



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Educação*

**ESCOLA ESTADUAL DE  
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL - EEEP**  
ENSINO MÉDIO INTEGRADO À EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

MANUAL DE  
PROCEDIMENTOS TÉCNICOS





**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Educação*

**Governador**

Cid Ferreira Gomes

**Vice Governador**

Domingos Gomes de Aguiar Filho

**Secretária da Educação**

Maria Izolda Cela de Arruda Coelho

**Secretário Adjunto**

Maurício Holanda Maia

**Secretário Executivo**

Antônio Idilvan de Lima Alencar

**Assessora Institucional do Gabinete da Seduc**

Cristiane Carvalho Holanda

**Coordenadora da Educação Profissional – SEDUC**

Andréa Araújo Rocha



*Coordenadoria da Educação Profissional – COEPD  
Curso Técnico de Enfermagem*

**Manual de Procedimentos  
para alunos do Curso Técnico em  
Enfermagem**

**Fortaleza – Ceará  
2012**



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Educação*

**Governador  
Cid Ferreira Gomes**

**Vice-governador  
Domingos Gomes de Aguiar Filho**

**Secretária de Educação  
Maria Izolda Cela de Arruda Coelho**

**Secretário Adjunto  
Maurício Holanda Maia**

**Secretário Executivo  
Antonio Idilvan de Lima Alencar**

**Assessora Institucional do Gabinete  
Cristiane Holanda**

**Coordenadora da Educação Profissional  
Andréa Araújo Rocha**

**COORDENACÃO**

Anna Margarida Vicente Santiago

**EQUIPE DE ELABORACÃO:**

Alisson Salatiek Ferreira de Freitas

Antônia Pautylla Silva Lira

Fabiane da Silva Severino Lima

Juliana de Oliveira Barros

**REVISÃO**

Viviane Peixoto dos Santos Pennafort

Anna Margarida Vicente Santiago



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>	
<b>GRUPO 01: Procedimentos administrativos.....</b>	<b>09</b>
<b>GRUPO 02: Higienização das mãos e calçando luvas estéreis.....</b>	<b>14</b>
<b>GRUPO 03: Sinais Vitais e medidas antropométricas.....</b>	<b>23</b>
<b>GRUPO 04: Sala de vacina e imunobiológicos.....</b>	<b>42</b>
<b>GRUPO 05: Curativo Simples e retirada de pontos.....</b>	<b>89</b>
<b>GRUPO 06: Nebulização.....</b>	<b>95</b>
<b>GRUPO 07: Preparo do leito.....</b>	<b>98</b>
<b>GRUPO 08: Banho e Higiene.....</b>	<b>105</b>
<b>GRUPO 09: Alocação no leito.....</b>	<b>123</b>
<b>GRUPO 10: Eliminações.....</b>	<b>133</b>
<b>GRUPO 11: Punção venosa.....</b>	<b>154</b>
<b>GRUPO 12: Exames.....</b>	<b>160</b>
<b>GRUPO 13: Administração de medicamentos.....</b>	<b>179</b>
<b>GRUPO 14: Oxigenoterapia.....</b>	<b>217</b>
<b>GRUPO 15: Monitoração cardíaca.....</b>	<b>226</b>
<b>GRUPO 16: Oximetria.....</b>	<b>229</b>
<b>GRUPO 17: Balanço Hídrico.....</b>	<b>232</b>
<b>GRUPO 18: Avaliando e amenizando a Dor.....</b>	<b>235</b>
<b>GRUPO 19: Sondagem/Cateterismo gástrico e entérico.....</b>	<b>239</b>



<b>GRUPO 20: Auxiliando a aspiração.....</b>	<b>253</b>
<b>GRUPO 21: Cuidados com ostomia.....</b>	<b>262</b>
<b>GRUPO 22: Auxiliando procedimentos médicos.....</b>	<b>265</b>
<b>GRUPO 23: Reanimação Cardiopulmonar.....</b>	<b>281</b>
<b>GRUPO 24: Mantendo campo estéril.....</b>	<b>284</b>
<b>GRUPO 25: Centro Cirúrgico e Centro de Material.....</b>	<b>288</b>
<b>GRUPO 26: Preparo do corpo <i>pós-mortem</i>.....</b>	<b>310</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>314</b>

## APRESENTAÇÃO

O Curso Técnico de Enfermagem Integrado ao Ensino Médio apresenta uma proposta curricular orientada para formação de profissionais capazes de compreender e intervir nos agravos a saúde humana, utilizando-se do conhecimento e da prática humanizada para o exercício do cuidado de qualidade, que satisfaça às reais necessidades dos usuários do sistema de saúde. A proposta curricular incorpora processo de ensino-aprendizagem voltado para construção de pessoas cidadãs com compromisso ético com o coletivo em que se insere.

Sabendo que a grade curricular do curso técnico de enfermagem apresenta carga horária voltada para atividades teórico-práticas em diferenciados campos de atuação profissional, tornou-se imprescindível elaborar um instrumento de padronização e normatização que pudesse sistematizar a prática do aluno durante a realização dos diferentes procedimentos técnicos.

O presente manual apresenta uma coletânea de passo a passo dos procedimentos de enfermagem, buscando garantir um resultado de qualidade de um mesmo cuidado realizado por pessoas diferentes. Ele descreve a realização dos principais procedimentos que fazem parte do rol de atribuições do técnico de enfermagem, assim como, apresenta uma listagem de procedimentos que são realizados por outros profissionais da saúde, mas que o técnico de enfermagem tem que ter o conhecimento de sua execução para que possa participar do auxílio de sua realização,

O manual foi elaborado por uma equipe de supervisores e consultores do curso técnico com base em livros, manuais e periódicos atualizados e conceituados da área de enfermagem de âmbito nacional e internacional, o qual será atualizado e revisado periodicamente por profissionais capacitados a partir das necessidades de atualização das técnicas, segundo reformulação e desenvolvimento de normas de padronização, buscando, assim, a qualidade da prática assistencial oferecida.

Devemos lembrar que a realidade de cada instituição, por vezes, poderá determinar um passo a passo diferenciado, devendo o orientador de estágio junto com o aluno preservar a realização dos procedimentos técnicos pautados na Biossegurança.

Todos os procedimentos serão apresentados com o nome da categoria profissional responsável por sua execução, materiais necessários e o passo a passo de como deve ser realizado.

Para estarmos respaldados segundo a legislação competente, procuramos embasar a

responsabilidade pela realização dos procedimentos que serão apresentados com base no Decreto Nº 94.406/87, que dispõe sobre o exercício da enfermagem.

Segundo Art. 10 do decreto supracitado, “O técnico de enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhes:

I - assistir ao Enfermeiro:

- a) No planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;
- b) Na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;
- c) Na prevenção e controle de doenças transmissíveis em geral em programa de vigilância epidemiológica;
- d) Na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;
- e) Na execução dos programas referidos nas letras “i” e “o” do item II, do Art. 8º, sendo esses, respectivamente: “participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco” e “participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho”.

II - executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º, referente aos profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica;

III - integrar a equipe de saúde.

Segundo o Art. 8º, cabe ao enfermeiro PRIVATIVAMENTE a realização das atividades abaixo:

- a) Direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou provada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) Organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;
- d) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

- e) Consulta de enfermagem;
- f) Prescrição da assistência de enfermagem;
- g) Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

Todos os procedimentos realizados pelo técnico de enfermagem deverão ser realizados sob supervisão do enfermeiro. Orientamos, ainda, que a execução dos procedimentos siga a determinação da incumbência da realização prescrita, deixando que a execução de procedimentos de enfermagem mais complexos, conforme explicitado no Decreto, fique sob responsabilidade do enfermeiro, sendo o profissional técnico de enfermagem responsável pelo auxílio da execução.



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

**GRUPO 01: Procedimentos administrativos**





**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód.1.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Anotações de enfermagem</b>		

### QUEM EXECUTA

Equipe de enfermagem

### MATERIAL NECESSÁRIO:

- Prontuário do paciente.

### COMO FAZER:

- Registrar na área de observações de enfermagem do prontuário do paciente os dados referentes ao:
  - Estado Mental: identificando e registrando se o paciente apresenta-se em estado de alerta, consciência, sonolência, letargia ou coma;
  - Estado de Orientação: identificando e registrando se o paciente apresenta-se orientado (ou desorientado) em quanto ao tempo, ao espaço, quanto a si e pessoas ao redor;
  - Estado de Humor: identificando e registrando se o paciente apresenta-se apático, alegre, tenso, tranquilo, calmo, agitado, irritado, ansioso, triste, eufórico ou deprimido;
  - Comunicação: identificando e registrando se o paciente apresenta ou não linguagem verbal;
  - Condições físicas: identificando e registrando os valores obtidos pela verificação de sinais vitais (temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória) e glicemia capilar, conforme prescrição médica/enfermagem;
  - Condições do cliente: identificando e registrando a presença de drenos, cateteres, curativos, oxigenoterapia, entre outros.
  - Sono/repouso: identificando e registrando o padrão de sono (tranquilo, agitado, contínuo ou

presença de insônia) e repouso do paciente;

- Alimentação: identificando e registrando o tipo de via de alimentação, horários em que foram oferecidas e a aceitação ou não da dieta;
- Eliminações: identificando e registrando aspectos das eliminações (odor, cor, volume), frequência, dificuldades apresentadas para eliminação, presença de sangue, vermes, catarro,
- presença de vômitos e qual o volume, cor, odor e consistência, presença de escarro e sudorese, avaliando o odor e característica.
- Sinais e sintomas (queixas): identificando e registrando os sinais e sintomas referidos pelo paciente durante o período do plantão;
- Procedimentos realizados: registrando todos os procedimentos de enfermagem realizados pelo próprio profissional.

#### **Exemplo de evolução do técnico de enfermagem:**

Paciente apresenta-se alerta, consciente, orientado quanto ao tempo e espaço, calmo, em uso de comunicação verbal. Apresenta-se afebril (T: 36,5°C), normotenso (PA: 130x80 mmHg), normocárdico (P: 65bpm), eupneico (FR: 18 mrpm). Faz uso de cateter nasal tipo óculos, acesso venoso periférico pérvio em membro superior direito. Sono e repouso satisfatório, alimentação por via oral, aceitando bem a dieta. Eliminações fisiológicas presentes no período e dentro do padrão de normalidade. Relata dor lombar leve e presença de úlcera por pressão sacral. Realizado banho no leito. Segue sob cuidados.

Observação 1: A evolução poderá seguir a rotina da instituição, devendo obedecer o registro na ordem céfalo-caudal;

Observação 2: A anotação deve ser clara, objetiva e sem rasuras;

Observação 3: Em caso de erro, proceder como o exemplo: Micção presente, digo, ausente no período;

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 1.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Passagem de Plantão do técnico de enfermagem</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Técnico de enfermagem.

**COMO FAZER:**

- Chegar no horário estipulado pela instituição para receber o plantão;
- Iniciar a passagem de plantão por ordem crescente dos leitos, identificando o nome do paciente ou de acordo política da instituição;
- Conversar com o profissional do plantão anterior para informar-se sobre quadro geral dos pacientes, intercorrências surgidas e procedimentos a serem realizados no dia;
- Conferir a ficha de cada paciente, verificando os medicamentos e cuidados de enfermagem realizados e checados, identificando os que ainda precisam ser realizados;
- Conferir plano terapêutico de enfermagem, verificando as informações anotadas;
- Conferir ficha de balanço hídrico;
- Verificar os pacientes com uso de acesso venoso periférico, drenos, curativos, cateteres, oxigenoterapia, para que se possam ser programados os cuidados de enfermagem durante o dia (Exemplo: trocar o curativo do acesso venoso central a cada 72h ou de acordo política da CCIH, realizar cuidados para manutenção de drenos e cateteres e realizar curativos que forem de sua competência);
- Planejar o trabalho do dia de acordo com as informações trocadas no plantão e plano de enfermagem traçado pelo enfermeiro responsável;
- Conferir material permanente e equipamentos de acordo com check-list do setor;





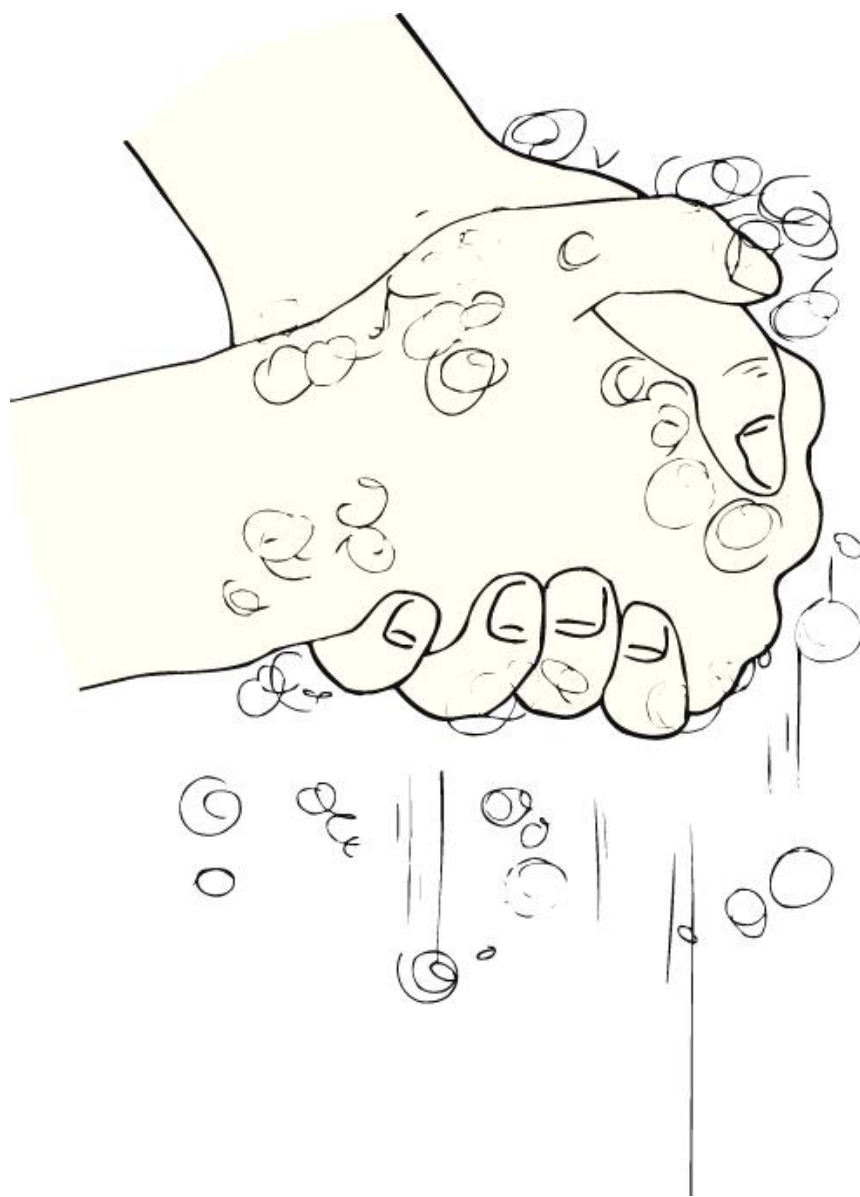
### **OBSERVAÇÃO**

- Para facilitar a comunicação entre os profissionais do serviço, recomenda-se que:
  - Os profissionais devem estar devidamente uniformizados e identificados.
  - Deve-se deixar anotado no livro de ordens e ocorrências todas as intercorrências do plantão, tais como: empréstimos de materiais e de equipamentos a outros setores, falta de material no almoxarifado, falta de roupas, cirurgias e exames programados para o dia seguinte, entre outras informações que julgar serem necessárias;



