariamente de maneira legível indicando o medicamento, a dose, a via e o horário.
- Enfermeiro: Supervisiona e executa de maneira atenta e responsável todos os procedimentos deste protocolo e capacita a equipe de enfermagem.
- Técnico/ Auxiliar de enfermagem: Executa e administra a medicação por sonda respeitando o protocolo preconizado.

**Quando aplicar:**

Quando prescrito pelo médico.

**Material necessário:**

- Par de luvas;
- Bandejas limpas;
- Seringas de acordo com a medicação a ser administradas;
- Água destilada ou filtrada;
- Medicação prescrita (esmagados ou líquidos)
- Toalhas de papel;
- Estetoscópio

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO</b>
1. Reunir o equipamento. Verificar as prescrições de medicamentos em relação à prescrição médica original, conforme política da instituição. Esclarecer incoerências e verificar o prontuário do paciente em relação a alergias.	1. A comparação ajuda a identificar erros de transcrição prescrição. A prescrição médica é o registro legal das prescrições de medicamentos nas instituições
2. Conhecer as ações, as considerações especiais de enfermagem, as variações seguras das doses, a finalidade da administração e os efeitos adversos. Avaliar a adequação do medicamento a cada paciente	2. Esse conhecimento ajuda o enfermeiro a avaliar o efeito terapêutico do medicamento em relação à condição do paciente, podendo, ainda, ser usado para instruí-lo sob medicamento.
3. Fazer a higiene das mãos.	3. Previne a disseminação de microrganismos

<p>4. Preparar os medicamentos para um paciente de cada vez colocando a fita de identificação na seringa levando em consideração os Cinco Certos:</p> <p>Paciente certo;  Medicação certa;  Dose certa;  Via certa;  Horário certo;</p>	<p>4. Evita erros na administração.</p>
<p>5. Preparar a bandeja, fazer a assepsia da mesma. Colocar as seringas necessárias, o medicamento devidamente preparado, água destilada ou filtrada para irrigação da sonda e um par de luvas.</p> <p>Obs. Os comprimidos devem ser esmagados um de cada vez e o pó dissolvido em líquido recomendado em um recipiente para medicação líquida e as cápsulas devem ser abertas e dissolvidas no líquido recomendado.</p> <p>As medicações líquidas colocadas em um dispositivo adequado para medir líquido. Colocar ao nível dos olhos para a medição.</p>	<p>5. Evita a contaminação do material utilizado. Organizar facilita a administração correta e poupa tempo.</p> <p>Alguns medicamentos exigem avaliações pré – administração, outros, dissolução em líquido diferente de água. Para evitar que a sonda fique bloqueada, todos os medicamentos devem ser dados na forma líquida.</p> <p>Exatidão é possível quando usado o dispositivo apropriado para medir, seguido da leitura precisa.</p>

<p>6. Identificar o paciente.</p> <p>a- Pedir que o mesmo diga seu próprio nome</p> <p>b- Se o paciente não conseguir se identificar, perguntar sobre sua identidade a um funcionário que o conheça ou ao acompanhante, como uma segunda fonte.</p>	<p>6. Identificar garante que o paciente certo receba o medicamento certo.</p> <p>a- Exige uma resposta do paciente e não induz a respostas errôneas.</p> <p>b- Trata-se de outra forma de verificar a identidade. Não usar o nome na porta ou sobre o leito pois pode estar incorreto.</p>
<p>7. Comunicar o paciente sobre o procedimento, proporcionar conforto e privacidade.</p>	<p>7. Alivia a ansiedade e facilita a cooperação.</p>
<p>8. Ajudar o paciente a ficar na posição de Fowler alta a menos que contraindicada.</p>	<p>8. Reduz o risco de aspiração.</p>
<p>9. Lavar as mãos.</p>	<p>9. Evita a propagação de micro-organismos.</p>
<p>10. Calçar luvas</p>	<p>10. As luvas evitam contato com mucosas, secreções e líquidos.</p>
<p>11. Proteger o paciente com as toalhas de papel sob a sonda.</p>	<p>11. Evita que respingos de água ou secreções sujem ou molhem a roupa do paciente.</p>
<p>12. Abrir a sonda e clampear. Verificar a sua posição.</p>	<p>12. Como clampeamento da sonda evita-se que secreções e líquidos extravasem. A verificação da sonda permite uma administração correta e a perda do medicamento.</p>
<p>13. Quando a medicação for via sonda nasogástrica, deve-se fazer o teste verificando se a mesma está no lugar correto. Injeta-se 10ml de ar na sonda</p>	<p>13. Evitar que o medicamento seja administrado no local errado.</p>

e faz-se a ausculta com o estetoscópio (borbulho gástricos).	
14. Injetar 10ml de água nas sondas de jejunostomia e gastrostomia, 20ml de água na sonda nasogástrica e 40 ml de água na sonda nasoenteral antes de administrar a medicação.	14. Lavagem da sonda.
15. Posicionar a válvula reguladora na direção correta	15. Evita a perda do medicamento.
16. Inserir corretamente a ponta da seringa na sonda, liberar a passagem (desclampear) e administrar o medicamento.	16. Evita a perda do medicamento.
17. Clampear a sonda novamente para a retirada da seringa.	17. Evita-se que secreções e líquidos extravasem
18. Manter a sonda clampeada e administrar 5ml de água filtrada entre medicações (caso haja mais de uma medicação).	18. Evita que a sonda seja obstruída pela medicação e que a mesma chegue ao seu destino.
19. Injetar 10ml de água nas sondas de jejunostomia e gastrostomia, 20ml de água na sonda nasogástrica e 40 ml de água na sonda nasoenteral depois de administrar a medicação.	19. Impede que fiquem resíduos na sonda.
20. Fechar a sonda.	20. Evita retorno de drenagem gástrica.
21. Desprezar o material em local apropriado.	21. Mantém o ambiente de trabalho organizado.
22. Retirar as luvas. Fazer a higiene das mãos.	22. Impede a disseminação de micro-organismos.

23. Ajudar o paciente a ficar em posição confortável e manter a cabeceira elevada.	23. Garante conforto ao paciente e ajuda a evitar aspirações.
24. Registrar no prontuário do paciente a medicação administrada incluindo: data, horário, dose, a via de administração.	24. Garante segurança ao paciente a e equipe de Enfermagem.
25. Após 30 minutos retornar ao leito do paciente e avaliar a resposta ao medicamento no tempo adequado.	25. O paciente precisa ser avaliado em relação a efeitos adversos do medicamento.



Município de Rio Bonito do Iguaçu  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



Instrução de trabalho: MANUTENÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL

REALIZAÇÃO: CARINA VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 95
VALIDADE: 02 ANOS	<i>Guo Voltes</i>			REVISÃO: 01

### MANUTENÇÃO DA Sonda E ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL.

#### Objetivos:

- As alimentações enterais devem restaurar ou manter o estado nutricional do cliente.

#### Justificativa:

- A alimentação enteral se faz necessário quando o cliente é incapaz de ingerir alimentos, porém ainda consegue digerir e absorver os nutrientes.

#### Competência:

- Enfermeiro;
- Técnico/auxiliar de enfermagem.

#### Quando aplicar:

- Sempre que existir clientes impossibilitados de ingerir alimentos.

#### Material necessário:

- Bolsa e equipo de alimentação descartável, ou sistemas prontos para uso;
- Seringa de Luer ou com bico para cateter de 30ml ou maior;
- Estetoscópio;
- Bomba Infusora (necessária para as alimentações intestinais): usar a bomba adequada para as alimentações por sonda;
- Alimentações enterais prescritas;

- Luvas;
- Equipamento para obter a glicemia por punção digital.

PROCEDIMENTOS	FUNDAMENTAÇÃO
1. Avaliar a necessidade do cliente para as alimentações enterais por sonda: comprometimento da deglutição, menor nível de consciência, cirurgia de cabeça ou pescoço, trauma facial, cirurgias da porção superior do trato alimentar.	Identificar os clientes que precisam de alimentação por sonda, antes que se tornem nutricionalmente depletados.
2. Auscultar a peristalse antes da alimentação.	A ausência da peristalse pode indicar a menor capacidade do trato GI para digerir ou absorver nutrientes.
3. Obter os valores basais de peso e laboratoriais. Avaliar o cliente para excesso ou déficit de volume hídrico, anormalidades eletrônicas e anormalidades metabólicas, com a hiperglicemia.	As alimentações enterais devem restaurar ou manter o estado nutricional do cliente. Fornece dados objetivos para medir a eficácia das alimentações.
4. Verificar a prescrição do médico para a formula, velocidade, via e frequência. Os dados laboratoriais e as avaliações no leito, com a determinação da glicemia por punção digital, também deve ser prescrito pelo médico.	As alimentações por sonda, os exames laboratoriais e os exames no leito devem ser prescritos pelo médico.
5. Explicar o procedimento ao cliente.	O cliente bem-informado é mais colaborador e tranquilo.
6. Lavar as mãos.	Reduz a transmissão de micro-organismos.
7. Preparar o frasco de alimentação, para administrar a formula: a. ter a alimentação enteral na temperatura ambiente.	A formula fria pode provocar cólicas gástricas e desconforto, porque o liquido não é aquecido pela boca e esôfago.