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Educação*

## GRUPO 02: Higienização das mãos e calçando luvas estéreis



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO  
SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 2.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Lavagem das mãos simples</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Profissionais da saúde.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Pia com torneira;
- Sabão degermante;
- Papel toalha descartável.
- Cesto de lixo.

**COMO FAZER:**

- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se a pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão degermante para cobrir toda a superfície das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa;

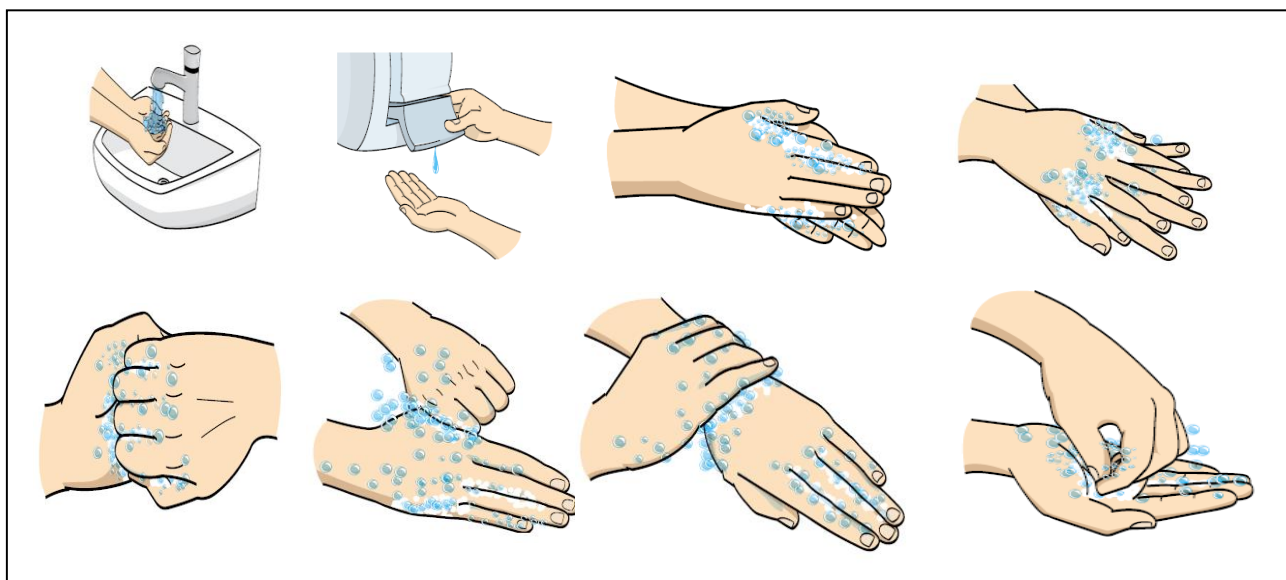
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos do sabão. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;

Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.

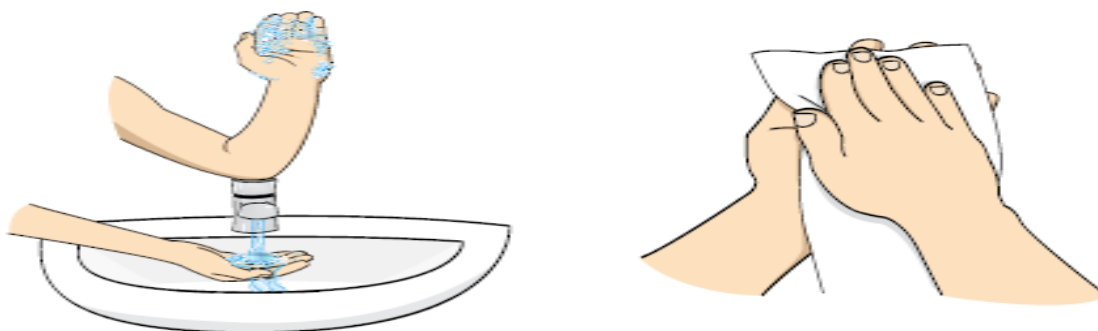
### **OBSERVAÇÃO!**

Pode-se fazer a higienização antisséptica das mãos com álcool gel, utilizando a mesma técnica para higienização simples das mãos. A duração do procedimento nos dois casos deve ser de 40 a 60 segundos.

Fig. 2.1: Sequência de procedimentos para lavagem das mãos.



Fonte: BRASIL, 2009.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO  
SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 2.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Lavagem das mãos para preparo pré-operatório</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Profissionais da saúde.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Pia com torneira;
- Sabão degermante;
- Papel toalha descartável;
- Cesto de lixo.

**COMO FAZER:**

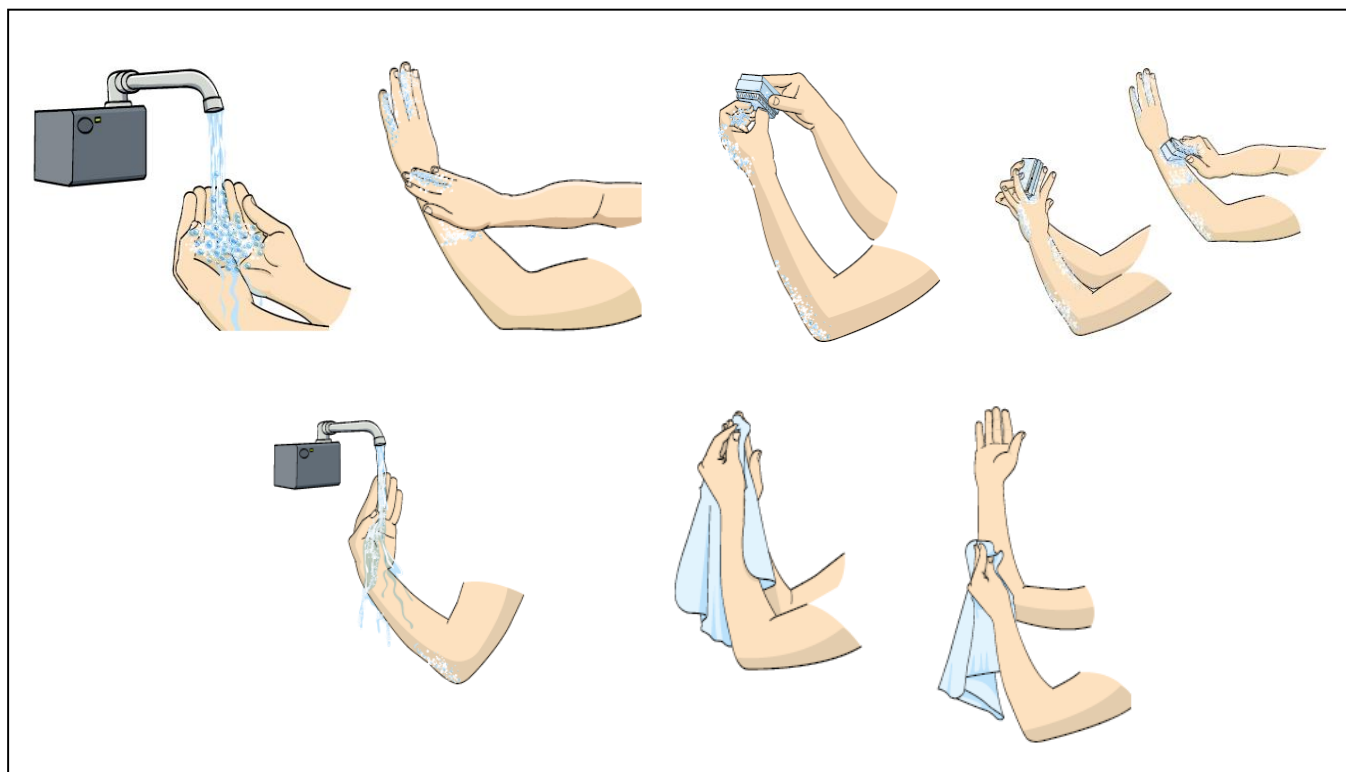
- Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos;
- Recolher, com as mãos em concha, o antisséptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de escova impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes;
- Limpar sob as unhas com as cerdas da escova;
- Friccionar as mãos, observando espaços interdigitais e antebraço por no mínimo 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos;
- Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir foto sensor;

- Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas.

**OBSERVAÇÃO!**

A duração do procedimento deve ser de 3 a 5 minutos para a primeira cirurgia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes .

**Figura 2.2:** Sequência de procedimentos para lavagem das mãos para preparo pré-operatório.



Fonte: BRASIL, 2009.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 2.3
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Calçando luvas estéreis</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Profissionais da saúde.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

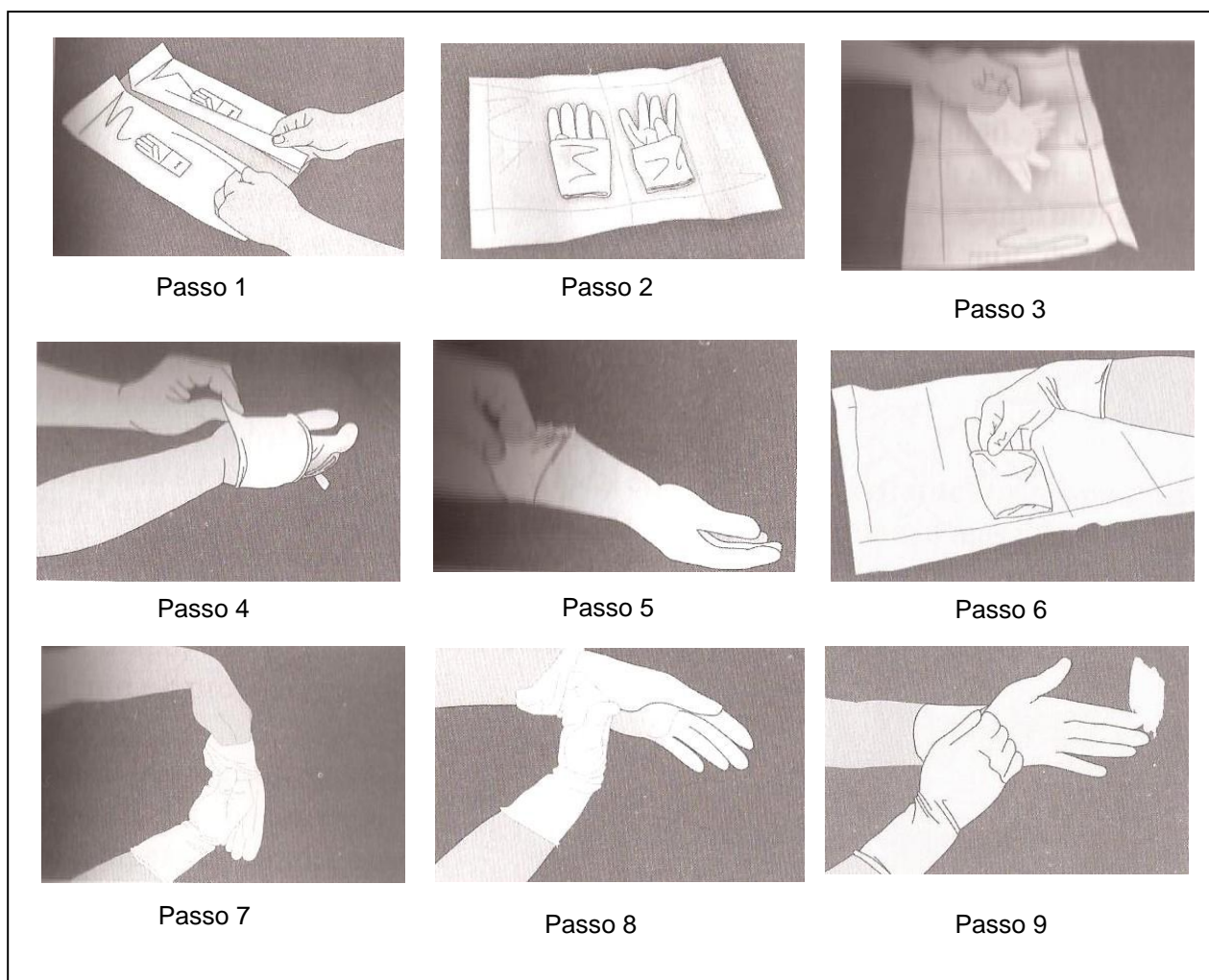
- Cesto de lixo;
- Luvas estéreis.