<p>b. conectar o equipo no frasco, quando necessário, ou preparar o frasco pronto para o uso.</p> <p>c. Agitar bem o frasco da formula e encher o frasco e o equipo com a formula.</p>	<p>O equipo deve estar livre de contaminação, para evitar o crescimento bacteriano.</p> <p>Encher o equipo com a formula impede que o excesso de ar entre no trato GI.</p>
<p>8. Colocar o cliente na posição de Fowler alta ou elevar a cabeceira do leito em 30°.</p>	<p>A cabeceira elevada ajuda a evitar a aspiração.</p>
<p>9. Determinar o posicionamento da sonda:</p> <p>a. Aspirar o conteúdo gástrico, para evitar o resíduo gástrico. Devolver o conteúdo gástrico ao estomago, exceto quando o volume ultrapassar 150ml;</p> <p>c. observar a aparência do aspirado;</p>	<p>A presença de secreções gástricas indica que a extremidade distal da sonda se encontra no estomago. O volume residual indica se o esvaziamento está retardado. O esvaziamento gástrico pode ser refletido por 150ml ou mais, que restam no estomago do cliente.</p> <p>Em geral, o líquido gástrico tem coloração turva e esverdeada ou bronze a esbranquiçado; já, o líquido intestinal comumente é amarelo-ouro intenso, sendo mais claro que o conteúdo gástrico.</p>
<p>10. Iniciar a alimentação:</p> <p><b>A. Alimentação em bolo ou intermitente</b></p> <p>(1) Pinçar a extremidade proximal da sonda de alimentação.</p> <p>(2) Remover o êmbolo da seringa e prender o cilindro da seringa na extremidade da sonda.</p> <p>(3) Encher a seringa com a quantidade medida da formula. Liberar a sonda e segurar a seringa em uma altura suficiente, para permitir que se esvazie gradualmente por gravidade, reencher; repetir, até a</p>	<p>Impede que o ar penetre no estomago do cliente.</p> <p>O esvaziamento gradual da alimentação por sonda através da gravidade, a partir da seringa ou da bolsa de alimentação, reduz o risco de desconforto abdominal, vômito ou diarreia induzido por infusão em bolo ou muito rápida das alimentações por sonda.</p> <p>O método de alimentação continua destina-se fornecer a velocidade de</p>

<p>quantidade prescrita tenha sido fornecida ao cliente.</p> <p>(4) Quando a bolsa de alimentação for utilizada, pendurar a bolsa de alimentação em um suporte IV. Encher a bolsa com a quantidade prescrita de fórmula e permitir que a bolsa se esvazie gradualmente durante um mínimo de 30 minutos.</p> <p><b>B. Método de gotejamento contínuo</b></p> <p>(1) Pendurar a bolsa de alimentação e o equipo no suporte IV.</p> <p>(2) Conectar a extremidade distal do equipo na extremidade proximal da sonda de alimentação.</p> <p>(3) Conectar o equipo através da bomba infusora e determinar a velocidade.</p>	<p>alimentação horária prescrita. Este método diminui o risco de desconforto abdominal. Os clientes que recebem alimentações por gotejamento contínuo devem ter os resíduos verificados e o posicionamento da sonda checado a cada quatro horas.</p>
<p><b>11.</b> Avançar gradualmente a alimentação por sonda.</p>	<p>As alimentações por sonda devem ser gradualmente aceleradas, para evitar a diarreia e a intolerância gástrica à fórmula.</p>
<p><b>12.</b> Quando as alimentações por sonda não estiverem sendo administradas, tampar ou pinçar a extremidade proximal da sonda de alimentação.</p>	<p>Impede que o ar penetre no estomago entre as alimentações.</p>
<p><b>13.</b> Administrar água através da sonda de alimentação, conforme prescrito com a fórmula diluída.</p>	<p>Fornece ao cliente uma fonte de água para ajudar a manter o equilíbrio hidroeletrólítico.</p>
<p><b>14.</b> Lavar a bolsa e o equipo com água morna, sempre que as alimentações forem interrompidas.</p>	<p>A lavagem da bolsa e do equipo com água morna limpa os resíduos alimentares na sonda e reduz o crescimento bacteriano.</p>

<p><b>15.</b> Medir a quantidade de aspirado (resíduo) a cada quatro horas.</p>	<p>Avalia a tolerância á alimentação por sonda.</p>
<p><b>16.</b> Monitorar a glicemia por punção digital a cada seis horas, até que a velocidade de administração máxima seja administrada e mantida 24h.</p>	<p>Alerta a enfermeira para a tolerância do cliente á glicose.</p>
<p><b>17.</b> Monitorar o balanço hídrico a cada 24 horas.</p>	<p>A ingesta e o débito são indicações do balanço hídrico ou de excesso ou déficit de volume de líquidos.</p>
<p><b>18.</b> Pesarm diariamente o cliente, até que a velocidade, até que a velocidade de administração máxima seja alcançada e mantida por 24 horas; em seguida pesar o cliente três vezes por semana.</p>	<p>O ganho de peso é um indicador do estado nutricional melhorado; contudo, o ganho súbito de mais de 1 kg em 24 horas geralmente indica a retenção de líquidos.</p>
<p><b>19.</b> Observar o retorno dos valores laboratoriais a normalidade.</p>	<p>A melhoria dos valores laboratoriais (p.ex.: a albumina, transferina e pré-albumina) indica um estado nutricional melhorado.</p>
<p><b>20. Registro e relato:</b> Registrar a quantidade e o tipo de alimentação, a resposta do cliente á alimentação por sonda, a permeabilidade da sonda e efeitos colaterais. Relatar tolerância do cliente e os efeitos adversos.</p>	



Município de Rio Bonito do Iguaçú  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



Instrução de trabalho: ALIMENTAÇÃO ENTERAL VIA GASTROSTOMIA OU  
JEJUNOSTOMIA

REALIZAÇÃO: CARINA VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 100
VALIDADE: 02 ANOS	<i>Duokores</i>			REVISÃO: 01

ADMINISTRAÇÃO DE ALIMENTAÇÕES ENTERAIS POR MEIO DE TUBO DE  
GASTROSTOMIA OU JEJUNOSTOMIA.

**Material necessário:**

- Frasco descartável de alimentação ou bolsa para uso;
- Seringa de Luer ou com bico para cateter de 30ml ou maior;
- Fórmula;
- Estetoscópio;
- Bomba Infusora: usar a bomba adequada para as alimentações por sonda;
- Luvas;
- Equipamento para obter a glicemia por punção digital.

PROCEDIMENTOS	FUNDAMENTAÇÃO
1. Avaliar a necessidade do cliente para as alimentações por sonda enteral: deglutição comprometida, menor nível de consciência, cirurgias do trato digestivo superior, necessidade de nutrição enteral por longo prazo.	Identificar os clientes que precisam de alimentações por sonda, antes que se tornem nutricionalmente debilitados. A alimentação enteral preserva a função e a massa do intestino, promove a cura de feridas, diminui o hipermetabolismo nas lesões por queimadura, e pode diminuir a infecção nos clientes criticamente doentes.

<p>2. Auscultar a peristalse antes da alimentação. Consultar o médico, caso a peristalse esteja ausente.</p>	<p>A ausência de sons intestinais pode indicar a menor peristalse ou ausente, e o maior risco de aspiração ou distensão abdominal.</p>
<p>3. Obter os valores laboratoriais e o peso basais.</p>	<p>As alimentações enterais devem restaurar ou manter o estado nutricional. Fornece dados objetivos para medir a eficácia das alimentações.</p>
<p>4. Verificar a prescrição do médico para a formula, velocidade, via e frequência.</p>	<p>As alimentações por sonda devem ser prescritas pelo médico.</p>
<p>5. Explicar o procedimento ao cliente.</p>	<p>O cliente bem-informado é mais colaborador e se sente mais tranquilo.</p>
<p>6. Preparar o frasco da alimentação, para administrar a formula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. colocar a alimentação por sonda na temperatura ambiente;</li> <li>b. conectar o equipo no frasco, quando necessário, ou preparar a bolsa pronta para uso;</li> <li>c. encher o recipiente e o equipo com a formula.</li> </ul>	<p>A formula fria pode provocar cólicas gástricas e desconforto, porque o liquido não é aquecido pela boca e esôfago. O equipo deve estar livre de contaminação, para evitar o crescimento bacteriano. A colocação da formula através do equipo impede que o excesso de ar penetre no trato gastrointestinal.</p>
<p>7. Eleve a cabeceira do leito em 30º a 45º.</p>	<p>Elevar a cabeça do cliente ajuda a evitar a possibilidade de aspiração.</p>
<p>8. Verifique o posicionamento da sonda:</p> <p><b>A. Tubo de gastrostomia:</b> aspirar as secreções gástricas; observar sua aparência; devolver o conteúdo aspirado para o estomago, a menos que o volume exceda a 150ml.</p> <p><b>B. Tubo de jejunostomia:</b> aspirar as secreções intestinais, observar sua aparência.</p>	<p>Em geral, o liquido gástrico tem coloração esverdeada e turva, ou é bronze a esbranquiçado; já, o liquido intestinal geralmente é amarelo-ouro intenso e mais fluido que o liquido gástrico. A presença de liquido intestinal indica que a extremidade do tubo está no intestino delgado (<i>i.e.</i>, duodeno ou jejuno). Geralmente, o resíduo intestinal é muito pequeno (10ml ou menos). Quando o volume residual é grande (mais de 10ml), o</p>

	deslocamento do tubo para dentro do estomago pode ter ocorrido.
9. Lavar com 30ml de água.	
<p>10. Iniciar as alimentações:</p> <p><b>A. Alimentação por seringa</b></p> <p>(1) Pinçar a extremidade proximal do tubo de gastrostomia.</p> <p>(2) Remover o embolo e fixar o cilindro da seringa na extremidade da sonda; em seguida, encher a seringa com a formula.</p> <p>(3) Permitir que a seringa se esvazie gradualmente. Reencher, até que a quantidade prescrita tenha sido fornecida para o cliente.</p> <p><b>B. Método do gotejamento continuo</b></p> <p>(1) Encher o frasco de alimentação com a formula suficiente para quatro horas de alimentação.</p> <p>(2) Pendurar o frasco no suporte IV e remover o ar do equipo.</p> <p>(3) Enfiar o equipo na bomba de acordo com as instruções do fabricante.</p> <p>(4) Conectar o equipo na extremidade da sonda de alimentação.</p> <p>(5) começar a infusão na velocidade prescrita.</p>	<p>Geralmente, as alimentações por gastrostomia e jejunostomia devem ser fornecidas continuamente, para garantir a observação apropriada. Entretanto, as alimentações iniciais podem ser administradas em bolo, a fim de aliviar a tolerância do cliente á formula.</p>
11. Avaliar a pele ao redor do sitio de saída do tubo. A pele em torno do tubo deve ser limpa diariamente com água morna e sabão brando. Não são recomendados curativos em torno do local de saída.	Reportar drenagem, rubor, edema ou deslocamento do tubo para o médico.