**COMO FAZER:**

- Escolher o pacote de luvas de tamanho ideal para as mãos;
- Retirar todos os adornos: anéis, pulseiras, relógios;
- Higienizar as mãos;
- Abrir o pacote de luvas e posicioná-lo de modo que a abertura da embalagem interna fique para cima; ficar atento para não contaminar a área estéril do pacote e as luvas;
- Posicionar uma das mãos em concha e colocar inicialmente a luva referente à mão não dominante, segurando a luva pela região interna; e com a mão oposta auxiliar na colocação da luva, tendo o cuidado de não tocar na região estéril da luva;
- Observar a posição do polegar e introduzir a mão e os dedos;
- Colocar a luva referente à mão dominante, segurando-a pela região externa com a mão enluvada;
- Verificar a posição do polegar e deslizar a mão e dedos para dentro da luva;

- Remover as luvas imediatamente após a utilização, tendo o cuidado de colocar a luva da mão não dominante por baixo da luva da mão dominante;
- Desprezar o par de luvas no cesto de lixo contaminado;
- Higienizar as mãos.

Fig 2.3: Passo a passo para calçar luvas estéreis



Fonte: VOLPATO et al, 2007.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 2.4
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 1
<b>Removendo luvas</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Profissionais da saúde.

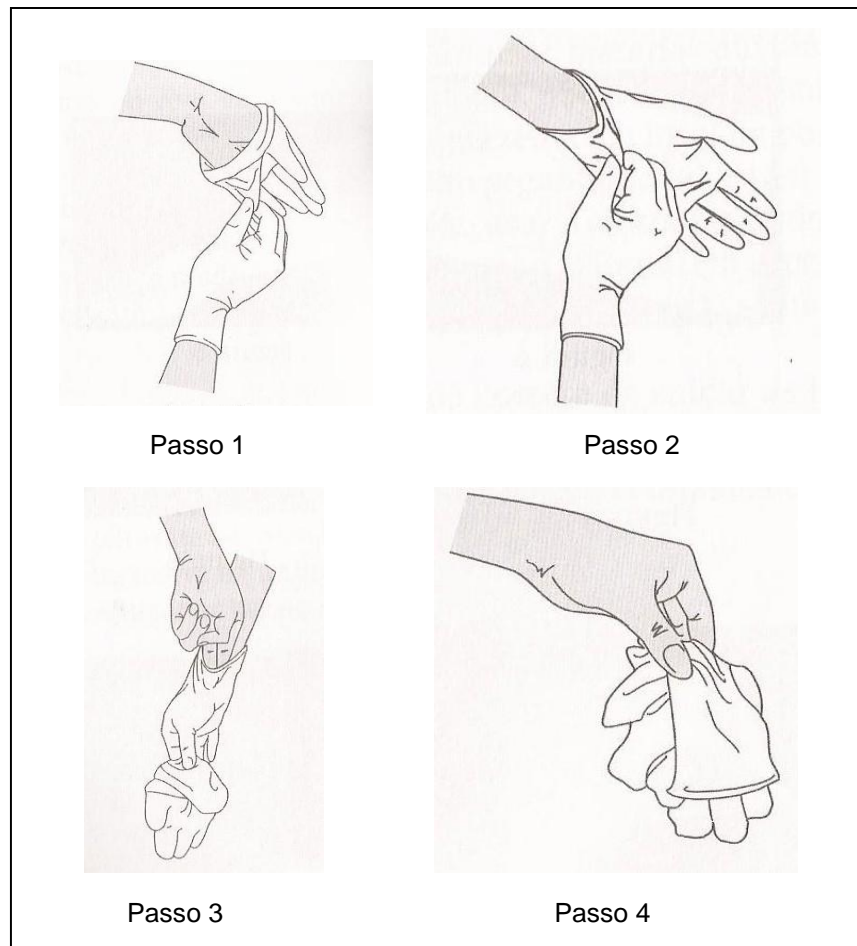
**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimentos ou estéreis.

**COMO FAZER:**

- Segurar uma das luvas na extremidade superior e pelo lado externo na região do punho;
- Esticar e puxar a extremidade superior da luva para baixo, enquanto a inverte durante a remoção;
- Inserir os dedos da mão sem luva dentro da extremidade interna da luva ainda vestida;
- Puxar a segunda luva de dentro para fora, enquanto encerra a primeira luva na palma da mão;
- Colocar as luvas em um recipiente de descarte revestido;
- Higienizar as mãos.

**Figura 2.4:** Sequência de procedimentos para retirada de luvas



Fonte: VOLPATO et al, 2007.



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Educação*

## GRUPO 03: Sinais Vitais e medidas antropométricas



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO  
SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 3.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Aferição de Pressão Arterial</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

Fig 3.1: Instrumentos para aferição da Pressão Arterial

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro calibrado;
- Algodão e álcool a 70%
- Papel (formulário para registro) e caneta.



**Fonte:** VOLPATO et al, 2007.

**COMO FAZER**

- Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Esclarecer que não se deve conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.
- Certificar-se de que o paciente NÃO:
  - está com a bexiga cheia
  - praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos

- ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos
- fumou nos 30 minutos anteriores.
- Posicionar o paciente sentado, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.
- Para dar início a aferição, propriamente dita, deve-se inicialmente obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço (Fig 25.2).
- Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
- Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial
- Palpar a artéria radial e insuflar o manguito até que sua pulsação pode deixar de ser percebida. Após esse ponto (nível estimado da pressão sistólica), realizar a deflação até que a agulha do manômetro fique na posição 0 (zero);
- Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
- Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação da artéria radial;
- Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).
- Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
- Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
- Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.
- Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da pressão sistólica/diastólica/zero.
- Informar o valor da pressão arterial ao paciente;
- Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.
- Fazer uma desinfecção com algodão e álcool a 70% do estetoscópio (olivas, diafragma e campânula);

- Guardar o material;
- Higienizar as mãos.
- Registrar o procedimento no prontuário ou em impresso de sinais vitais, informando ao enfermeiro eventuais anormalidades.

Fig 3.2: Dimensões do manguito de acordo com a circunferência do braço de crianças e adultos

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11–15	6	12
Infantil	16–22	9	18
Adulto Pequeno	20–26	10	17
Adulto	27–34	12	23
Adulto grande	35–45	16	32

**Fonte:** VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010.

### OBSERVAÇÃO

- A aferição da pressão arterial periférica também pode ser realizada sobre a artéria poplítea, ou pediosa quando há contraindicação da aferição em membros superiores, como no caso de amputação de membros ou pós-mastectomia.
- Espere de 1 a 2 minutos antes de novas mensurações no mesmo paciente.
- Evitar colocar o manguito sobre o braço que esteja com punção venosa ou com fístula arteriovenosa.
- Para pacientes em isolamento de contato individualize o manguito.
- **Valores de referência:**
  - Adultos normotensos – sistólica: entre 90 e 130mmHg; diastólica: entre 60 e 85 mmHg.
  - Crianças normotensas – sistólica entre 60 e 90mmHg; diastólica: entre 30 e 60 mmHg.
- **Fatores que afetam a pressão arterial:** ansiedade, dor, estresse, ingestão de cafeína, tabagismo, idade, sexo, substâncias psicoativas, exercícios, febre, doença de base.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 3.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Aferição de Temperatura axilar corporal</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Termômetro clínico com coluna de mercúrio, ou termômetro digital;
- Álcool 70%;
- Bolas de algodão;
- Papel toalha, se necessário;
- Papel (formulário para registro) e caneta.

**COMO FAZER**

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Higienizar as mãos;
- Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o com algodão embebido em álcool 70% do local menos para o mais contaminado (corpo para o bulbo);
- Secar a região axilar do paciente, se necessário.
- “Zerar” a temperatura do termômetro, movimentando rapidamente o bulbo no ar visando baixar a coluna de mercúrio para nível menor que 35°C (No caso de termômetro digital, esse passo não precisa ser realizado, porque a temperatura é zerada ao desligá-lo);

- Colocar o termômetro, envolvendo a região do bulbo, e comprimir o braço do paciente contra o próprio corpo;
- Manter o termômetro nesta posição por cinco minutos aproximadamente;
- Retirar o termômetro segurando pelo lado oposto da coluna de mercúrio, e fazer a leitura (nível numérico onde se encontra a coluna de mercúrio);
- Por meio da manobra, baixar novamente a coluna de mercúrio até abaixo de 35°C;
- Realizar desinfecção do termômetro com álcool a 70%, conforme processo apresentado no início e, em seguida, guardá-lo;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário ou em impresso de sinais vitais, informando ao enfermeiro eventuais anormalidades.

#### **OBSERVAÇÃO**

- **Valor de referência e alterações**

- HIPOTERMIA: temperatura abaixo de 35°C;
- AFEBRIL: 36,1 a 37,2°C;
- ESTADO FEBRIL/SUBFEBRIL: 37,3 a 37,7°C;
- FEBRE/HIPERTERMIA: 37,8 a 38,9°C;
- PIREXIA: 39 a 40°C;
- HIPERPIREXIA: acima de 40°C.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 3.3
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Aferição de Pulso periférico</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Relógio de parede/pulso que possua ponteiro de segundos.
- Papel (formulário para registro) e caneta.

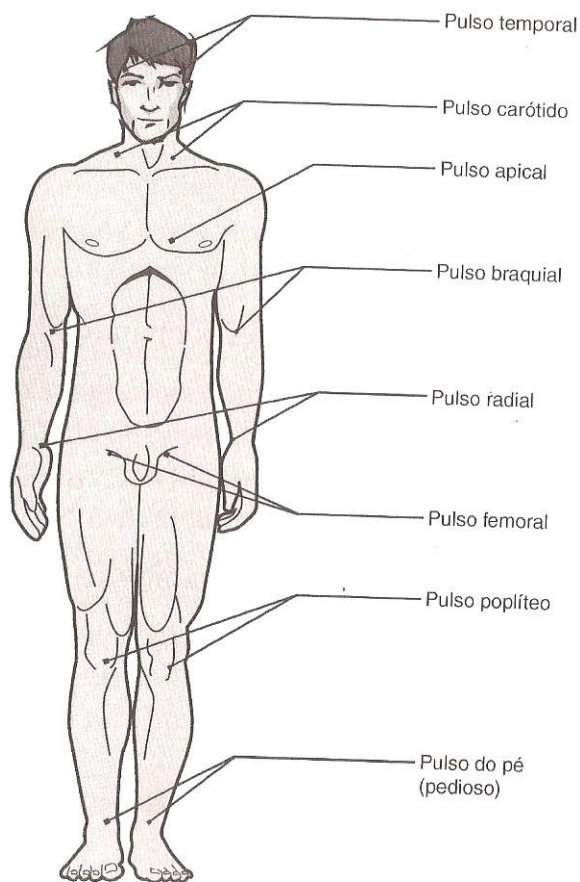
**COMO FAZER**

- Explicar o procedimento ao paciente;
- Higienizar as mãos;
- Manter o paciente em posição de repouso;
- Apoiar o braço, se o pulso a ser verificado for o radial, devendo ser feita a 2cm da base do polegar (Outros pontos de aferição do pulso podem ser utilizados, como mostra a fig.25.3);
- Colocar as polpas digitais dos dedos médio e indicador sobre uma artéria superficial, sem comprimir o local;
- Contar o número de batimentos do pulso em 1 minuto;
- Avaliar o ritmo e a amplitude do pulso;
- Higienizar as mãos.
- Registrar o procedimento no prontuário ou em impresso de sinais vitais, informando ao enfermeiro eventuais anormalidades.

### OBSERVAÇÃO

- Artérias que podem ser verificadas a pulsação: temporal, carótida, radial, braquial, poplítea, femoral e pediosa (Fig 3.3).
- Quando o pulso radial se apresenta muito fraco, poderá ser verificado o pulso nas artérias mais calibrosas, como carótida e femoral.
- Valores de referência: no adulto – 60 a 100bpm; crianças abaixo de 7 anos – 80 a 120bpm.

Fig 3.3: Locais para verificação de pulso arterial



**Fonte:** VOLPATO et al, 2007.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 3.4
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 1
<b>Aferição de Frequência Respiratória</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Relógio de parede/Pulso que possua ponteiro de segundos.
- Papel (formulário para registro) e caneta.

**COMO FAZER**

- Higienizar as mãos;
- Deixar o paciente em repouso;
- Assegurar que o tórax esteja exposto para avaliar os movimentos respiratórios;
- Colocar a mão no pulso radial do paciente, como se fosse verificar o pulso, para que não haja interferência no padrão respiratório;
- Observar e contar os movimentos do tórax e/ou abdômen durante um minuto;
- Verificar a profundidade e assimetria, se os movimentos da parede torácica são completos e se existe simetria da expansão torácica;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário ou em impresso de sinais vitais, informando ao enfermeiro eventuais anormalidades.
- É importante registrar se o paciente está recebendo suplementação de oxigênio.



### **OBSERVAÇÃO**

- Para a aferição da frequência respiratória, é aconselhável que o examinador simule estar realizando aferição de pulso arterial enquanto realiza a observação da expansão torácica e/ou abdominal, pois expansões voluntárias podem ser realizadas quando o paciente sabe que está sendo avaliado.

- **Valores de referência e alterações:**

**ADULTOS**

EUPNEICO – 12 a 22 inspirações/min

TAQUIPNEICO – maior que 22 inspirações/min

BRADIPNEICO - menor que 12 inspirações/min

**CRIANÇAS** – 20 a 25 inspirações/min

**RECÉM-NASCIDO** – 30 a 60 inspirações/min

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO SEDUC – CE		
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM		Cód. 3.5
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Aferição de Peso corporal</b>		

#### **QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

#### **MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Balança mecânica digital / Balança mecânica de plataforma ou balança pediátrica (tipo bebê)
- Papel toalha;
- Álcool 70%;
- Bolas de algodão;
- Lençol.
- Papel (formulário para registro) e caneta.

#### **COMO FAZER**

➤ *Em lactentes:*

- Higienizar as mãos;
- Fazer assepsia prévia do prato da balança com álcool a 70%;
- Verificar se a balança está calibrada, caso contrário calibrá-la;
- Forrar o prato da balança com folhas de papel ou manta/fralda da criança;
- Despir a criança;
- Colocar o RN sobre o prato da balança;
- Aguardar a estabilização do peso;

- Mover os cursores da escala numérica para registrar o peso;
- Realizar a leitura;
- Retirar a criança da balança;
- Vestir a criança e retornar os cursores ao zero na escala numérica;
- Desprezar as folhas de papel toalha no lixo;
- Fazer assepsia do prato da balança com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário ou em impresso de sinais vitais.

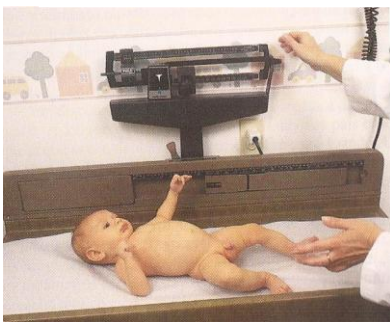
➤ *Pré-escolares a adultos.*

- Higienizar as mãos;

Verificar se a balança está calibrada, caso contrário calibrá-la;

- Posicionar o paciente de costas para a balança, no centro do equipamento, descalça, com o mínimo de roupa possível, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo; (no caso de ser usada balança digital, verificar se a mesma encontra-se ligada na corrente elétrica).
- Mover os cursores, sobre a escala numérica para registrar o peso.
- Realizar a leitura do peso;
- Solicitar que o paciente desça do equipamento, auxiliando-o. Se necessário acompanhá-lo até o leito, em caso de paciente internado;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário ou em impresso de registro de medidas antropométricas.

Fig 3.4: Aferição de peso corporal em lactentes e pré-escolares e adultos, respectivamente



**Fonte:** JARVIS,  
2002.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO  
SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 3.6
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Aferição de Estatura</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Balança mecânica de plataforma ou Antropômetro;
- Papel (formulário para registro) e caneta.

**COMO FAZER**

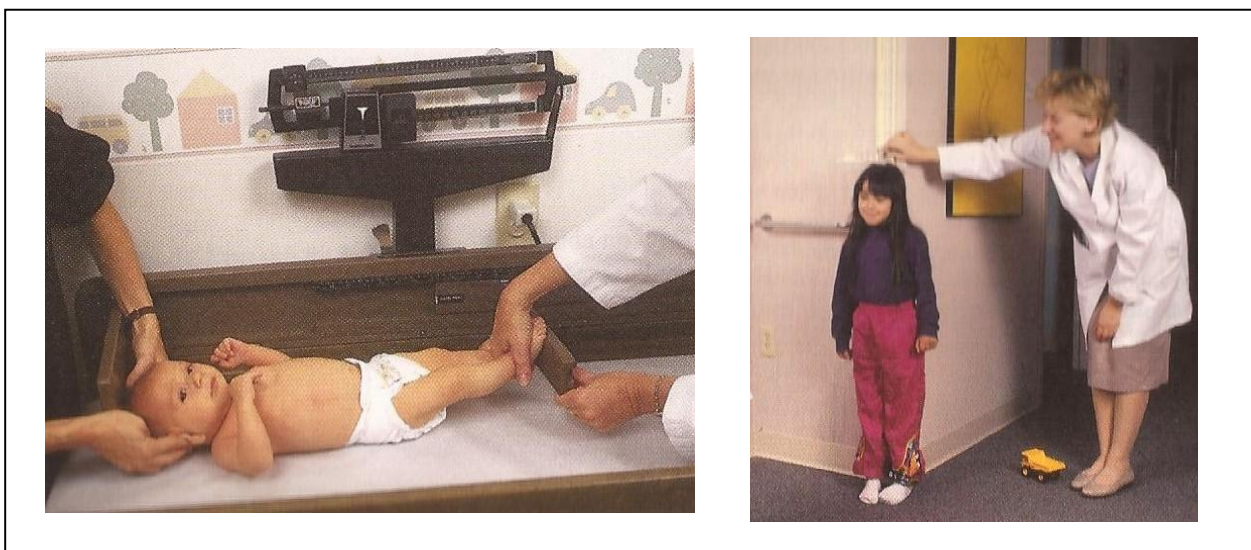
➤ *Lactente*

- Higienizar as mãos;
- Deitar a criança, colocar um lençol de papel/manta na maca;
- Colocar a placa de madeira fixa na cabeça da criança;
- Levar a placa móvel aos pés da criança para permitir a leitura da estatura;
- Fazer a leitura da estatura da criança;
- Desprezar as folhas de papel toalha no lixo;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário ou em impresso de registro de medidas antropométricas.

➤ *Pré-escolares a adultos.*

- Higienizar as mãos;
- Posicionar o cliente de costas para a balança, no centro do equipamento, descalça, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo;
- Mover o cursor, sobre a escala numérica para registrar a estatura;
- Realizar a leitura da estatura;
- Solicitar que o cliente desça do equipamento, auxiliando-o. Se necessário acompanhá-lo até o leito, em caso de pacientes internados;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário ou em impresso de registro de medidas antropométricas.

Fig 3.5: Aferição de estatura de lactentes e pré-escolares e adultos, respectivamente



**Fonte:** JARVIS, 2002.





**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**

**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 3.7
Data Emissão FEV/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Medindo a circunferência da cintura, quadril e relação cintura-quadril</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Fita métrica
- Formulário para registro e caneta

**COMO FAZER:**

➤ *CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA*

- Higienizar as mãos;
- Solicitar que o paciente fique de pé;
- Pedir que o paciente levante a roupa, pois a medição deve ser feita com o tórax sem vestimenta;
- Posicionar a fita métrica horizontalmente na linha média entre a extremidade da última costela na altura do umbigo;
- Solicitar que o paciente expire, lembrando que o abdome deve estar relaxado;
- Certificar que a fita métrica esteja paralela ao solo e justa, mas sem comprimir sua pele;
- Fazer uma marcação na fita métrica com o dedo para que veja o resultado depois;
- Retirar a fita métrica, fazer a leitura da medição e anotar na folha específica.
- Higienizar as mãos.

**OBSERVAÇÃO:**

As medidas da circunferência abdominal, consideradas normais são:

- Para homem: até 90 cm
- Para mulher: até 80cm

*CUNFERÊNCIA DO QUADRIL*

- Higienizar as mãos;
- Solicitar que o paciente fique de pé;
- Orientar que o paciente utilize roupas finas e retire objetos do bolso da calça, para evitar erros na hora da medição;
- Colocar a fita métrica ao nível do ponto de maior circunferência da região glútea (Fig.25.6);
- Certificar que a fita métrica esteja paralela ao solo e justa, mas sem comprimir sua pele;
- Fazer uma marcação na fita métrica com o dedo para que veja o resultado depois;
- Retirar a fita métrica, fazer a leitura da medição e anotar na folha específica.
- Higienizar as mãos.

Fig 3.6: Mensuração da circunferência do quadril.



➤ *RAZÃO CINTURA-QUADRIL*

A razão cintura-quadril é obtida através da seguinte fórmula:

RCQ = Circunferência da Cintura (cm)

**OBSERVAÇÃO:**

Quando a medida de razão cintura-quadril está superior a 1,0 nos homens e 0,85 nas mulheres, é indicativo de risco para o desenvolvimento de doenças coronarianas.

Circunferência do Quadril (cm)



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**

**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 3.8
Data Emissão FEV/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Medindo o perímetro cefálico e torácico em crianças menores</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Fita métrica
- Lençol descartável
- Formulário para registro e caneta

**COMO FAZER:**

➤ *PERÍMETRO CEFÁLICO*

- Higienizar as mãos;
- Colocar um lençol de papel/manta na maca e deitar a criança;
- Circundar a cabeça da criança com uma fita nas proeminências frontal e occipital (a medida correta é a maior largura);
- Fazer a leitura do comprimento do perímetro cefálico da criança para que o enfermeiro/médico possa registrar e fazer a leitura da medida no gráfico de crescimento padrão da criança e assim possa comparar o tamanho da cabeça da criança com o esperado para a idade;
- Desprezar as folhas de papel toalha no lixo;
- Higienizar as mãos.

➤ *PERÍMETRO TORÁCICO*

- Higienizar as mãos;

- Colocar um lençol de papel/manta na maca e deitar a criança;
- Circundar o tórax da criança com uma fita métrica na altura dos mamilos (a fita deve ficar presa, mas não o suficiente para deixar marcas, conforme Fig 25.7);
- Fazer a leitura do comprimento do perímetro do tórax da criança para que o enfermeiro/médico possa registrar e fazer a leitura da medida no gráfico de crescimento padrão da criança e assim possa estabelecer uma comparação com o perímetro cefálico;
- Desprezar as folhas de papel toalha no lixo;
- Higienizar as mãos.

#### **OBSERVAÇÃO:**

- É aconselhável realizar a medição do perímetro cefálico do lactente ao nascer e a cada consulta de puericultura até os 2 anos de idade e, depois, anualmente até os 6 anos;
- A cabeça do RN mede entre 32 a 38 cm (média 34cm) e é cerca de 2cm maior do que o perímetro torácico. Porém, o tórax cresce mais rápido que o crânio; assim, em algum momento entre os 6 meses e os 2 anos, as duas medidas passam a se equivaler e, depois de 2 anos, o perímetro torácico é maior do que o cefálico;
- A medida do perímetro torácico é valiosa para comparação com o perímetro cefálico, mas não necessariamente como medida isolada.



Fig 3.7: Medindo o perímetro cefálico e torácico, respectivamente.

**GRUPO 04: Sala de vacina e imunobiológicos**



**ORGANIZAÇÃO DA SALA DE VACINA**  
(instalações, equipamentos, materiais necessários e impressos técnicos)

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**INSTALAÇÕES FÍSICAS:**

- As paredes e o piso devem ser laváveis;
- No interior da sala deve ter pia e torneira, que deve possuir fechamento que dispense o uso das mãos;
- Deve ter interruptor exclusivo para cada equipamento elétrico;
- Deve ter arejamento e iluminação adequados, evitando a incidência de luz solar direta;
- Deve ter entrada e saída independentes, se possível.

**EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS:**

- Bancada ou mesa para preparo dos imunobiológicos;
- Refrigerador para conservação dos imunobiológicos;
- Fichário ou arquivo;
- 1 mesa tipo escritório com gavetas
- Cadeira (três no mínimo);
- Armários sobre e sob bancada;
- Computador;
- Suporte para papel toalha;
- Armário com porta para guarda de material;
- Bandeja de aço inoxidável (grande, média e pequena);
- Tesoura reta com ponta romba;

**Observação:**

Os móveis e as portas da sala de vacinação são pintados, de preferência, com tinta a óleo para facilitar a limpeza.

## MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Termômetro de máxima e mínima;
- Termômetro de cabo extensor;
- Termômetro clínico;
- Bandeja plástica perfurada;
- Gelo reciclável. Se este não estiver disponível adaptar usando gelo em sacos plásticos;
- Garrafa plástica com água;
- Caixa térmica para a conservação dos imunobiológicos nas seguintes situações:
  - no dia-a-dia da sala de vacinação;
  - no caso de falhas na corrente elétrica;
  - para a vacinação extramuros (intensificação, campanha e bloqueio); e
  - para o transporte de vacinas.
- Álcool a 70% para situações excepcionais (vacinação em zona rural e em ambiente hospitalar);
- Algodão hidrófilo;
- Recipiente para algodão;
- Seringa descartável, nas seguintes especificações:
  - de 1 ml, tipo tuberculina graduada em centésimos de mililitros, acoplada com agulhas 13x3,8 ou 13x4,0 ou 13x4,5 dec/mm (comprimento em milímetros - mm x diâmetro em decamímetros – dec/mm);
  - de 2 ou 3 ml, com graduação de 0,1 ml e numeração a cada 0,5 ml;
  - de 5 ml, com graduação de 0,2 ml e numeração a cada 1 ml (diluição); e
  - de 10 ml, com graduação de 0,2 ml e numeração a cada 2 ml (diluição);
- Agulha descartável para:
  - uso intradérmico: 13x3,8; 13x4,0; 13x4,5mm;
  - uso subcutâneo: 13 x 3,8; 13 x 4,0; 13 x 4,5; 20 x 5,5 e 20x6,0mm;
  - uso intramuscular: 20x5,5; 20 x 6,0; 25x6,0; 25x7,0 e 30x7,0mm;
  - uso endovenoso: 25x7,0; 25x8,0; 30x7,0 e 30x8,0mm; e
  - diluição: 25x8,0 e 30x8,0mm.
- Campo plástico (50x50 cm), de preferência oleado, para forrar o local de preparo do material quando



da vacinação extramuros;

- Copo descartável para proteger as vacinas;
- Recipiente com paredes rígidas para desprezar seringas e agulhas descartáveis (caixa especial para coleta de material perfurocortante);
- Papel toalha;
- Depósito para lixo comum, com tampa;
- Saco plástico para lixo, descartável;
- Material para o registro das atividades: lápis, caneta, borracha, carimbo, almofada e outros;
- Sabão em barra, neutro ou de coco.