<p><b>12.</b> Descartar os suprimentos e lavar as mãos.</p>	<p>Evitar a transmissão de micro-organismos.</p>
<p><b>13.</b> Medir a quantidade de aspirado (resíduo) a cada quatro horas.</p>	<p>Avalia a tolerância para alimentação por sonda.</p>
<p><b>14.</b> Monitorar a glicemia por punção digital a cada seis horas, até que a velocidade de administração máxima seja alcançada e mantida por 24 horas.</p>	<p>Alertar a enfermeira para tolerância do cliente á glicose.</p>
<p><b>15.</b> Monitorar a ingesta e debito a cada 24 horas.</p>	<p>A ingesta e débito são indicações do balanço hídrico ou do excesso de volume de líquidos.</p>
<p><b>16.</b> Pesar o cliente diariamente, até que a velocidade de administração máxima seja alcançada e mantida por 24 horas; em seguida, pesar o cliente três vezes por semana.</p>	<p>O ganho de peso é um indicador do estado nutricional melhorado; entretanto, um ganho súbito de mais de 1kg em 24 horas geralmente indica a retenção de liquido.</p>
<p><b>17.</b> Observar o retorno aos valores laboratoriais normais.</p>	<p>A melhoria dos valores laboratoriais (albumina, transferina, pré-albumina) indica estado nutricional melhorado.</p>
<p><b>18.</b> Inspeccionar o local para os sinais de pressão.</p>	<p>As sondas enterais podem provocar áreas de pressão desconfortáveis nas narinas do cliente.</p>
<p><b>19. Registro e Relato</b>  Registrar a quantidade e o tipo de alimentação, bem como a resposta do cliente a alimentação por sonda, permeabilidade da sonda e efeitos colaterais.  Reportar para a equipe de enfermagem seguinte: tipo de alimentação, estado de sonda de alimentação, tolerância do cliente, efeitos adversos.</p>	



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
**Secretaria Municipal de Saúde**



**Instrução de trabalho: CATETERES**

<b>REALIZAÇÃO:</b> CARINA VALLE	<b>APROVAÇÃO:</b>	<b>DATA</b> <b>APROVAÇÃO</b> 20/11/2023	<b>DA</b>	<b>PÁGINA:</b> 104
<b>VALIDADE:</b> 02 ANOS	<i>João Korzen</i>			<b>REVISÃO:</b> 01

**ATIVIDADE: Administração de Oxigênio**

**EXECUTANTE:** Enfermeiro, Técnico e Auxiliar, Médico Anestesiista

**RESULTADOS ESPERADOS (objetivos da atividade)**

- Para facilitar a respiração do paciente, elevando a saturação de oxigênio na corrente sanguínea e aumentando a capacidade respiratória.

**MATERIAIS NECESSÁRIOS E PREPARAÇÃO**

- Máscara facial ou cateter nasal.
- Umidificador ou nebulizador.
- Fluxômetro.
- Ponto de oxigênio.
- Luvas de procedimento.

**EXECUÇÃO DA ATIVIDADE**

- Informar o paciente o que se vai fazer.
- Preparar o material.
- lavar as mãos.
- Encher com água destilada o recipiente do nebulizador e conectá-lo ao ponto de oxigênio da rede através do fluxômetro.
- Conectar a máscara ao nebulizador.
- Graduar a concentração de oxigênio segundo a prescrição médica.
- Colocar a máscara no paciente.

- Regular a quantidade de oxigênio em litros por minuto correspondentes à concentração de oxigênio a administrar.
- Verificar se a água destilada está borbulhando no recipiente do nebulizador, sinal de que o oxigênio está sendo administrado úmido.
- Umedecer a boca do paciente.
- Retirar o material, quando terminada a oxigenoterapia.
- Lavar as mãos.

#### CUIDADOS ESPECIAIS

- Encher o recipiente do nebulizador com água destilada.
- Graduar a concentração de oxigênio em litros correspondentes.

#### ATIVIDADE: **Cateterismo Vesical**

EXECUTANTE: Enfermeiro

#### RESULTADOS ESPERADOS (objetivos da atividade)

- Coletar urina para avaliação do volume, realizar exames, proporcionar alívio ou proceder exames através desta rotina.

#### MATERIAIS NECESSÁRIOS E PREPARAÇÃO

- Material para cateterismo
- Luvas estéreis
- PVPI tópico
- Seringa de 20 ml (agulha 25x8)
- Sonda uretral / vesical
- Xylocaína gel
- Bolsa coletora em sistema fechado
- Gaze
- Água destilada

#### EXECUÇÃO DA ATIVIDADE

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente/familiares.

- Abrir o pacote de cateterismo vesical, cuidando para não contaminar o seu interior.
- Colocar a criança em decúbito dorsal, com os joelhos flexionados, os pés apoiados sobre a cama e com as pernas afastadas, expondo a região perineal.
- Despejar PVPI tópico na cuba.
- Calçar luvas com técnica asséptica.
- Aspirar em uma seringa 5ml de água destilada.
- Testar balonete da sonda vesical.
- Deixar sobre o campo estéril.

Feminino: Separar os pequenos lábios, de modo a visualizar o meato uretral.

- Realizar a antissepsia da região perineal, com PVPI tópico, friccionando sempre da região pubiana para a perianal, na seguinte sequência: grandes lábios, pequenos lábios e meato urinário. Utilizar uma bolinha de algodão para cada uma das áreas citadas.

Masculino: Fazer antissepsia com PVPI tópico na seguinte sequência: região pubiana, pênis, glândula e meato urinário. Utilizar uma bolinha de algodão para cada uma das áreas citadas.

- Colocar o campo fenestrado sobre a/o paciente, de maneira a permitir a visualização do meato urinário ou pênis através da janela.
- Colocar a cuba próxima às nádegas do (a) paciente para receber a urina que drenará através da sonda vesical ou uretral.
- Introduzir a sonda vesical, para cima e para frente, até o ponto em que a urina comece a fluir.
- Insuflar lentamente o balonete com a quantidade de água destilada indicada na sonda.
- Retirar o campo fenestrado.
- Conectar a sonda vesical à bolsa de drenagem urinária ou a uma seringa de 20 ml, conforme o procedimento a ser realizado.
- Retirar as luvas.
- Fixar o cateter com micropore na face interna da coxa ou, se for menino, na região inguinal.
- Fixar a bolsa de drenagem urinária na cama do paciente, em nível inferior ao da bexiga.
- Anotar na bolsa a data, horário, e quem realizou o procedimento.

- Encaminhar o material utilizado ao Centro de Material.
- Lavar as mãos.

#### CUIDADOS ESPECIAIS

- Realizar higiene íntima antes da cateterização.
- No caso de esvaziamento vesical de 6/6 horas, anotar a quantidade eliminada na folha de assistência de enfermagem e desprezar a urina da bolsa.
- No caso de utilizar a urina para exame, encaminhar ao laboratório dentro de 30 minutos.
- Trocar a sonda somente quando apresentar:
  - sinais de infecção (urina turva / grumos);
  - obstrução ou tempo superior a 30 dias.
- Lavar a sonda somente com prescrição médica.
- O técnico ou auxiliar só poderão passar a sonda foley se o enfermeiro solicitar.
- Se o paciente apresentar hematúria ou não, apresentar diurese dentro de 3 horas, comunicar ao enfermeiro ou ao médico.



**Município de Rio Bonito do Iguazu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



**Instrução de trabalho: CARDIOVERSÃO**

<b>REALIZAÇÃO:</b> CARINA VALLE	<b>APROVAÇÃO:</b>	<b>DATA APROVAÇÃO</b> 20/11/2023	<b>DA</b>	<b>PÁGINA:</b> 108
<b>VALIDADE:</b> 02 ANOS	<i>Quo Xolles</i>			<b>REVISÃO:</b> 01

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Padronizar a técnica de assistência de cardioversão;
- Fornecer respaldo legal para a equipe de enfermagem no exercício de suas responsabilidades;
- Garantir a homogeneidade do procedimento de assistência de cardioversão

**CAMPO DE APLICAÇÃO:**

- EQUIPE DE ENFERMAGEM DE TODAS AS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

**CONDIÇÕES E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Gel;
- Cardioversor.

**RESPONSABILIDADES:**

- EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Atividade	Método
-----------	--------

Lavar as mãos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abrir a torneira, de preferência, com a mão não-dominante;</li> <li>2. Regular a temperatura da água, umedecendo as mãos;</li> <li>3. Colocar na palma da mão cerca de 2ml de sabão líquido;</li> <li>4. Friccioná-las por aproximadamente 15 segundos, em todas as suas faces: palmas, dorsos, espaços interdigitais, articulações, unhas, extremidades dos dedos e punhos;</li> <li>5. Enxaguar as mãos, mantendo-as para cima, retirando totalmente a espuma e os resíduos de sabão, evitando sacudi-las;</li> <li>6. Enxugar as mãos com duas folhas de papel toalha descartável;</li> <li>7. Fechar a torneira, utilizando o papel toalha descartável;</li> <li>8. Desprezar o papel toalha no lixo comum.</li> </ol>
Realizar o choque	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aproximar o cardioversor do paciente;</li> <li>2. Certificar-se de que o equipamento está ligado na tomada ou na bateria;</li> <li>3. Ligar o aparelho no botão indicado;</li> <li>4. Colocar uma pequena carga de (360 joules);</li> <li>5. Distanciar as pás de seu corpo;</li> <li>6. Disparar a carga por meio do botão indicador;</li> <li>7. Cuidar para não tocar nas pás após colocada a carga nem aproximá-la de outra pessoa;</li> <li>8. Colocar o aparelho de cardioversão em modo sincronizado;</li> <li>9. Encaixar novamente as pás em seu suporte;</li> <li>10. Repetir procedimento se necessário.</li> </ol>
Anotar no prontuário	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anotar no prontuário a realização do procedimento bem como anotar todas as ocorrências adversas.</li> </ol>



**Município de Rio Bonito do Iguazu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



**Instrução de trabalho: Aspiração Traqueal**

<b>REALIZAÇÃO:</b> CARINA VALLE	<b>APROVAÇÃO:</b>	<b>DATA</b> <b>APROVAÇÃO</b> 20/11/2023	<b>DA</b>	<b>PÁGINA:</b> 110
<b>VALIDADE:</b> 02 ANOS				<b>REVISÃO:</b> 01

**ASPIRAÇÃO TRAQUEAL**

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Padronizar a técnica de aspiração traqueal;
- Fornecer respaldo legal para a equipe de enfermagem no exercício de suas responsabilidades;
- Garantir homogeneidade no procedimento de aspiração traqueal.

**CAMPO DE APLICAÇÃO:**

- EQUIPE DE ENFERMAGEM DE TODAS AS UNIDADES

**CONDIÇÕES E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

0. Silicone;
1. Vidro de aspirador;
2. Aspirador;
3. Sonda de aspiração;
4. Luvas de procedimento;
5. Luva plástica estéril;
6. Soro fisiológico;
7. Gazes.