### **IMPRESSOS E MANUAIS TÉCNICOS E OPERACIONAIS**

- Cartão da Criança;
- Cartão para registro da vacinação em outros grupos populacionais (por exemplo, o Cartão do Adulto);
- Cartão de Controle ou Ficha de Registro;
- Mapa Diário de Vacinação (registro imediato);
- Boletim Mensal de Vacinação;
- Boletim de Campanha de Doses Aplicadas de Vacina;
- Mapa para Controle Diário da Temperatura do Refrigerador;
- Ficha de Investigação dos Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- Ficha de Fluxo Imediato de Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- Outros impressos, como o aerograma para faltosos, formulário para inutilização de imunobiológicos, gráfico para acompanhamento da cobertura vacinal, etc.;
- Manual de Normas de Vacinação;
- Manual de Procedimentos para Vacinação;
- Manual de Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- Manual de Gerenciamento em Rede de Frio;
- Outros manuais técnicos e operacionais;
- Quadro com o esquema básico de vacinação;

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 4.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 6
<b>Como organizar o refrigerador para conservação de imunobiológicos</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**COMO FAZER:**

*Considerações Gerais:*

- Posicionar o refrigerador distante de fonte de calor, como estufa e autoclave e fora do alcance da luz solar;
- Deixar o refrigerador perfeitamente nivelado;
- Afastar o refrigerador da parede, pelo menos 20cm, de modo a permitir a livre circulação do ar no condensador;
- Usar tomada ou conexão com a fonte de energia elétrica exclusiva para o refrigerador (instalada a 1,30m do piso), evitando ligá-lo junto com outros equipamentos na mesma tomada, usando “T” ou benjamim;
- Colocar termômetro para controle da temperatura. No caso de utilizar termômetro analógico de máxima e mínima, deve-se colocá-lo na posição vertical, preso entre a 1ª e 2ª prateleira;
- Regular o refrigerador de forma que a temperatura interna permaneça entre +2°C e +8°C;
- Ajustar o termostato de modo a encontrar o ponto ideal que vai permitir a manutenção da temperatura do refrigerador entre +2°C e +8°C;
- Verificar a temperatura, pelo menos, duas vezes ao dia, registrando-a no Mapa para Controle Diário da Temperatura do Refrigerador, afixado na porta do refrigerador;

- Usar o refrigerador única e exclusivamente para conservar imunobiológicos, não permitindo a guarda de outros produtos, como medicamentos, material de laboratório, material odontológico, alimentos e bebidas;
- Evitar abrir o refrigerador de estoque toda vez que for administrar uma vacina; abri-lo somente duas vezes: no início e no final de cada dia de trabalho;
- Fazer uma previsão do número de pessoas que irá procurar o serviço de saúde naquele dia e retirar as vacinas (quando for o caso, acompanhadas dos diluentes), acondicioná-las na caixa térmica com gelo e termômetro;

### *Organizando o Refrigerador*

- Colocar no evaporador (congelador) gelo reciclável (gelox ou bobinas com água) na posição vertical, o que contribui para a elevação lenta da temperatura, oferecendo proteção aos imunobiológicos na falta de energia elétrica ou defeito do equipamento;
- Arrumar os imunobiológicos em bandejas plásticas perfuradas ou em porta-talher de plástico adaptado;
- Colocar as bandejas com imunobiológicos nas prateleiras, da seguinte maneira (Fig 1):
  - **na primeira prateleira** as vacinas virais que podem ser submetidas a temperaturas negativas (contra poliomielite, sarampo, febre amarela, rubéola, tríplice viral) dispostas em bandejas perfuradas para permitir a circulação de ar;
  - **na segunda prateleira** as vacinas que não podem ser submetidas à temperatura negativa (dT, DTP, Hepatite B, Hib, Influenza, TT e BCG) e os soros, que também em bandejas perfuradas ou nas próprias embalagens do laboratório produtor (figura 1);
  - **na terceira prateleira**, devem-se colocar os diluentes, soros ou caixas com as vacinas conservadas entre +2 e +8°C, tendo o cuidado de permitir a circulação do ar entre as mesmas, e entre as paredes da geladeira (figura 1);
- Na segunda prateleira, no centro, colocar termômetro de máxima e mínima na posição vertical, em pé (figura 2);
- Retirar todas as gavetas plásticas e suportes que existam na parte interna da porta, e no lugar da gaveta grande preencher toda parte inferior exclusivamente com 12 garrafas de água, que contribuem

para a lenta elevação da temperatura interna da geladeira (figura 1). Essa providência é de vital importância para manter a temperatura da geladeira entre +2°C e +8°C quando ocorrer falta de energia ou defeito no equipamento. A água deve conter um corante para evitar que seja ingerida;

- Não colocar imunobiológicos na porta e na parte de baixo do refrigerador, para essas áreas sofrem impacto da mudança de temperatura do ambiente;
- Não colocar garrafas com água e outros produtos na porta do refrigerador, uma vez que o peso pode prejudicar a regulagem e a vedação da porta;
- O estoque de diluentes pode ser deixado em temperatura ambiente;
- No momento da administração o diluente deve estar na temperatura da vacina (+2°C e +8°C); para isto colocá-lo no refrigerador, no dia anterior ou, pelo menos, seis horas antes do uso;
- Manter as prateleiras limpas e organizadas, retirando os vidros e as caixas vazias;
- Colocar na frente os produtos com prazo de validade mais próximo do vencimento, para que sejam utilizados primeiro;
- Fazer a leitura da temperatura, diariamente, no início da jornada de trabalho e no final do dia e anotar no formulário de controle diário de temperatura;
- A manutenção das condições ideais de conservação dos imunobiológicos exige que a limpeza do refrigerador seja feita a cada 15 dias, ou quando a camada de gelo atingir 0,5cm.

**Observação:**

- O refrigerador, de compartimento único, deve ter capacidade mínima para 260 litros, aproximadamente;
- Não utilizar refrigerador “duplex”, pois este tipo de equipamento não mantém a temperatura exigida;
- O estoque de imunobiológicos no serviço de saúde não deve ser maior do que a quantidade prevista para o consumo de dois meses, a fim de reduzir os riscos de exposição de vacinas e soros a situações que possam comprometer a qualidade dos produtos.

Fig 4.2: Termômetro de máxima e mínima

Fonte: ARANDA, 2001.

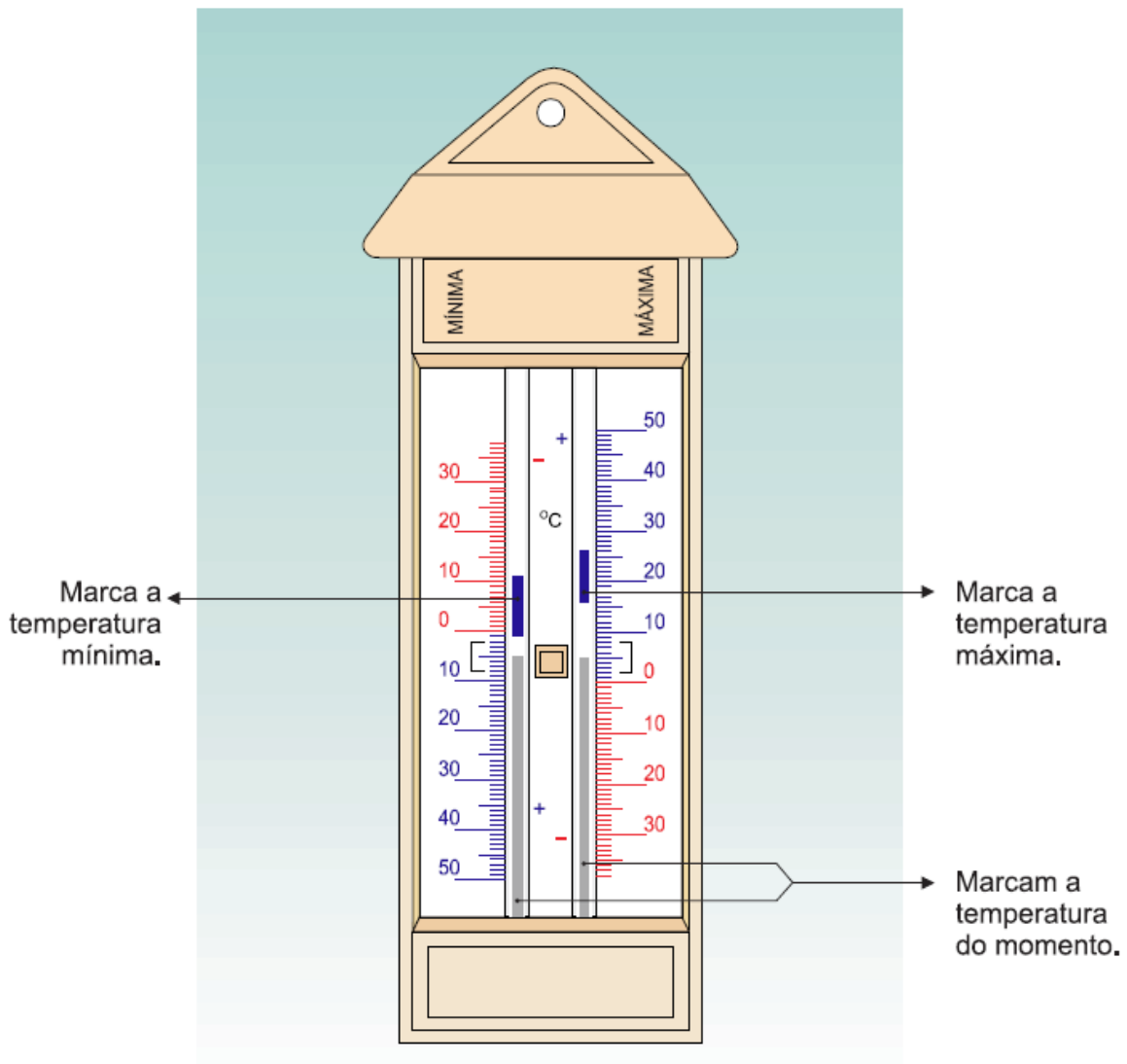
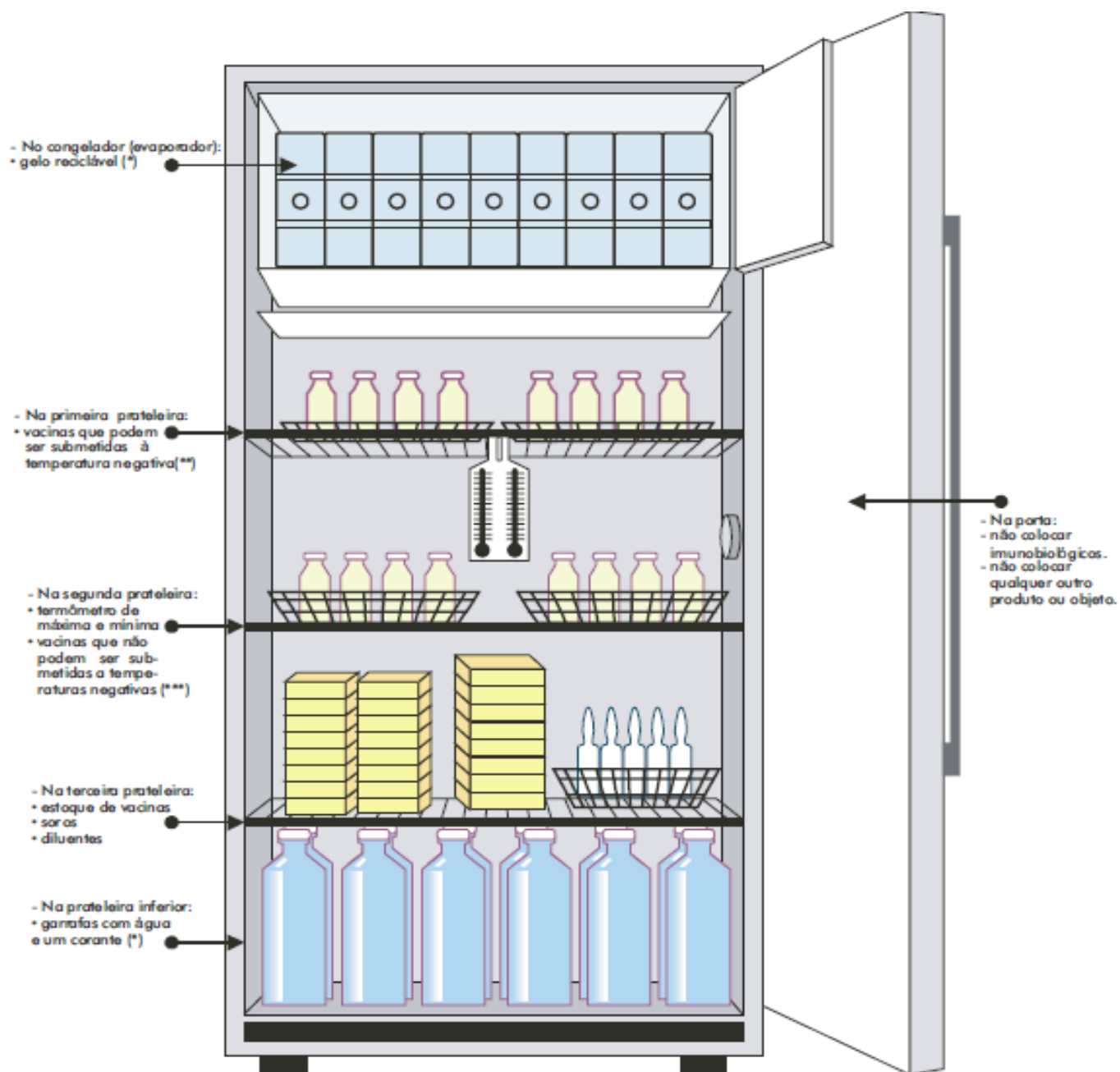




Fig 4.1: Organização da Geladeira



Fonte: ARANDA, 2001.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 4.3
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Limpeza do refrigerador</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Equipe de enfermagem

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Jarra com água;
- Compressas;
- Sabão líquido;
- Luvas de procedimento.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar os materiais existentes no interior do refrigerador e transferi-los para caixa térmica, mantendo a organização conforme procedimento listado no Cód. 24.4;
- Desligar o refrigerador da tomada elétrica e não mexer no termostato, abrir a porta e aguardar que a camada de gelo desprenda naturalmente;
- Realizar a limpeza interna e externa com água e sabão neutro, Enxaguar muito bem com pano embebido em água;
- Secar com pano seco e limpo;
- Colocar o termômetro para registro da temperatura no interior do refrigerador;
- Recolocar os materiais retirados quando a temperatura atingir a preconizada (+ 2 – +8° C), organizando-os conforme procedimento listado no Cód. 24.2;

- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos.

**ATENÇÃO!**

- A limpeza deve ser feita na frequência de 15 em 15 dias, preferencialmente quando o refrigerador dispuser de uma pequena quantidade e imunobiológicos, por exemplo, antes do abastecimento mensal e no período da manhã.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 4.4
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Como organizar a caixa térmica para conservação de imunobiológicos</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Retirar o gelo reciclável do refrigerador e deixá-lo sobre a mesa ou bancada para eliminar a “neve” (ambientação do gelo) que normalmente aparece na superfície externa, uma vez que a temperatura está a 0° C;
- Ao mesmo tempo, colocar uma das bobinas sobre um material isolante (tampa da caixa de isopor) e colocar sob a bobina o bulbo de um termômetro de cabo extensor, para indicação de quando as bobinas terão alcançado a temperatura mínima de 0°C. Após o desaparecimento da “névoa”, e a confirmação da temperatura positiva (2° - 8°C) através do termômetro de cabo extensor mantido em uma das bobinas. Quando obtida temperatura ideal para conservação dos imunobiológicos, colocar as bombinas na caixa térmica;
- Primeiro, deve-se colocar as bombinas de gelo na parte inferior da caixa térmica e, em seguida, nas paredes laterais;
- Recomenda-se mensurar a temperatura interna da caixa através do termômetro de cabo extensor, antes de colocar as vacinas dentro dela.
- Colocar os imunobiológicos que possivelmente irão ser utilizados no dia, estabelecendo uma proporção adequada entre a quantidade de imunobiológicos e a quantidade de gelo reciclável ou de gelo

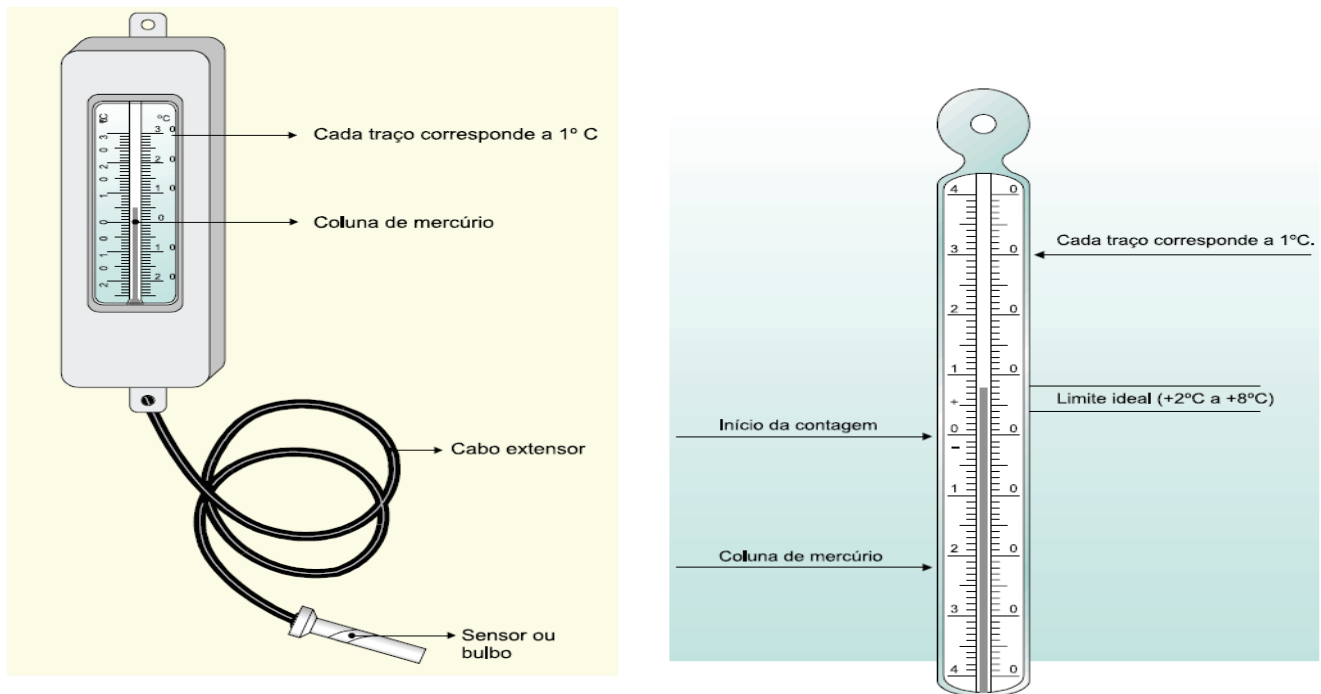
em sacos plásticos;

- Organizar os imunobiológicos na caixa, deixando-os circundados (ilhados) pelo gelo reciclável ou pelo gelo em sacos plásticos. Para facilitar o acesso à vacina, no momento da administração, colocar os frascos ou ampolas em copinhos descartáveis, separando-os por tipo;
- Após colocação dos imunobiológicos, finalmente colocar o gelo reciclável para cobrir os imunobiológicos;
- Manter a caixa térmica fora do alcance da luz solar direta;
- Manter a caixa distante de fontes de calor, como estufa, aquecedor, etc;
- Controlar a temperatura da caixa térmica com o termômetro de cabo extensor (de preferência) (Figura 3) ou com o termômetro linear, mantendo a temperatura interna entre +2°C e +8°C;
- Verificar, constantemente, a temperatura do interior da caixa térmica;
- Ao final do dia, retornar as bobinas de gelo reciclável ao congelador da geladeira;
- Lavar a caixa térmica, enxugá-la e guardá-la destampada em local protegido.

#### **Observações:**

- Sempre que necessário, as bobinas de gelo reciclável ou o saco plástico com gelo devem ser trocados. Após utilizar a caixa térmica lavá-la, enxugá-la e guardá-la em local ventilado e protegido.
- As bobinas de gelo reutilizáveis deverão ser mantidas em freezer no mínimo 24 horas ou em congelador do refrigerador por 48 horas para adequado congelamento.
- É recomendado que haja mais de uma caixa térmica, devendo as vacinas estar separadas, de acordo com as suas características microbianas (bacterianas e virais).

Fig 4.3: Termômetro de cabo extensor e termômetro linear, respectivamente.



Fonte: ARANDA, 2001.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO  
SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 4.5
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 4
<b>Preparo e administração da vacina BCG</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**APRESENTAÇÃO DA VACINA:**

A vacina BCG-ID é apresentada sob a forma liofilizada em ampola multidoses, acompanhada da ampola do diluente específico para a vacina.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento;
- Algodão hidrófilo ou gaze;
- Bandeja;
- Seringa descartável de 1 ml, tipo tuberculina graduada em centésimos de mililitros, acoplada com agulhas 13x3,8 ou 13x4,0 ou 13x4,5 dec/mm (comprimento em milímetros - mm x diâmetro em decamilímetros – dec/mm);
- Agulha descartável para uso intradérmico: 13x3,8; 13x4,0; 13x4,5mm;
- Agulha descartável específica para aspiração;
- Copo descartável para proteger as vacinas;
- Óculos;
- Máscara;

- Recipiente para descarte de perfurocortante;
- Imunobiológico: ampola BCG-ID e diluente;

## **COMO FAZER:**

### *RECONSTITUIÇÃO DA VACINA*

- Higienizar as mãos;
- Utilizar EPI: máscara, óculos de proteção e calçar luvas de procedimentos;
- Retirar a vacina de BCG e o respectivo diluente da caixa térmica de uso diário;
- Conferir a data de validade e numeração do lote da ampola de BCG e ampola com diluente, conferindo se esta possui o volume correspondente ao número de doses da ampola;
- Bater levemente a ampola de BCG para que o pó vacinal se deposite no fundo;
- Envolver a ampola de BCG com o saco plástico que a acompanha, de maneira que o fundo do saco cubra o gargalo;
- Retirar o ar e fechar a abertura do saco plástico (no fundo da ampola);
- Quebrar a ampola de BCG envolvida pelo saco plástico fechado (este procedimento é indispensável para evitar a penetração brusca de ar no interior da ampola, o que provocaria expulsão do pó vacinal);
- Abrir e retirar o saco plástico lentamente, a fim de permitir que o ar penetre na ampola gradualmente;
- Colocar a ampola de BCG no suporte de madeira, cobrindo-a com o saco protetor;
- Montar a seringa, encaixar ou ajustar o êmbolo e adaptar a agulha, mantendo-a protegida;
- Em seguida, pegar a ampola com diluente, verificar se o líquido está todo na parte inferior da ampola e bater levemente com o dedo no gargalo, se necessário;
- Quebrar a ampola de diluente com a proteção de algodão;
- Utilizar a seringa preparada para aspirar o diluente;
- Injetar lentamente e aos poucos o diluente pela parede da ampola de BCG, agitando lentamente até obter uma suspensão homogênea. Por fim, injetar lentamente o restante do diluente, agitar novamente a ampola, para que a suspensão se torne uniforme;
- Guardar a vacina reconstituída na caixa térmica;
- Retirar os EPIs, descartando luvas de procedimentos e máscara, guardar os óculos de proteção;

- Descartar agulhas, embalagens e vidros em locais apropriados;
- Higienizar as mãos;
- Registrar a data e hora da reconstituição da vacina.
  - *Administração da vacina*
- Receber o usuário, checar no cartão da vacina, quais imunobiológicos devem ser administrados;
- Obter informações sobre o estado de saúde da pessoa a ser vacinada, a fim de observar as indicações e possíveis contra-indicações à administração dos imunobiológicos;
- Higienizar as mãos;
- Montar a seringa de 1 ml, encaixar ou ajustar o êmbolo e adaptar a agulha;
- Aspirar 0,1ml da vacina reconstituída;
- Desacoplar a agulha que foi utilizada para aspirar e inserir uma agulha adequada;
- Levar bandeja com a vacina e os materiais necessários para administração;
- Calçar luvas;
- Solicitar a colaboração do cliente ou do acompanhante;
- Orientar o acompanhante da criança sobre a importância da vacina e seus possíveis efeitos colaterais;
- Colocar a criança em posição que permita a exposição adequada do braço direito;
- Fazer uma limpeza com algodão na altura da inserção inferior do músculo deltoide, local onde será aplicada a injeção intradérmica;
- Firmar o braço direito da criança com uma das mãos, distendendo delicadamente a pele da região deltoideana entre o polegar e o indicador;
- Introduzir a ponta da agulha, com o bisel voltado para cima, na inserção inferior do músculo deltóide do braço direito, observando que a agulha fique paralela à pele (no ângulo de 15°) e no mesmo sentido do braço;
- Injetar 0,1 mL de BCG lentamente;
- Retirar o polegar do canhão e o outro do êmbolo e puxar a seringa com agulha;
- Observar o local da aplicação, onde deverá surgir a pápula (uma elevação achatada, esbranquiçada);
- Descartar seringa/agulha em recipiente para perfurocortante;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;

- Registrar no cartão vacinal da criança e no Mapa Diário de Vacinação;
- Fazer o aprazamento das outras vacinas recomendadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).

### **ATENÇÃO!**

- Os principais eventos adversos são: abscessos, ulceração maior que 10mm no local da aplicação e linfadenite regional.
- Situações especiais: a vacina BCG deve ser administrada aos profissionais da saúde não reatores ou reatores fracos ao PPD (com nódulo de diâmetro inferior a 10mm), uma dose apenas: às crianças menores de 5 anos que não apresentaram cicatriz vacinal; aos comunicantes de casos de hanseníase que devem receber duas doses se não apresentam cicatriz ou uma dose se apresentam cicatriz vacinal.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO  
SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 4.6
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Preparo e administração da vacina contra a Hepatite B</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimentos;
- Bandeja;
- Algodão hidrófilo ou gaze;
- Agulha descartável para administração intramuscular 20 x 5,5mm ou 25 x 7mm;
- Agulha descartável específica para aspiração;
- Seringa descartável 3 ml;
- Recipiente para descarte de perfurocortante;
- Imunobiológico

**COMO FAZER:**

- Receber o usuário, checar no cartão da vacina, quais imunobiológicos devem ser administrados;
- Obter informações sobre o estado de saúde da pessoa a ser vacinada, a fim de observar as indicações e possíveis contraindicações para a administração dos imunobiológicos;
- Higienizar as mãos;
- Reunir e preparar o material para administração da vacina;
- Remover a proteção metálica do frasco-ampola que contém a solução a ser usada;



- Limpar a tampa de borracha com algodão seco;
- Escolher a seringa, encaixar ou ajustar o êmbolo e adaptar a agulha;
- Aspirar o líquido correspondente à dose a ser administrada (0,5 ml ou 1,0 ml);
- Colocar a seringa em posição vertical, ao nível dos olhos; ajustar a dose com a agulha ainda conectada ao frasco-ampola e retirar o ar;
- Trocar a agulha e protegê-la em sua embalagem até o momento da administração;
- Levar bandeja com a vacina e os materiais necessários para administração;
- Orientar o cliente, ou o acompanhante da criança sobre a importância da vacina e seus possíveis e colaterais;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Realizar antisepsia do local, se necessário;
- Introduzir agulha em ângulo de 90° com a pele;
- Aspirar levemente. Se observar sangue, retirar a agulha e desprezar o material em local apropriado. Recomeçar o procedimento.
- Se não observar sangue, empurrar o êmbolo até o final do conteúdo.
- Retirar agulha e descartar em local apropriado.
- Fazer pressão sobre o local da aplicação com algodão para estancar o sangue. NÃO MASSAGEAR.
- Retirar as luvas de procedimentos, desprezar em local apropriado;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no cartão vacinal da criança e no Mapa Diário de Vacinação;
- Fazer o aprazamento vacinal segundo calendário recomendado pelo PNI ;

### ATENÇÃO!

- O volume a ser administrado da vacina: 0,5ml para neonatos, lactentes, crianças e menores de 20 anos; a partir desta idade: 1,0 ml;

- O intervalo de idade de vacinação da Hepatite B deve ser:

1ª dose: Ao nascer (preferencialmente nas primeiras 12 horas de nascimento, ou na primeira visita o serviço de saúde); 2ª dose: 1º mês; 3ª dose: seis meses após a primeira dose.