**RESPONSABILIDADES:**

- EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Atividades	Método
Lavar as mãos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abrir a torneira, de preferência, com a mão não-dominante;</li> <li>2. Regular a temperatura da água, umedecendo as mãos;</li> <li>3. Colocar na palma da mão cerca de 2ml de sabão líquido;</li> <li>4. Friccioná-las por aproximadamente 15 segundos, em todas as suas faces: palmas, dorsos, espaços interdigitais, articulações, unhas, extremidades dos dedos e punhos;</li> <li>5. Enxaguar as mãos, mantendo-as para cima, retirando totalmente a espuma e os resíduos de sabão, evitando sacudi-las;</li> <li>6. Enxugar as mãos com duas folhas de papel toalha descartável;</li> <li>7. Fechar a torneira, utilizando o papel toalha descartável;</li> <li>8. Desprezar o papel toalha no lixo comum.</li> </ol>
Orientar o paciente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar ao paciente o procedimento, informando a sua necessidade;</li> </ol>
Reunir o material	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Silicone;</li> <li>2. Vidro de aspirador;</li> <li>3. Aspirador;</li> <li>4. Sonda de aspiração;</li> <li>5. Luvas de procedimento;</li> <li>6. Luva plástica estéril;</li> <li>7. Soro fisiológico;</li> <li>8. Gazes.</li> </ol>

Realizar a aspiração	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conectar a sonda de aspiração ao circuito do aspirador mantendo a extremidade da sonda estéril;</li> <li>2. Calçar luvas de procedimento e luva plástica estéril na mão dominante</li> <li>3. Utilizar SF para fluidificar a secreção quando necessário;</li> <li>4. Clampear a sonda e introduzir ocupando o comprimento da cânula;</li> <li>5. Repetir a operação se necessário.</li> </ol>
Paciente entubado	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Regular o parâmetro FIO2 a 100%.</li> <li>2. Desconectar o respirador, clampar a sonda e introduzir a sonda ocupando o comprimento do TOT ou cânula de traqueostomia;</li> <li>3. Aspirar continuamente por um período mínimo possível e máximo por 15 segundos;</li> <li>4. Conectar o respirador e repetir a operação se necessário.</li> </ol>
Lavar as mãos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavagem das mãos conforme a técnica descrita anteriormente.</li> </ol>
Anotar no prontuário	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anotar e/ou checar no prontuário do paciente o procedimento realizado;</li> <li>2. Anotar qualquer intercorrência que ocorreu durante o procedimento.</li> </ol>

**OBSERVAÇÕES:**

"Testar se não há rolhas ventilando o paciente com ambú. Havendo rolhas, fluidificar a secreção com SF, ambuzar para que a secreção se desprenda".

"Ao realizar esta técnica deve-se fazer uso de EPIS (máscara, óculos protetor, luvas de procedimento".



# Município de Rio Bonito do Iguaçu

Estado do Paraná

Secretaria Municipal de Saúde



## Instrução de trabalho: Cuidados com Traqueostomia

REALIZAÇÃO: CARINA do VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 113
VALIDADE:02 ANOS	<i>Guo Soares</i>			REVISÃO: 01

### CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Padronizar a técnica de cuidados com traqueostomia;
- Fornecer respaldo legal para a equipe de enfermagem no exercício de suas responsabilidades;
- Garantir homogeneidade nos cuidados relacionados com traqueostomia.

#### CAMPO DE APLICAÇÃO:

- EQUIPE DE ENFERMAGEM DE TODAS AS UNIDADES

#### CONDIÇÕES E MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Gaze;
- Luvas de procedimento;
- Soro fisiológico;
- Fixador de cânula de traqueostomia.

#### RESPONSABILIDADES:

- EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Atividades	Método
Lavar as mãos	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Abrir a torneira, de preferência, com a mão não-dominante;</li> <li>10. Regular a temperatura da água, umedecendo as mãos;</li> <li>11. Colocar na palma da mão cerca de 2 ml de sabão líquido;</li> <li>12. Friccioná-las por aproximadamente 15 segundos, em todas as suas faces: palmas, dorsos, espaços interdigitais, articulações, unhas, extremidades dos dedos e punhos;</li> <li>13. Enxaguar as mãos, mantendo-as para cima, retirando totalmente a espuma e os resíduos de sabão, evitando sacudi-las;</li> <li>14. Enxugar as mãos com duas folhas de papel toalha descartável;</li> <li>15. Fechar a torneira, utilizando o papel toalha descartável;</li> <li>16. Desprezar o papel toalha no lixo comum.</li> </ol>
Preparar o material	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Preparar o material necessário pra o procedimento e acomodá-lo em uma bandeja;</li> </ol>

Realização do procedimento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abrir os pacotes de gaze;</li> <li>2. Calçar as luvas;</li> <li>3. Retirar as gazes que estão ao redor da cânula de traqueostomia;</li> <li>4. Embeber a gaze com o soro fisiológico e promover a limpeza das bordas da cânula;</li> <li>5. Repetir o procedimento até retirar toda a sujidade;</li> <li>6. Trocar o fixador de cânula de traqueostomia, tomando-se o cuidado de segurar as bordas da cânula, para que esta não saia durante a troca;</li> <li>7. Em cânula de metal retirar a cânula interna e lavá-la em água corrente;</li> <li>8. Utilizar escova apropriada para auxiliar na remoção de crostas;</li> <li>9. Recolocar cânula interna;</li> <li>10. Colocar gazes limpas entre as bordas da cânula e a pele do paciente</li> <li>11. Retirar as luvas</li> </ol>
Lavar as mãos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavagem das mãos conforme a técnica descrita anteriormente.</li> </ol>
Anotar no prontuário	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Anotar e/ou checar no prontuário do paciente o procedimento realizado.</li> </ol>



**Município de Rio Bonito do Iguçu**  
Estado do Paraná  
**Secretaria Municipal de Saúde**



**Instrução de trabalho: PUNÇÃO ARTERIAL**

<b>REALIZAÇÃO:</b> CARINA DO VALLE	<b>APROVAÇÃO:</b>	<b>DATA</b> <b>APROVAÇÃO</b> 20/11/2023	<b>DA</b>	<b>PÁGINA:</b> 116
<b>VALIDADE:</b> 02 ANOS				<b>REVISÃO:</b> 01

**PUNÇÃO ARTERIAL**

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Padronizar a técnica de realização da punção arterial;
- Fornecer respaldo legal para a equipe de enfermagem no exercício de suas responsabilidades;

**CAMPO DE APLICAÇÃO:**

- EQUIPE DE ENFERMAGEM DE TODAS AS UNIDADES

**CONDIÇÕES E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Luvas de procedimento;
- Seringa;
- Agulha;
- Garrote;
- Heparina;
- Tampa de borracha.

**RESPONSABILIDADES:**

- EQUIPE DE ENFERMAGEM.

<b>Atividades</b>	<b>Método</b>
Lavar as mãos	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Abrir a torneira, de preferência, com a mão não-dominante;</li><li>2. Regular a temperatura da água, umedecendo as mãos;</li><li>3. Colocar na palma da mão cerca de 2ml de sabão líquido;</li><li>4. Friccioná-las por aproximadamente 15 segundos, em todas as suas faces: palmas, dorsos, espaços interdigitais, articulações, unhas, extremidades dos dedos e punhos;</li><li>5. Enxaguar as mãos, mantendo-as para cima, retirando totalmente a espuma e os resíduos de sabão, evitando sacudi-las;</li><li>6. Enxugar as mãos com duas folhas de papel toalha descartável;</li><li>7. Fechar a torneira, utilizando o papel toalha descartável;</li><li>8. Desprezar o papel toalha no lixo comum.</li></ol>

<p>Procedimento</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preparar o material necessário;</li> <li>2. Avaliar local para punção arterial, obedecendo a ordem de preferência (artéria radial, braquial e femoral);</li> <li>3. Calçar luvas de procedimento;</li> <li>4. Pegar a seringa (heparinizada) com a mão dominante como lápis, procurando de forma tátil a artéria com a mão não dominante;</li> <li>5. Abrir os dedos indicador e médio e sentir com o dedo anular da mão não dominante a punção da artéria;</li> <li>6. Puncionar a artéria com a agulha, estando o bisel voltado para cima.</li> <li>7. Observar retorno de sangue arterial no bisel. Se houver dificuldade para o sangue subir, aspirar através do êmbolo com a mão não dominante;</li> <li>8. Coletar a quantidade de sangue necessário;</li> <li>9. Retirar a agulha do local puncionado e proteger com tampa de borracha para impedir a entrada de ar;</li> <li>10. Pressionar com a mão não dominante o local da punção por três minutos;</li> <li>11. Observar hematoma ou sangramento no local da punção;</li> <li>12. Retirar as luvas.</li> </ol>
<p>Lavar as mãos</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Segundo técnica descrita acima.</li> </ol>
<p>Anotar procedimento no prontuário</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conforme rotina.</li> </ol>

**OBSERVAÇÕES:**

Realizar lavagem das mãos sempre antes e após cada procedimento realizado;



**Município de Rio Bonito do Iguçu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



**Instrução de trabalho: INALAÇÃO**

<b>REALIZAÇÃO:</b> CARINA VALLE	<b>APROVAÇÃO:</b>	<b>DATA</b> <b>APROVAÇÃO</b> / /	<b>DA</b>	<b>PÁGINA:</b> 119
<b>VALIDADE:</b> 02 ANOS	<i>Guo Lóves</i>			<b>REVISÃO:</b> 01

**INALAÇÃO**

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Padronizar a técnica de inalação;
- Fornecer respaldo legal para a equipe de enfermagem no exercício de suas responsabilidades;
- Garantir homogeneidade na realização da inalação.