*No caso de prematuros, menores de 36 semanas ou recém-nascidos a termo de baixo peso (2 kg), seguir esquema de quadro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida.*

*Também são indicadas 04 doses, independente da idade, em pacientes com HIV positivo, renais crônicos, politransfundidos ou hemofílicos (esquema 0, 1, 2 e 6 ou 12 meses).*

- Pacientes imunodeprimidos, transplantados, recém-nascidos de mãe com HIV positivo, renais crônicos e pacientes com neoplasias devem receber o dobro da dose em cada aplicação;

- Antes de abrir a embalagem, verificar se a mesma está íntegra e dentro do prazo de validade; Se o material é apropriado ao procedimento, a fim de evitar desperdício;

- As seringas e agulhas devem ser descartadas em recipiente apropriados, resistentes e de paredes rígidas;

- As agulhas, após o uso, não devem ser entortadas ou reinseridas nos protetores para evitar a ocorrência de acidentes;

- O descarte de seringas e agulhas em recipientes apropriados evita o risco de punção acidental do dedo ou da mão;

- Quando o recipiente estiver com dois terços da sua capacidade ocupada enviá-la para a coleta do lixo hospitalar, queimar e enterrar;

- É indicada a aplicação intramuscular no vasto lateral da coxa em menores de 02 anos e em deltoide a partir desta idade.

- Eventos adversos: dor local, febre baixa, mal-estar, cefaleia e fadiga.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 4.7
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Preparo e administração da vacina contra a Poliomielite</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**APRESENTAÇÃO:**

A vacina contra a poliomielite é apresentada sob a forma líquida, em frasco multidoses. A enfrascagem depende do laboratório produtor, sendo apresentada, geralmente, em bisnaga de plástico.

**VIA DE ADMINISTRAÇÃO:**

Via Oral

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento, se necessário;
- Bandeja;
- Imunobiológico;

**COMO FAZER:**

- Receber o usuário, checar no cartão da vacina, quais imunobiológicos devem ser administrados;
- Obter informações sobre o estado de saúde da pessoa a ser vacinada, a fim de observar as indicações e possíveis contra-indicações à administração dos imunobiológicos;
- Higienizar as mãos;

- Retirar a vacina da caixa térmica, verificando o nome da vacina e o prazo de validade;
- Levar bandeja com a vacina e os materiais necessários para administração;
- Orientar o acompanhante da criança sobre a importância da vacina e seus possíveis efeitos colaterais;
- Preparar a pessoa, colocando-a em posição segura e confortável. Quando for criança menor, pedir para o responsável deitá-la no colo.
- Abrir a bisnaga e manter a tampa da mesma na mão, adotando cuidados para não contaminá-la;
- Para administrar a vacina, deve inclinar a cabeça da pessoa ligeiramente para trás e fazer pressão nas bochechas;
- Pingar duas gotas da vacina na cavidade oral da pessoa a ser vacinada.
- Higienizar as mãos;
- Registrar o número do lote e a validade da vacina administrada no cartão da criança;
- Anotar com o uso de lápis a data da próxima dose, orientando a pessoa vacinada ou seu acompanhante sobre o retorno, quando for o caso, para a complementação do esquema básico de vacinação;
- Registrar no cartão vacinal da criança e no Mapa Diário de Vacinação;
- Fazer o aprazamento vacinal segundo calendário recomendado pelo PNI;

### **ATENÇÃO!**

Tanto na rotina como nas atividades extramuros (campanha, intensificação e bloqueio), a bisnaga da vacina contra a poliomielite, uma vez aberta, pode ser usada durante cinco dias úteis, desde que mantida sob temperatura adequada (+2°C a +8°C);

- Ao pingar as gotas da vacina sobre a língua da pessoa, evitar encostar o bico do frasco na boca da pessoa para não contaminá-lo. Caso isso aconteça desprezar o restante das doses, conforme rotina padrão;
- Evento adverso: ocorrência de paralisias flácidas após 04 a 10 dias do recebimento da vacina.
- O Ministério da Saúde em 2012 ampliou o **Calendário Básico de Vacinação da Criança** com a introdução da **vacina injetável contra pólio – Vacina Inativada Poliomielite (VIP)**, feita com vírus inativado. A nova vacina será utilizada no calendário de rotina, em paralelo com a campanha nacional de imunização, essa realizada com as duas gotinhas da vacina oral. A vacina contra pólio injetável, no entanto, só será aplicada para as crianças que estão iniciando o calendário de vacinação (BRASIL, 2012).

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 4.8
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Preparo e administração da vacina contra o Rotavírus humano G1P1 (atenuado)</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**APRESENTAÇÃO:**

A vacina rotavírus humano é apresentada sob a forma líquida, em seringa dose única.

Fig 4.4: Local para administração de vacina oral

**VIA DE ADMINISTRAÇÃO:**

Via Oral

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento, se necessário;
- Bandeja;
- Imunobiológico;

**COMO FAZER:**

- Receber o usuário, checar no cartão da vacina, quais imunobiológicos devem ser administrados;
- Obter informações sobre o estado de saúde da pessoa a ser vacinada, a fim de observar as indicações possíveis contra-indicações para a administração dos imunobiológicos, evitando as falsas contra-indicações;
- Higienizar as mãos;
- Organizar todo o material e levá-lo na bandeja;
- Retirar a vacina da caixa térmica, verificando o nome da mesma, bem como o prazo de validade;



Fonte: ARANDA, 2001.

- Verificar a idade da criança para administração da primeira ou segunda dose, segundo prazo recomendado pelo Ministério da Saúde;
- Orientar o acompanhante da criança sobre a importância e efeitos colaterais da vacina;
- Preparar a criança, colocando-a em posição segura e confortável. Pedir para o responsável deitá-la no colo;
- Retirar o adesivo da vacina que contém o lote e a validade e fixá-lo na bandeja;
- Retirar a tampa da bisnaga;
- Para administrar a vacina, deve-se inclinar a cabeça da pessoa ligeiramente para trás e fazer pressão nas bochechas;
- Pingar 1,5ml (todo o conteúdo do aplicador) da vacina lentamente por via oral, sobre a língua da pessoa a ser vacinada.
- Higienizar as mãos;
- Retirar o adesivo que foi fixado na bandeja e anexá-lo ao cartão da criança;
- Anotar com o uso de lápis a data da próxima dose, orientando a pessoa vacinada ou seu acompanhante sobre o retorno, quando for o caso, para a complementação do esquema básico de vacinação;
- Registrar no cartão vacinal da criança e no Mapa Diário de Vacinação;
- Fazer o aprazamento vacinal segundo calendário recomendado pelo PNI.

#### **ATENÇÃO!!**

- Intervalo de idade para administração da vacina:  
Primeira dose: 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias;  
Segunda dose: 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias. O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 30 dias.
- Não deve ser aplicada fora do intervalo, pois pode provocar invaginação intestinal;
- Nenhuma criança poderá receber a segunda dose sem ter recebido a primeira;
- Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação, não repetir a dose.
- Eventos adversos: febre, em geral abaixo de 39°C, irritabilidade, indisposição, diminuição do apetite e diarreia. Também pode ocorrer diarreia com presença de sangue, dor abdominal, vômitos e invaginação intestinal.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 4.9
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Preparo e administração da vacina Tríplice Viral</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**APRESENTAÇÃO:**

A vacina é apresentada sob a forma liofilizada, em frasco de multidoses, acompanhado do respectivo diluente.

**VIA DE ADMINISTRAÇÃO:**

Via SC

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento;
- Algodão hidrófilo;
- Bandeja;
- Seringa descartável de 3 ml, acoplada com agulhas 13x4,5mm;
- Agulha descartável para uso subcutâneo: 13x3,8; 13x4,0; 13x4,5mm;
- Agulha descartável específica para aspiração;
- Copo descartável para proteger as vacinas;
- Recipiente para descarte de perfurocortante;
- Imunobiológico;
- Diluente;



## COMO FAZER:

### ➤ *Reconstituição da vacina:*

- Higienizar as mãos;
- Reunir e preparar o material para vacina na bandeja;
- Escolher a seringa e a agulha apropriadas;
- Retirar a vacina e o diluente da caixa térmica, verificando o nome, lote e data de validade;
- Montar a seringa e adaptar a agulha;
- Retirar a tampa metálica do frasco-ampola contendo o líófilo (pó);
- Limpar a tampa de borracha com algodão seco;
- Pegar a ampola do diluente e envolver com gaze ou algodão seco e quebrá-la;
- Colocar a ampola quebrada entre os dedos indicador e médio;
- Aspirar o diluente da ampola;
- Injetar o diluente vagarosamente pelas paredes do frasco-ampola;
- Fazer um movimento rotativo com o frasco para uma perfeita homogeneização da vacina;
- Guardar a vacina reconstituída na caixa térmica;
- Descartar agulhas, embalagens e vidros em locais apropriados;
- Higienizar as mãos;
- Registrar a data e hora da reconstituição da vacina

### ➤ *Administração da vacina*

- Receber o usuário, checar no cartão da vacina, quais imunobiológicos devem ser administrados;
- Higienizar as mãos;
- Montar a seringa, colocando o corpo na mão esquerda, encaixar ou ajustar o êmbolo e adaptar a agulha, mantendo-a protegida;
- Retirar o frasco ampola reconstituído da caixa térmica;
- Aspirar 0,5 ml da vacina reconstituída;
- Deixar a agulha protegida com a ampola ou com o tubo estéril, até o momento da administração.
- Separar o material que será utilizado e levá-lo na bandeja;



- Obter informações sobre o estado de saúde da pessoa a ser vacinada, a fim de observar as indicações possíveis contra indicações à administração dos imunobiológicos, evitando as falsas contra indicações;
- Orientar o acompanhante da criança sobre a importância da vacina e seus possíveis efeitos colaterais;
- Calçar luvas;
- Escolher o local da administração;
- Fazer a antissepsia da pele, caso necessário;
- Pinçar o tecido subcutâneo do local da administração com o dedo indicador e o polegar, mantendo a região firme;
- Introduzir a agulha com ângulo de 90°;
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a seringa com a agulha, em movimento único e firme;
- Fazer leve compressão no local com algodão seco;
- Descartar seringa/agulha em recipiente para perfurocortante;
- Retirar luvas e higienizar as mãos;
- Registrar no cartão vacinal da criança e no Mapa Diário de Vacinação;
- Fazer o aprazamento vacinal segundo calendário recomendado pelo PNI.

### **ATENÇÃO!**

O frasco multidoses da vacina tríplice viral, após a reconstituição, pode ser utilizado até, no máximo, oito horas, desde que mantido em temperatura adequada (+2°C a +8°C) e adotados os cuidados que evitem a sua contaminação.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO  
SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 4.10
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Preparo e administração da vacina Meningocócica C</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**APRESENTAÇÃO:**

A vacina meningocócica sorogrupo C, é apresentada sob a forma liofilizada, em frasco de dose única, acompanhado do respectivo diluente.

**VIA DE ADMINISTRAÇÃO:**

Via IM

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento;
- Algodão hidrófilo;
- Bandeja;
- Seringa descartável de 3 ml, acoplada com agulhas
- Agulha descartável para uso intramuscular: 20x5,5; 25x6mm;
- Agulha descartável específica para aspiração;
- Copo descartável para proteger as vacinas;
- Recipiente para descarte de perfurocortante;
- Imunobiológico;

- Diluente;

### COMO FAZER:

➤ *Para fazer a reconstituição:*

- Higienizar as mãos;
- Reunir e preparar o material para vacina na bandeja;
- Escolher a seringa e a agulha apropriadas;
- Retirar a vacina e o diluente do refrigerador ou da caixa térmica, verificando o nome, lote e data de validade;
- Montar a seringa e adaptar a agulha;
- Retirar a tampa metálica do frasco-ampola contendo o líófilo (pó);
- Limpar a tampa de borracha com algodão seco;
- Agitar suavemente o frasco de diluente;
- Retirar a tampa metálica do frasco-ampola com diluente;
- Limpar a tampa de borracha com algodão seco;
- Aspirar 0,6ml do diluente do frasco ampola;
- Injetar o diluente vagorosamente pelas paredes do frasco-ampola;
- Fazer um movimento rotativo com o frasco para uma perfeita homogeneização da vacina;
- Descartar a agulha em recipiente para perfurocortante;

**Observação:**

Após a reconstituição, a vacina deve ser utilizada *imediatamente*.

➤ *Administração da vacina:*

- Receber o usuário, checar no cartão da vacina, quais imunobiológicos devem ser administrados;
- Obter informações sobre o estado de saúde da pessoa a ser vacinada, a fim de observar as indicações e possíveis contraindicações para a administração dos imunobiológicos, evitando as falsas contraindicações;
- Utilizando uma nova agulha, retirar 0,5 ml do produto reconstituído, assegurar que não ocorra a formação de bolhas de ar.