**CAMPO DE APLICAÇÃO:**

- EQUIPE DE ENFERMAGEM DE TODAS AS UNIDADES

**CONDIÇÕES E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

0. Máscara;
1. Copo de nebulização;
2. Chicote;
3. Soro fisiológico;
4. Medicamento prescrito;
5. Nebulizador.

**RESPONSABILIDADES:**

- EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Atividades	Método
Lavar as mãos	9. Conforme IT 1.
Orientar o paciente	3. Explicar ao paciente o procedimento, informando a sua necessidade;
Realizar o procedimento	<p>6. Manter o paciente na posição de Fowler ou semi-Fowler, para promover a expansão pulmonar e melhor dispersão do aerossol.</p> <p>7. Obter o medicamento prescrito, colocá-lo no copo do nebulizador e acrescentar a quantidade prescrita de soro fisiológico.</p> <p>8. Conectar o sistema e prender o nebulizador no fluxômetro ou no compressor de ar.</p> <p>9. Oferecer a máscara ao paciente.</p> <p>10. Ajustar o fluxo para 6 a 8 litros por minuto.</p> <p>11. Estimular o paciente para fazer respirações uniformes e lentas até que o medicamento tenha terminado. Monitorar o paciente durante o procedimento a fim de detectar quaisquer reações adversas.</p> <p>12. Estimular o paciente a tossir. Se necessário realizar aspiração de orofaringe.</p> <p>13. Após o procedimento orientar o paciente para que lave a boca, removendo o medicamento dos lábios e orofaringe.</p> <p>14. Organizar os materiais e o local.</p>
Lavar as mãos	2. Realizar lavagem das mãos conforme IT 1.
Anotar no prontuário	<p>1. Anotar e/ou checar no prontuário do paciente o procedimento realizado;</p> <p>2. Anotar qualquer intercorrência durante o procedimento.</p>

**OBSERVAÇÕES:**

1. Em pacientes que estejam recebendo terapia com oxigênio através de cânulas nasais, o tratamento com nebulizador poderá ser realizado com oxigênio em vez de ar comprimido.

2. Equipamentos de nebulização contaminados podem causar infecções hospitalares. Verificar as rotinas da instituição para evitar contaminação.



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
**Secretaria Municipal de Saúde**



**Instrução de trabalho: GLICOTESTE**

<b>REALIZAÇÃO:</b> CARINA DO VALLE	<b>APROVAÇÃO:</b>	<b>DATA</b> <b>APROVAÇÃO</b> 20/11/2023	<b>DA</b>	<b>PÁGINA:</b> 121
<b>VALIDADE:</b> 02 ANOS	<i>duo valores</i>			<b>REVISÃO:</b> 01

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Padronizar a técnica de glicemia capilar;
- Fornecer respaldo legal para a equipe de enfermagem no exercício de suas responsabilidades;
- Garantir homogeneidade no procedimento de glicemia capilar.

**CAMPO DE APLICAÇÃO:**

- EQUIPE DE ENFERMAGEM DE TODAS AS UNIDADES

**CONDIÇÕES E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

1. Algodão seco;
2. Algodão embebido em álcool 70%;
3. Luva de procedimento
4. Agulha 13X4,5;
5. Tira reagente;
6. Glicosímetro.

**RESPONSABILIDADES:**

- EQUIPE DE ENFERMAGEM.

<b>Atividades</b>	<b>Método</b>
Lavar as mãos	17. Conforme IT 1.

Orientar o paciente	4. Explicar ao paciente o procedimento, informando a sua necessidade;
Reunir o material	1. Preparar o material e acondicioná-lo na bandeja.
Realizar o procedimento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Calçar as luvas;</li> <li>2. Fazer a antissepsia da ponta do dedo do paciente, previamente escolhida para ser puncionada;</li> <li>3. Esperar mais ou menos 15 segundos para que ocorra a evaporação do álcool utilizado para antissepsia;</li> <li>4. Puncionar a região lateral da ponta do dedo, fazendo pressão acima do local da punção, até que se obtenha uma gota de sangue;</li> <li>5. Molhar a tira reagente nesta gota de sangue;</li> <li>6. Pressionar a área puncionada com algodão seco;</li> <li>7. Proceder à leitura de dosagem de glicose de acordo com as orientações do fabricante do glucosímetro;</li> <li>8. Organizar os materiais e o local.</li> <li>9. Retirar as luvas.</li> </ol>
Lavar as mãos	3. Realizar lavagem das mãos conforme IT 1.
Anotar no prontuário	3. Anotar e/ou checar no prontuário do paciente o procedimento realizado e o resultado do teste.

**Observações:**

- Caso haja alterações no resultado do glicoteste, administrar medicação conforme prescrição médica.



Município de Rio Bonito do Iguaçu  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



Instrução de trabalho: RETIRADA DE PONTOS

REALIZAÇÃO: CARINA VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 123
VALIDADE 02 ANOS	<i>João Xavier</i>			REVISÃO: 01

RETIRADA DE PONTOS

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Padronizar a técnica de retirada de pontos;
- Fornecer respaldo legal para a equipe de enfermagem no exercício de suas responsabilidades;
- Garantir homogeneidade na realização do procedimento retirada de pontos.

**CAMPO DE APLICAÇÃO:**

- EQUIPE DE ENFERMAGEM DE TODAS AS UNIDADES

**CONDIÇÕES E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Tesoura ou lâmina de bisturi;
- Pinça;
- Gaze;
- Soro fisiológico.

**RESPONSABILIDADES:**

- EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Atividades	Método
Lavar as mãos	

Orientar o paciente	5. Explicar ao paciente o procedimento, informando a sua necessidade;
Realizar o procedimento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reunir o material;</li> <li>2. Retirar o curativo anterior;</li> <li>3. Realizar a limpeza da incisão com SF a 0,9% gaze e pinça Kelly;</li> <li>4. Com a pinça dente de rato, tracionar o ponto pelo nó, mobilizando-o e cortando-o com a lâmina (que deve estar presa a uma pinça Kelly ou Kocher) em um dos lados junto à pele;</li> <li>5. Remover os pontos e colocá-los sobre uma gaze, observando a cicatrização;</li> <li>6. Realizar limpeza da incisão com SF a 0,9%, gaze, observando a cicatrização;</li> <li>7. Fazer um trançado com a fita adesiva sobre a incisão;</li> <li>8. Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem.</li> </ol>
Lavar as mãos	4. Realizar lavagem das mãos conforme IT 1.
Anotar no prontuário	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Anotar e/ou checar no prontuário do paciente o procedimento realizado;</li> <li>5. Anotar qualquer intercorrência durante o procedimento.</li> </ol>

### **OBSERVAÇÕES:**

- Em caso de pontos contínuos cortar os pontos periféricos e puxar por um dos lados



**Município de Rio Bonito do Iguazu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



**Instrução de trabalho: IMOBILIZAÇÃO**

<b>REALIZAÇÃO:</b> CARINA VALLE	<b>APROVAÇÃO:</b>	<b>DATA</b> <b>APROVAÇÃO</b> 20/11/2023	<b>DA</b>	<b>PÁGINA:</b> 125
<b>VALIDADE:</b> 02 ANOS	<i>Quotóvies</i>	/	/	<b>REVISÃO:</b> 01

**IMOBILIZAÇÃO**

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Padronizar a técnica de imobilização do paciente;
- Fornecer respaldo legal para a equipe de enfermagem no exercício de suas responsabilidades;
- Garantir homogeneidade na imobilização dos pacientes.

**CAMPO DE APLICAÇÃO:**

- EQUIPE DE ENFERMAGEM DE TODAS AS UNIDADES

**CONDIÇÕES E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Algodão ortopédico;
- Atadura;
- Lençol;

**RESPONSABILIDADES:**

- EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Atividades	Método
Lavar as mãos	
Orientar o paciente	1. Explicar ao paciente o procedimento, informando a sua necessidade.
Selecionar o material necessário	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Algodão ortopédico;</li> <li>2. Atadura;</li> <li>3. Lençol.</li> </ol>
Imobilizar MMSS	1. Envolver os punhos do paciente com algodão ortopédico ou tecido macio, e em seguida envolver com ataduras, amarrando-as nas laterais da cama.
Imobilizar joelhos	1. Envolver joelhos do paciente com algodão ortopédico ou tecido macio, e em seguida envolver com ataduras, amarrando-as nas laterais da cama
Imobilizar os pés	1. Envolver tornozelos do paciente com algodão ortopédico ou tecido macio, e em seguida envolver com ataduras, amarrando-as na cama
Imobilizar o tórax	1. Colocar o meio do lençol sob as costas do paciente e as pontas passando pelas axilas e sobre seus ombros, enrolar as duas pontas sem apertar demasiadamente, amarrá-las
Checar perfusão periférica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fazer uma leve pressão com o polegar apoiando-o com o dedo indicador na extremidade do dedo do paciente;</li> <li>2. Avaliar o tempo percorrido para que ocorra o enchimento capilar.</li> </ol>
Lavar as mãos	5. Realizar lavagem das mãos conforme a técnica descrita anteriormente.
Anotar no prontuário	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Anotar e/ou checar no prontuário do paciente a mudança de decúbito realizada, informando a posição deixada;</li> <li>7. Anotar qualquer intercorrência que ocorreu durante o procedimento.</li> </ol>



**Município de Rio Bonito do Iguazu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



**Instrução de trabalho: MONITORIZAÇÃO COM OXÍMETRO**

<b>REALIZAÇÃO:</b> CARINA VALLE	<b>APROVAÇÃO:</b>	<b>DATA</b> <b>APROVAÇÃO</b> 20/11/2023	<b>DA</b>	<b>PÁGINA:</b> 127
VALIDADE 02 ANOS	<i>Queloves</i>			<b>REVISÃO:</b> 01

**MONITORIZAÇÃO COM O OXÍMETRO DE PULSO**

**a. INDICAÇÕES**

Deve ser utilizado em todos os casos, pois é comum o desenvolvimento de hipoxemia não detectada clinicamente.

A precisão nas leituras é de aproximadamente 4% em valores de saturação situados entre 95 e 70%.

**b. VANTAGENS**

Identificação precoce da hipoxemia.

Monitorização não invasiva contínua.

Tempo de resposta rápida a alterações.

Portabilidade.

Simplicidade.

Maior segurança se houver indicação de curva pletismográfica e alarmes para baixa saturação, taquisfigmia, bradisfigmia, deslocamento do sensor e desaparecimento da captação do pulso.



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Saúde



**Instrução de trabalho: CURATIVOS/ FERIDAS**

REALIZAÇÃO: CARINA VALLE	APROVAÇÃO:	DATA APROVAÇÃO 20/11/2023	DA	PÁGINA: 128
VALIDADE: 02 ANOS	<i>Quo Xorvir</i>			REVISÃO: 01

**Curativo Limpo**

**Objetivos**

Evitar o risco de contaminação, e tem como facilitar o processo de cicatrização.

**Justificativa**

O curativo se faz necessário, pois é uma forma de barreira contra infecções e microrganismos

**Competências**

Enfermeiro e técnico de enfermagem

**Quando aplicar**

O enfermeiro deve determinar a necessidade geralmente uma troca a cada plantão, ou quando houver necessidade

**Material necessário**

- Bandeja que contém;
- 1 pacote de curativo estéril (3 pinças: anatômica, dente de rato e kely.);
- Gase estéril;
- Esparadrapo ou micropóro;
- Soro fisiológico a 9%;
- Saco de lixo
- Luvras de procedimento

## **Método**

### *Descrição do Procedimento;*

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO</b>
1. Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento.	1. Para evitar a transmissão de microrganismo, bactérias e propagação.
2. Reunir o material e leva-lo ao leito do paciente.	2. Para evitar transtorno na hora do manuseio.
3. explicar ao paciente o que será feito.	3. Para que ele possa saber o procedimento que vai ser realizado.
4. Fechar a porta ou colocar biombo.	4. Para respeitar a privacidade do paciente.
5. colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada.	5. Para evitar a hipotensão e para proteger a sua privacidade.
6. abrir o pacote de curativo com técnica asséptica.	6. Para não contaminar.
7. colocar as pinças com os cabos voltado para a borda do campo.	7. Para facilitar o acesso as mesma.
8. colocar gaze em quantidade suficiente sobre o campo estéril.	8. Para evitar transtorno.
9. abrir a embalagem de soro fisiológico 0,9%, furar com agulha, formando chuveirinho.	9. Para irrigar a lesão.
10.Retirar o micropore, umedecendo-o se necessário.	10. Para evitar ferir o paciente.
11.Remover o curativo anterior com pinça dente de rato, desprezando-a na borda do campo ou lixo próprio.	11. Facilitar o manuseio do curativo e evitar a contaminação.
12.Montar a pinça kelly com gaze, auxiliando com a pinça anatômica e umedecida com SF0,9%.	12. Para facilitar o processo.

13. Sempre de cima para baixo, uma gaze para cada ponto.	13. Para evitar a contaminação.
14. Limpar e secar as regiões laterais de baixo para cima da incisão cirúrgica após ter feito a incisão principal.	14. Para evitar a contaminação.
15. Ocluir a incisão com gaze e fixar com esparadrapo ou microporo.	15. Para evitar a entrada de microrganismo.
16. Colocar nome, data, e horário sobre o curativo, quando estiver ocluído.	16. Para que o próximo profissional tenha as informações necessárias.
17. Manter o curativo ocluído enquanto houver excudação. Realizar troca a cada 24hrs. Ou sempre que estiver (saturado)	17. Para evitar a infecção.
18. Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem.	18. Para que o paciente fique confortável.
19. Lavar as mãos.	19. Para a finalização do procedimento.
20. Anotar na ficha de enfermagem as características da incisão.	20. Para que quando outro profissional vier, saber o procedimento que foi realizado.

### **- Curativo Contaminado**

#### **Objetivos**

- Evitar a infecção nas feridas assépticas;
- Impedir ou reduzir a propagação de infecção em feridas sépticas;
- Absorver secreção e facilitar a drenagem;
- Promover a cicatrização.

#### **Justificativa**

São indicadores do estado de saúde, faz-se curativo para a finalidade de proteger a ferida contra a contaminação de microrganismos. Promover o

isolamento térmico da superfície da ferida, e fazer um curativo numa ferida em cicatrização consiste em absorver a drenagem.

### **Competências**

Médico;

Enfermeiro;

Técnico/ Auxiliar de enfermagem;

### **Quando aplicar**

Determinar a necessidade de limpeza da ferida e troca do curativo;

Confirmar as prescrições médicas relevantes ao cuidado da ferida e qualquer outro cuidado que seja do plano de cuidado de enfermagem;

Avaliar se o paciente tem dor antes da troca do curativo e as intervenções que foram empregadas para minimizar essa dor;

### **Material necessário**

Material necessário:

Bandeja contendo:

Ppacote de curativo (1 pinças dente de rato, 1 pinça normal e 1 kocher)

Ccuba rim

Frasco com soro fisiológico

Frasco com povidine tópico ou cloro-hexidine

Atadura de crepe se necessário

Pomada ou óleo de girassol se prescrito

Luva

Esparadrapo ou micropore

Gaze estéril

Bacia

Toalha

Saco para lixo

### **Método**

*Descrição do Procedimento;*

<b>Procedimento</b>	<b>Fundamentação</b>
---------------------	----------------------

1. Antes de iniciar o procedimento verificar os dados de identificação do usuário, o diagnóstico e outros dados registrados no prontuário.	1. Realizar o procedimento no paciente certo, considerando fatores que interferem na verificação dos sinais vitais.
2. Organizar numa bandeja o material e instrumentos necessários.	2. O planejamento promove controle eficaz do tempo e abordagem organizada da tarefa.
3. Identificar o paciente.	3. Garante que o paciente certo receba a intervenção correta.
4. Explicar o procedimento a ser realizado.	4. Reduz a ansiedade e proporciona a colaboração do paciente.
5. Avaliar o paciente quanto a possível necessidade de intervenções não-farmacológicas para a redução da dor ou medicação analgésica antes da troca do curativo. Administrar o analgésico apropriado, consultando as prescrições médicas, e permitir tempo suficiente para o efeito.	5. A dor é uma experiência subjetiva, influenciada por experiências anteriores. O cuidado de feridas e as trocas de curativo podem causar dor para alguns pacientes.
6. Fazer higiene das mãos.	6. Evitar a disseminação de microrganismos.
7. Fechar as cortinas ao redor da cama do paciente ou fechar a porta do quarto	7. Dá privacidade e diminui o embaraço do paciente
8. Colocar recipiente para dejetos em local acessível ao uso durante o procedimento.	8. ter uma lixeira próximo significa que o curativo sujo seja descartado facilmente, sem disseminar microrganismos.
9. Ajudar o paciente a ficar em posição confortável e que possibilite acesso fácil à área de lesão. Usar a proteção de banho para cobrir qualquer área exposta que não seja a da ferida. Se necessário, colocar forro impermeável sob local da ferida.	9. Posicionar o paciente e usar proteção de banho proporcionar conforto e calor.

<p>10. Verificar a posição de drenos, sondas ou outros dispositivos antes de tirar o curativo. Usar luvas limpas e descartáveis e soltar a fita adesiva sobre o curativo antigo.</p>	<p>10. A verificação garante que não ocorra remoção de dreno acidentalmente. As luvas protegem o enfermeiro contra curativo contaminado e evitam a disseminação de microrganismos.</p>
<p>11. Com cuidado, retirar o curativo sujo.</p>	<p>11. A remoção cuidadosa do curativo é mais confortável para o paciente.</p>
<p>12. Após a retirada do curativo, observar a presença, a quantidade, o tipo e a cor, além do cheiro de secreção no curativo. Colocar o curativo sujo no recipiente apropriado. Retirar as luvas e descartá-las no recipiente adequado.</p>	<p>12. A presença de secreção deve ser documentada. O descarte correto de curativos sujos e luvas usadas evitam a disseminação de microrganismos.</p>
<p>13. Examinar a ferida quanto o tamanho, aparência e secreções. Avaliar presença de dor.</p>	<p>13. A cicatrização de uma ferida ou presença de irritação ou infecção deve ser registrada.</p>
<p>14. Preparo do campo estéril.</p>	<p>14. Os materiais ficam em alcance da mão, e a esterilidade é mantida.</p>
<p>15. Abrir a solução de limpeza estéril. Dependendo da quantidade necessária para a limpeza.</p>	<p>15. A esterilidade dos curativos fica mantida</p>
<p>16. Limpar a ferida.</p>	<p>16. A limpeza dá-se da área menos contaminada para a mais contaminada. Com uma única gaze para cada movimento de limpeza, fica garantida a não-contaminação da área já limpa.</p>
<p>17. Se houver dreno em uso, limpar ao redor com movimento circular. Fazer movimentos do centro para fora. Usar a gaze uma vez só e descartá-la.</p>	<p>17. A limpeza dá-se da área menos para a mais contaminada.</p>
<p>18. Limpar a ferida, secar a área com gaze. Aplicar pomada ou outros tratamentos se prescritos.</p>	<p>18. Ajuda no processo de cicatrização o uso de pomadas ou outras substâncias prescritas.</p>

19. Aplicar uma camada de curativo, a pinça pode ser usada para aplicar o curativo.	19. Um curativo primário funciona como um absorvente para a drenagem.
20. Colocar uma segunda camada de gaze no curativo.	20. Para maior absorção de secreções.
21. Retirar e descartar as luvas estéreis. Aplicar esparadrapo para prender o curativo. Identificar com data, hora e quem realizou o procedimento.	21. O descarte das luvas evita a disseminação de microrganismos.
22. Retirar o equipamento restante, colocar o paciente em posição confortável. Fazer a Higiene das mãos.	22. Restabelece o conforto do paciente. A higiene das mãos evita a disseminação de microrganismos.
23. Registrar no prontuário: data, hora, valores verificados, rubrica ou assinatura e anota o número de seu registro profissional. Revisar todos os curativos quantas vezes forem necessárias.	23. verificar curativos garante a avaliação das mudanças na condição do paciente e intervenções oportunas para evitar complicações.

### **- Curativo de dreno**

#### **Objetivos**

Permitir a saída de fluidos ou ar que estão ou podem estar em uma ferida ou cavidade, o acúmulo de líquidos em espaços potenciais; remover coleções diversas; permitir a retirada de secreções normais ou patológicas de cavidade naturais, vísceras e locais de cirurgias, além de orientar trajetos fistulosos. A ação dos drenos se dá por sucção, gravitação, capilaridade

#### **Justificativa**

O curativo de drenos se faz importante para evitar contaminação da cavidade drenada e para conforto do paciente.

#### **Competências**

Enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem.

### **Quando aplicar**

Pode se padronizar 1x no período ou conforme a necessidade ou mesma conforme a descrição médica.

### **DRENOS TORÁDICOS**

São inseridos para promover o ar e os líquidos do espaço pleural, impedir que o ar ou o líquido tornem a entrada no espaço pleural e restabelecer as pressões intrapleurais e intrapulmonares normais. Um dreno torácico é uma sonda introduzida através do tórax, para remover líquido ou ar, sendo utilizado depois da cirurgia do tórax e trauma do tórax, bem como para o pneumotórax ou hemotórax, de modo a promover a reexpansão pulmonar.

Deve-se trocar o selo d'água a cada 24hrs ou conforme preconizado pela instituição ou prescrição médica. Sempre clampear o sistema antes de abrir o frasco.

### **DRENOS DE PENROSE**

É um dreno introduzido na cavidade ou ferida com finalidade profilática, para escoamento de secreções ou eliminações de secreções purulentas. É um tubo de látex mole e delicado, vários diâmetros, introduzido na cicatriz operatória ou por pequeno orifício.

### **DRENO FECHADO DE PRESSÃO NEGATIVA**

É conectado a uma bolsa coletora sanfonada por meio de um tubo. O vácuo criado é capaz de provocar aspiração contínua.

Troca conforme a necessidade ou prescrição médica. clampear antes de abrir o frasco, desprezar o conteúdo e colocá-lo sanfonado no sistema.

### **Equipamentos:**

Sistema de drenagem torácica (frascos ou sistema descartável)

Aspirador e conjunto (bico de parede ou portátil)

Luvras limpas

Soro fisiológico ou água destilada para irrigação estéril (frasco de 500ml)

### Material necessário

Cuba rim;

Luva de procedimento;

Kit curativo (se não tiver, utilizar luva estéril;

S F;

Esparadrapo/micropore;

Saco de lixo;

500 ml de SF, quando trocar selo d'água de dreno torácico;

### Método

#### Descrição do Procedimento;

PROCEDIMENTO	FUNDAMENTAÇÃO
1. Avaliar o cliente quando a angústia respiratória dor torácica, ruídos respiratórios sobre a área pulmonar afetada e sinais vitais estáveis .	1. Os sinais e sintomas refletem a melhoria da angústia respiratória e na dor torácica depois da inserção do dreno torácico.
2. Observar quanto á maior angustia respiratória.	Os sinais e sintomas de maior angústia respiratória e/ou dor torácica, diminuição nos sons respiratórios sobre os pulmões sadio e afetado, cianose acentuada, movimentos torácicos assimétricos, presença de hipotensão e taquicardia. Notificar imediatamente o médico. Garantir que o equipo fique permeável. Manter um sistema de drenagem permeável com drenagem livre, impedindo o acúmulo de líquido na cavidade torácica, O sistema deve ficar nesta posição, para funcional da forma correta.
3. Observar	

<p>a) Curativo do dreno torácico.</p> <p>b) Equipo para dobras, alças pendentes ou coágulos.</p> <p>c) Sistema de drenagem torácica, que deve ficar em pé e baixo do nível da inserção do dreno.</p>	
<p>4. Colocar duas pinças hemostáticas para cada dreno, presas no alto do leito do cliente com um esparadrapo. Os drenos torácicos devem ser clampeados apenas em circunstâncias especiais; tais como para:</p> <p>a) Avaliar o extravasamento de ar;</p> <p>b) Esvaziar rapidamente ou trocar o frasco de coleta; realizado por enfermeira que tenha recebido treinamento no procedimento;</p>	<p>As pinças hemostáticas com trava possuem um revestimento para impedir penetrar no dreno torácico.</p>
<p>c) Trocar sistemas descartáveis; dispor do novo sistema pronto para ser conectado, antes de clampear o dreno, de modo que a transferência possa ser rápida e o sistema de drenagem seja restabelecido;</p>	
<p>d) Trocar um frasco de vedação subaquática quebrando, no caso de não haver disponibilidade de recipiente com solução estéril;</p>	
<p>e) Avaliar se o cliente está pronto para a remoção do dreno torácico (o que é feito por prescrição médica); a enfermeira deve monitorar o cliente para a recidiva do pneumotórax.</p>	

<p>5. Posicionar o cliente.</p>	<p>Permite a drenagem ótima do líquido e/ou ar.</p> <p>O ar sobe para o ponto mais elevado no tórax. os drenos de pneumotórax são geralmente colocados na face anterior na linha hemiclavicular, no segundo ou terceiro espaços intercostais.</p> <p>Permite a drenagem ótima do líquido. os drenos posteriores são colocados na linha hemiaxilar, no oitavo ou nono espaços intercostais.</p>
<p>a) Posição de semi- Fowler, para evacuar o ar(pneumotórax).</p>	
<p>b) Posição de Fowler alta, para drenar líquido(hemotórax).</p>	
<p>6. Manter as conexões do dreno entre o tórax e os tubos de drenagem intactas e presas com esparadrapo.</p>	<p>Faixa o dreno torácico ao sistema de drenagem e reduz o risco de extravasamento de ar que provoca rupturas no sistema de vedação.</p>
<p>a) A ventilação da vedação subaquática deverá estar sem oclusão.</p>	<p>Permite que o ar deslocando passe para a atmosfera.</p>
<p>b) A ventilação do compartimento de controle de aspiração deverá estar sem oclusão, quando a aspiração for utilizada.</p>	<p>Fornece o fator de segurança de liberação do excesso de pressão negativa para a atmosfera. Evita que o excesso do equipo fique pendurado sobre a borda do colchão em alça descendente. A drenagem pode acumular-se na alça e ocluir o sistema de drenagem.</p>
<p>7. Enrolar o excesso do equipo no colchão próximo ao cliente. Fixar com uma faixa de borracha e alfinete de segurança ou clamp do sistema.</p>	
<p>8. Ajustar o equipo, para ficar pendurado em uma linha reta desde o alto do colchão até o compartimento de drenagem. Quando o dreno torácico</p>	<p>Fornece a base para a avaliação contínua do tipo e qualidade da drenagem.</p>

estive drenado líquido, indicar a hora(p.ex.,9h) que a drenagem começou na fita adesiva do frasco de drenagem ou na superfície para o registro do sistema comercial descartável.	
9. Ordenar o dreno torácico apenas quando indicado:	A ordenha é controversa, devendo ser realizada apenas se a política hospitalar permitir e houver prescrição médica. Cria alto grau de pressão negativa e pode tracionar o tecido pulmonar ou a pleura para dentro dos orifícios de drenagem do dreno torácico.
a) Os drenos torácico mediastinos pós – operatórios são manipulados, quando a avaliação de enfermagem indica obstrução da drenagem secundária a coágulos ou resíduos no equipo;	
10. Lavar as mãos.	Reduzir a transmissão de infecção.
11. Observar:	
a) Curativo do dreno torácico, equipo e sistema de drenagem do dreno torácico, que deve estar ereto e abaixo do nível da inserção do dreno;	Garantir que o dreno fique permeável, e observar drenagem. Manter o equipo livre de dobras e alças pendentes. Observar a presença de coágulos ou resíduos no equipo.
b) O selo da água flutua com a inspiração e expiração do cliente;	O líquido deve subir na vedação com inspiração e abaixar com a expiração, indicando que o sistema está funcionando de forma correta.
c) Borbulhamento no compartimento o frasco da vedação subaquática.	Quando o sistema for inicialmente conectado ao cliente, as bolhas serão intrapleurais do cliente. Depois de breve período, o borbulhamento irá cessar. O líquido continuará a flutuar no selo de

	<p>água a inspiração e expiração, até que o pulmão fique reexpandido ou o sistema se tome ocluído.</p>
<p>d) Tipo e quantidade de drenagem líquida. A enfermeira deve anotar a coloração e quantidade da drenagem, os sinais vitais do cliente e a coloração da pele.</p>	<p>O jato súbito de drenagem pode ser sangue retido, e não o sangramento ativo. O aumento na drenagem pode resultar da posição do cliente.</p>
<p>(1) Menos de 50 a 300ml/h imediatamente após a cirurgia no dreno mediastinal; aproximadamente 500ml nas primeiras 24 horas; a drenagem vermelho-escura é esperada no início do período pós-operatório, mudando para serosa com o tempo.</p>	<p>A reexpansão dos pulmões força a drenagem para dentro do tubo. A tosse também pode causar grandes jatos de drenagem.</p>
<p>(2) Entre 100e300ml de líquido podem drenar no dreno torácico posterior, durante as duas primeiras horas, depois da inserção; a velocidade diminui depois de duas horas; 500<sup>a</sup>1.000ml podem ser esperados nas primeiras 24 horas; a drenagem mostra-se nitidamente sanguinolenta durante as primeiras horas depois da cirurgia e, em seguida, muda para serosa;</p>	<p>A excessiva quantidade e/ou a contínua presença de drenagem nitidamente sanguinolenta, depois das primeiras horas da cirurgia, devem ser reportadas ao médico, juntamente com os sinais vitais e estado respiratório do cliente.</p>
<p>e) O borbulhamento no compartimento de controle de aspiração (quando a aspiração está sendo usada)</p>	<p>O compartimento de controle de aspiração apresenta borbulhamento suave e constante. O equipo até a fonte de aspiração deve ficar sem obstruções devendo a fonte de aspiração estar ligada no parâmetro apropriado.</p>



**Município de Rio Bonito do Iguaçu**  
Estado do Paraná  
**Secretaria Municipal de Saúde**



**Instrução de trabalho: LIMPEZA**

<b>REALIZAÇÃO:</b> CARINA VALLE	<b>APROVAÇÃO:</b>	<b>DATA</b> <b>APROVAÇÃO</b> 20/11/2023	<b>DA</b>	<b>PÁGINA:</b> 141
<b>VALIDADE:</b> 02 ANOS	<i>Quelôris</i>			<b>REVISÃO:</b> 01

**PROCESSO:** Rotinas de uso, troca e desinfecção de materiais e equipamentos

**ATIVIDADE:** Troca e Uso das Soluções Antissépticas

**EXECUTANTE:** Técnico, Auxiliar de Enfermagem, assistente administrativo.

**RESULTADOS ESPERADOS (objetivos da atividade)**

- Fornecer ao uso soluções antissépticas dentro do prazo de validade e em quantidade suficiente.

**MATERIAIS NECESSÁRIOS E PREPARAÇÃO**

- Frascos de antissépticos
- Almotolias

**EXECUÇÃO DA ATIVIDADE**

- Encaminhar-se à Central de esterilização, onde será entregue as almotolias.
- Encher as almotolias esterilizadas com antissépticos de acordo com a necessidade do setor, de modo asséptico.
- Trocar os frascos vencidos pelos novos.

- Repor os pontos com os frascos cheios.

#### CUIDADOS ESPECIAIS

- Este procedimento deve ser realizado seguindo o prazo de validade das soluções, conforme a seguir:
  - álcool glicerinado, para antissepsia das mãos, no vidro, validade de 7 dias após o primeiro uso;
  - álcool 70%, para antissepsia de pele e conexão de cateteres, no frasco da indústria, validade de 30 dias após o primeiro uso;
  - álcool 70%, para desinfecção de camas, bancadas, etc., no galão grande, validade de 30 dias após o primeiro uso;
  - PVPI tópico, degermante, tintura, frascos descartáveis da indústria, validade de 30 dias após o primeiro uso;
  - clorexidina, PVPI, benzina, vaselina, frascos plásticos brancos do hospital, validade de 7 dias após o primeiro uso.
- Datar sempre que for colocado para uso.

EXECUTANTE: Profissionais da equipe de saúde

#### RESULTADOS ESPERADOS (objetivos da atividade)

Evitar a disseminação das doenças causadas por agentes infecciosos transmissíveis entre os hospedeiros susceptíveis.

#### MATERIAIS NECESSÁRIOS E PREPARAÇÃO

- Luvas de procedimento
- Placas com orientações sobre o tipo de isolamento necessário
- Máscaras
- Óculos de proteção
- Aventais de proteção

#### EXECUÇÃO DA ATIVIDADE

Ao suspeitar ou confirmar uma doença infectocontagiosa ou colonização para microrganismo multirresistentes:

- Instituir métodos de precauções;
- Comunicar o Serviço de Controle de Infecção;
- Aguardar as orientações pertinentes.

Normas do CDC referentes às precauções

### FUNDAMENTOS DAS PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

São medidas de controle de infecção que visam um decréscimo no risco de transmissão de microrganismos nos hospitais.

Lavagem das mãos e uso de luvas.

Acomodação do paciente.

Transporte de pacientes infectados.

Máscaras, proteção respiratória, proteção ocular, protetores faciais.

Aventais e outras paramentações.

Equipamentos e artigos médico-hospitalares.

### PRECAUÇÕES STANDART/BÁSICAS

Sintetizam a maioria das características das precauções universais e dos cuidados com substâncias corporais.

Aplicam-se para:

- sangue;
- todos os fluidos corpóreos, secreções, excreções;
- pele não intacta;
- membranas mucosas.

São designadas para reduzir o risco de transmissão de microrganismos de fontes de infecção conhecidas e desconhecidas nos hospitais.

Usá-las para os cuidados com todos os pacientes, independentemente de seu estado infeccioso.

- Lavagem das mãos: após contato com sangue, fluidos corpóreos, secreções, excreções e equipamentos contaminados, sempre lavar as mãos após a remoção de luvas.
- Luvas: use sempre luvas (não estéreis =procedimentos) quando “tocar” sangue, fluidos corpóreos, secreções, excreções e itens contaminados. Use luvas sempre que tocar pele não intacta e membranas mucosas. Remover imediatamente após o uso estas luvas, e em seguida lavar as mãos.

- Máscara / protetor facial / óculos: use para proteger suas mucosas dos olhos, narinas e boca, durante procedimentos e/ou atividades de cuidados do paciente em que haja risco de respingos ou “sprays” de sangue, fluidos corporais, secreções e excreções.
- Avental: proteção do profissional com relação a respingos, “sprays” de sangue, etc.

### PRECAUÇÕES AÉREAS

São destinadas a reduzir o risco de transmissão de agentes infecciosos, como os causadores da tuberculose, do sarampo, da varicela, do herpes zoster.

- Local do paciente: manter o paciente em quarto privativo, o qual deverá ter porta fechada.
- Proteção respiratória: utilizar máscara antes de entrar no quarto.
- Transporte de paciente: limite o transporte de pacientes do quarto, faça-o apenas quando isto for essencial. Se o transporte é necessário, utilize máscara simples para o paciente. Se for necessário utilizar elevador, não permitir a entrada de outras pessoas no mesmo elevador.

### PRECAUÇÕES COM GOTÍCULAS

São destinadas a reduzir o risco de transmissão por gotículas.

- Acomodação do paciente: acomode o paciente em quarto privativo. Quando não for possível quarto privativo, acomode o paciente em quarto com outros pacientes com infecção pelo mesmo microrganismo, mas não com outro tipo de infecção (coorte). Quando este quarto não for possível, mantenha uma separação especial de outros pacientes (mínimo 1 metro).
- Máscara: recomenda-se usá-la quando for se aproximar do paciente (+ ou – 1 metro).
- Transporte do paciente: limite a movimentação e transporte deste paciente do seu quarto. Quando for estritamente necessário, utilize máscara para o paciente se for utilizar elevador.

### PRECAUÇÕES DE CONTATO

São designadas para reduzir o risco de transmissão de microrganismos epidemiologicamente importantes por contato direto ou indireto.

- Instalação do paciente: manter o paciente em quarto privativo, ou em coorte.
- Luvas e lavagem rigorosa das mãos.
- Avental: ao contato com o paciente.
- Transporte: limitar a movimentação e o transporte.
- Controle do ambiente: limpeza diária do quarto e equipamentos. Manter o mínimo possível de equipamentos e mobílias.

<p>ATIVIDADE: Controle de Infecção Hospitalar nos Postos de Enfermagem</p>
<p>EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico, Auxiliar e Estagiários</p>
<p>RESULTADOS ESPERADOS (objetivos da atividade)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir o risco de transmissão de doenças infecciosas dos funcionários da equipe de saúde para os pacientes e para outros funcionários.</li> </ul>
<p>MATERIAIS NECESSÁRIOS E PREPARAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Água</li> <li>• Sabão</li> <li>• Álcool a 70%</li> <li>• Luvas de diferentes características</li> </ul>
<p>EXECUÇÃO DA ATIVIDADE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se estiver com diarreia: lavar as mãos após usar o banheiro e antes de manusear pacientes, equipamentos, medicamentos e alimentos.</li> <li>• Se estiver resfriado: lavar as mãos após espirrar, tossir ou assoar o nariz. Usar máscara para contato direto com crianças abaixo de 2 anos. Evitar contato próximo com recém-nato, paciente imunodeprimido e portadores de cardiopatia congênita.</li> <li>• Se estiver com herpes labial: lavar as mãos sempre que tocar na lesão. Usar máscara. Evitar contato próximo com recém-nato, queimados e imunodeprimido.</li> <li>• Se exposto a sarampo (e não teve sarampo, nem foi vacinado): comunique imediatamente o médico do Serviço de Controle de Infecção e da Medicina do Trabalho.</li> </ul>

- Se exposto a varicela (e não teve varicela, nem foi vacinado): comunique imediatamente o médico do serviço de Controle de Infecção e da Medicina do Trabalho.
- Se exposto a sangue (através de contato com mucosas, olhos, pele não íntegra ou acidente com materiais perfuro cortantes): comunique imediatamente o enfermeiro de plantão e ao Serviço de Controle de Infecção.
- Se exposto a coqueluche (e desenvolver tosse): comunique imediatamente o médico do Serviço de Controle de Infecção ou da Medicina do Trabalho.
- Se estiver com alguma doença infecciosa: entre em contato com o médico do Serviço de Controle de Infecção ou da Medicina do Trabalho, para ser avaliado e orientado.
- Luvas plásticas estéreis descartáveis: devem ser utilizadas para realizar aspiração endotraqueal. Após o uso, descartar no lixo.
- Luvas cirúrgicas de látex estéreis: devem ser usadas para procedimentos assépticos, como sondagem vesical, realização de curativos sem pinça, manuseio de cateteres, cirurgias em geral, cateterismos (cardíaco, cerebral, umbilical e vascular), flebotomia, punções (lombar, subclávia, jugular, medula óssea) e traqueostomia.
- Luvas de procedimento – látex não estéril: devem ser utilizadas para precauções com sangue, fluídos orgânicos, secreções e excreções em procedimentos que não requerem técnica asséptica.

Observação: Não deixar algodão umedecido com álcool 70%, pois o algodão torna-se meio de cultura.

O QUE?	QUANDO?	COM O QUE?	COMO?
Estetoscópio	Após cada uso	Água e sabão e álcool a 70%	Limpeza mecânica e fricção por 30 segundos
Esfigmomanômetro coberto com plástico	Após contaminação	Água e sabão e álcool a 70%	Limpeza mecânica e fricção por 30 segundos

Esfingomanômetro coberto com brim	Após contaminação	Água e sabão	Limpeza mecânica
Termômetro	Antes e após o uso	Álcool a 70%	Limpeza mecânica e fricção por 30 segundos
Ambú	Após cada uso	Água e sabão e pasteurização	Limpeza mecânica e água a 65°C por uma hora
Máscara de Nebulização	Após cada uso	Água e sabão e pasteurização	Limpeza mecânica e água a 65°C por uma hora
Laringoscópio Cabo/Lâmina	Após cada uso	Água e sabão e álcool a 70%	Limpeza mecânica e fricção por 30 segundos
Aspirador, Vidro e Látex	Após cada uso	Água e sabão e autoclave a 121° C	Limpeza mecânica e esterilização por 15 min
Cânula de Guedell	Após cada uso	Água e sabão e pasteurização	Limpeza mecânica e água a 70°C por uma hora
Almotolias	1 vez por semana	Água e sabão	Limpeza mecânica e autoclave por 15 min
Bandejas	Após cada uso	Água e sabão e álcool a 70%	Limpeza mecânica e fricção por 30 segundos
Cubas e instrumental	Após cada uso	Água e sabão e esterilização	Limpeza mecânica e autoclave por 30 min
Paredes	Mensalmente	Água e sabão	Limpeza mecânica
Janelas	Semanalmente	Água e sabão	Limpeza mecânica
Assoalho	Diariamente	Água e sabão	Limpeza mecânica
Pias	Diariamente	Sapólio em pó	Limpeza mecânica
Móveis	Após contaminação	Água e sabão e álcool a 70%	Limpeza mecânica e fricção por 30 segundos
Lixeiras	Diariamente	Água e sabão	Limpeza mecânica
Suportes de soro	Semanalmente	Água e sabão	Limpeza mecânica
Colchões	Após a alta	Água e sabão e álcool a 70%	Limpeza mecânica e fricção por 30 segundos

Macas	Diariamente e após contaminação	Água e sabão e álcool a 70%	Limpeza mecânica e fricção por 30 segundos
Bancadas	Sempre que necessário	Água e sabão e álcool a 70%	Limpeza mecânica e fricção por 30 segundos
Isoletes	semanalmente	Água e sabão e álcool a 70%	Limpeza mecânica e fricção por 30 segundos