- Deixar a agulha protegida com a ampola ou com o tubo estéril, até o momento da administração.
- Separar o material que será utilizado e levá-lo na bandeja;
- Orientar o acompanhante da criança sobre a importância da vacina e seus possíveis efeitos colaterais;
- Preparar a criança, colocando-a em posição segura e confortável, solicitar ajuda do acompanhante, se julgar necessário;
- Calçar luvas;
- Fazer a antissepsia do local da administração, se necessário;
- Pinçar o músculo vasto-lateral da coxa direita com o dedo indicador e o polegar, mantendo a região firme;
- Introduzir a agulha com ângulo de 90°;
- Aspirar, observando se a agulha atingiu algum vaso sanguíneo;
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a seringa com a agulha, em movimento único e firme;
- Fazer leve compressão no local com algodão seco;
- Descartar seringa/agulha em recipiente para perfurocortante;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no cartão vacinal da criança e no Mapa Diário de Vacinação;
- Fazer o aprazamento vacinal segundo calendário recomendado pelo PNI.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 4.11
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Preparo e administração da vacina Pneumocócica 10-Valente (Conjugada)</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**APRESENTAÇÃO:**

A vacina pneumocócica 10-valente conjugada é apresentada sob a forma líquida, no frasco-ampola de vidro, apresentado em dose única, com 0,5 ml.

**VIA DE ADMINISTRAÇÃO:**

Via IM

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento;
- Algodão hidrófilo;
- Bandeja;
- Seringa descartável de 3 ml, acoplada com agulhas
- Agulha descartável para uso intramuscular: 20x5,5; 25x 6mm;
- Agulha descartável específica para aspiração;
- Copo descartável para proteger as vacinas;
- Recipiente para descarte de perfurocortante;
- Imunobiológico;

**COMO FAZER:**

- Receber o usuário, checar no cartão da vacina, quais imunobiológicos devem ser administrados;
- Orientar o acompanhante da criança sobre a importância e quando deve ser a data de retorno (caso seja necessário);
- Higienizar as mãos;
- Reunir e preparar o material para vacina na bandeja;
- Escolher a seringa e a agulha apropriadas;
- Montar a seringa e adaptar a agulha;
- Retirar a vacina do refrigerador ou da caixa térmica, verificando o nome, lote e data de validade;
- Retirar a tampa metálica do frasco-ampola contendo o imunobiológico;
- Limpar a tampa de borracha com algodão seco;
- Aspirar 0,5ml do imunobiológico do frasco ampola, retirar o ar e trocar a agulha;
- Deixar a agulha protegida, até o momento da administração.
- Separar o material que será utilizado e levá-lo na bandeja;
- Obter informações sobre o estado de saúde da pessoa a ser vacinada, a fim de observar as indicações e possíveis contra-indicações à administração dos imunobiológicos, evitando as falsas contra-indicações;
- Orientar o acompanhante da criança sobre a importância da vacina e seus possíveis efeitos colaterais;
- Preparar a criança, colocando-a em posição segura e confortável, solicitar ajuda do acompanhante, se julgar necessário;
- Calçar luvas;
- Fazer a antisepsia do local da administração, se necessário;
- Pinçar o músculo vasto-lateral da coxa com o dedo indicador e o polegar, mantendo a região firme;
- Introduzir a agulha com ângulo de 90°;
- Aspirar, observando se a agulha atingiu algum vaso sanguíneo;
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a seringa com a agulha, em movimento único e firme;
- Fazer leve compressão no local com algodão seco;
- Descartar seringa/agulha em recipiente para perfurocortante;

- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no cartão vacinal da criança e no Mapa Diário de Vacinação;
- Fazer o aprazamento vacinal segundo calendário recomendado pelo PNI.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 4.12
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Preparo e administração da vacina Anti-rábica</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**APRESENTAÇÃO:**

A vacina é apresentada sob a forma liofilizada, em frasco ampola de dose única, acompanhado do respectivo diluente.

**VIA DE ADMINISTRAÇÃO:**

Via IM

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento;
- Algodão hidrófilo;
- Bandeja;
- Seringa descartável de 3 ml, acoplada com agulhas
- Agulha descartável para uso intramuscular: 20x5,5; 25x6mm;



- Agulha descartável específica para aspiração;
- Copo descartável para proteger as vacinas;
- Recipiente para descarte de perfurocortante;
- Imunobiológico;
- Diluente;

#### **COMO FAZER:**

- Orientar a importância da observação do cão ou gato se possível e fazer o esquema vacinal recomendado;

*Para fazer a reconstituição:*

- Higienizar as mãos;
- Reunir e preparar o material para vacina na bandeja;
- Escolher a seringa e a agulha apropriadas;
- Montar a seringa e adaptar a agulha;
- Retirar a vacina e o diluente da caixa térmica, verificando o nome, lote e data de validade;
- Retirar a tampa metálica do frasco-ampola contendo o liófilo (pó);
- Limpar a tampa de borracha com algodão seco;
- Agitar suavemente o frasco de diluente
- Retirar a tampa metálica do frasco-ampola com diluente;
- Limpar a tampa de borracha com algodão seco;
- Aspirar 0,5 ml do diluente do frasco-ampola;
- Injetar o diluente vagarosamente pelas paredes do frasco-ampola;
- Fazer um movimento rotativo com o frasco para uma perfeita homogeneização da vacina;
- Descartar a agulha em recipiente para perfurocortante;

**Observação:**

Após a reconstituição, a vacina deve ser utilizada *imediatamente*.

➤ *Para fazer a administração:*

- Utilizando uma nova agulha, retirar 0,5 ml do produto reconstituído, assegurar que não ocorra a formação de bolhas de ar.
- Deixar a agulha protegida com a ampola ou com o tubo estéril, até o momento da administração.
- Preparar a pessoa, colocando-a em posição segura e confortável, no caso de criança solicitar ajuda do acompanhante, se julgar necessário;
- Calçar luvas;
- Fazer a limpeza do local da administração, se necessário;
- Pinçar o músculo vasto-lateral da coxa em crianças menores de 02 anos e músculo deltoide em adultos com o dedo indicador e o polegar, mantendo a região firme;
- Introduzir a agulha com ângulo de 90°;
- Aspirar, observando se a agulha atingiu algum vaso sanguíneo;
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a seringa com a agulha, em movimento único e firme;
- Fazer leve compressão no local com algodão seco;
- Descartar seringa/agulha em recipiente para perfurocortante;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no cartão de acompanhamento, ficha de notificação e no Mapa Diário de Vacinação;
- Fazer o aprazamento vacinal segundo calendário recomendado pelo PNI.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 4.13
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 4
<b>Preparo e administração da vacina Tetra-Hib</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**APRESENTAÇÃO:**

A vacina Tetravalente é apresentada em caixas identificadas como VACINA COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANO, PERTUSSIS E *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* tipo b (DTP e Hib) contendo um blíster acondicionando 10 frascos do componente Hib liofilizado e outro blíster acondicionando 10 frascos do componente DTP (forma líquida). A dose da vacina reconstituída que deve ser administrada é de 0,5 ml.

**VIA DE ADMINISTRAÇÃO:**

Via IM profunda

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento;
- Algodão hidrófilo;
- Bandeja ou cuba rim;
- Seringa descartável de 3 ml, acoplada com agulhas
- Agulha descartável para uso intramuscular: 20x5,5mm (vasto lateral da coxa); 25x6mm (deltoide ou região glútea);

- Agulha descartável específica para aspiração;
- Recipiente para descarte de perfurocortante;
- Frasco-ampola (2,5ml) da vacina DTP;
- Frasco liofilizado da vacina Hib.

### COMO FAZER:

➤ *Para fazer a reconstituição:*

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e preparar o imunobiológico na bandeja ou cuba rim;
- Escolher a seringa e a agulha apropriadas;
- Retirar o frasco-ampola da vacina e o diluente da caixa térmica, verificando o nome, lote e data de validade;
- Retirar a tampa metálica do frasco-ampola contendo o líófilo (pó);
- Limpar a tampa de borracha com algodão seco;
- Agitar suavemente o frasco de diluente
- Envolver com gaze e quebrar a ampola com diluente respeitando a marcação de quebra;
- Montar a seringa e adaptar a agulha;
- Aspirar o diluente da ampola;
- Injetar o diluente vagarosamente pelas paredes do frasco-ampola;
- Fazer um movimento rotativo com o frasco para uma perfeita homogeneização da vacina;
- Descartar a agulha em recipiente para perfurocortante;

**Observação:**

Após a reconstituição, o produto poderá ser utilizado por 5 (cinco) dias desde que conservado sob temperatura adequada e não haja contaminação.

➤ *Para fazer a administração:*

- Receber o usuário, checar no cartão da vacina, quais imunobiológicos devem ser administrados;
- Obter informações sobre o estado de saúde da pessoa a ser vacinada, a fim de observar as indicações

e possíveis contraindicações à administração dos imunobiológicos;

- Orientar o acompanhante da criança sobre a importância da vacina e seus possíveis efeitos colaterais;
- Higienizar as mãos;
- Preparar a vacina em uma bandeja, ou cuba rim;
- Utilizando uma nova agulha, retirar 0,5 ml do produto reconstituído, assegurar que não ocorra a formação de bolhas de ar.
- Deixar a agulha protegida com a ampola ou com o tubo estéril, até o momento da administração.
- Preparar a criança, colocando-a em posição segura e confortável, solicitar ajuda do acompanhante, se julgar necessário;
- Calçar luvas;
- Fazer a antisepsia do local da administração, se necessário;
- Pinçar o músculo vasto-lateral da coxa com o dedo indicador e o polegar, mantendo a região firme;
- Introduzir a agulha com ângulo de 90°;
- Aspirar, observando se a agulha atingiu algum vaso sanguíneo;
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a seringa com a agulha, em movimento único e firme;
- Fazer leve compressão no local com algodão seco;
- Descartar seringa/agulha em recipiente para perfurocortante;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o acompanhante para usar compressa fria no caso de dor ou vermelhidão no local da administração.
- Registrar no cartão vacinal da criança e no Mapa Diário de Vacinação;
- Fazer o aprazamento vacinal segundo calendário recomendado pelo PNI.

**Atenção:**

- A vacina Tetravalente está disponível na rede pública para utilização apenas em crianças menores de um ano de idade, para início ou complementação do esquema básico de vacinação.
- A vacinação básica consiste na aplicação de 3 doses, com intervalo de 60 dias (mínimo de 30 dias), a partir de 2 meses de idade.
- Após os 12 meses de idade, todas as doses necessárias de DTP e Hib, para início ou complementação do esquema básico e reforços, deverão ser realizadas com as apresentações tradicionais (em separado) já disponíveis na rede pública.
- Eventos adversos: dor, rubor, edema e enduração no local de aplicação; as reações sistêmicas podem incluir febre, perda de apetite, agitação, choro persistente, mal-estar e irritabilidade. Dentre as manifestações mais graves, destacam-se a convulsão (até 72 horas), síndrome hipotônico-hiporresponsiva – SHH (até 48 horas) e encefalopatia (dentro de sete dias) após a imunização qualquer uma das doses da tetravalente.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO  
SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 4.14
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Preparo e administração da vacina DTP, DT ou dT</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

### **APRESENTAÇÃO:**

A vacina DTP, DT ou dT são apresentadas sob a forma líquida, em ampola ou frasco de dose única, contendo 1,0 ml ou 0,5 ml ou em frasco multidoses.

### **VIA DE ADMINISTRAÇÃO:**

Via IM profunda

### **MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento;
- Bandeja ou cuba rim;
- Algodão hidrófilo;
- Seringa descartável de 3 ml;
- Agulha descartável para uso intramuscular: 20x5,5mm; 25x6mm;
- Agulha descartável específica para aspiração;
- Recipiente para descarte de perfurocortante;
- Imunobiológico;

### **COMO FAZER:**

- Receber o usuário, checar no cartão da vacina, quais imunobiológicos devem ser administrados;
- Obter informações sobre o estado de saúde da pessoa a ser vacinada, a fim de observar as indicações e possíveis contra-indicações à administração dos imunobiológicos;
- Higienizar as mãos;
- Preparar o material e o imunobiológico na bandeja ou cuba rim.
- Escolher a seringa e a agulha apropriadas;
- Retirar a vacina da caixa térmica, verificando o nome, lote e data de validade;
- Retirar a tampa metálica do frasco-ampola contendo o imunobiológico;
- Limpar a tampa de borracha com algodão seco;
- Montar a seringa e adaptar a agulha específica;
- Aspirar 0,5ml do imunobiológico do frasco ampola;

- Deixar a agulha protegida com a ampola ou com o tubo estéril, até o momento da administração.
- Preparar a pessoa, colocando-a em posição segura e confortável, no caso de criança solicitar ajuda do acompanhante, se julgar necessário;
- Calçar luvas;
- Fazer a antissepsia do local da administração;
- Pinçar o músculo vasto-lateral da coxa da criança menor ou o músculo deltoide, ou dorsoglúteo do adulto com o dedo indicador e o polegar, mantendo a região firme;
- Introduzir a agulha com ângulo de 90°;
- Aspirar, observando se a agulha atingiu algum vaso sanguíneo;
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a seringa com a agulha, em movimento único e firme;
- Fazer leve compressão no local com algodão seco;
- Descartar seringa/agulha em recipiente para perfurocortante;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Orientar a pessoa vacinada ou seu acompanhante para usar compressa fria no caso de dor ou vermelhidão no local da administração;
- Registrar no cartão vacinal da criança e no Mapa Diário de Vacinação;



- Fazer o aprazamento vacinal segundo calendário recomendado pelo PNI.

**Atenção:**

- O esquema básico da DTP corresponde a três doses no primeiro ano de vida, com intervalo de 60 dias entre as 12.
- O intervalo mínimo é de 30 dias. O reforço é administrado 6 a 12 meses depois da terceira dose, de preferência aos 15 meses de idade, simultaneamente com a vacina tríplice viral (contra o sarampo, a rubéola e a caxumba) e com a vacina contra a poliomielite.
- A *vacina DTP* deve ser administrada em crianças até 6 anos 11 meses e 29 dias, em maiores, deve-se administrar a *vacina dT*, com reforço a cada dez anos por toda a vida, ou em caso de gravidez ou ferimentos graves, deve-se antecipar em cinco anos.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 4.15
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Preparo e administração da vacina contra a Influenza</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**APRESENTAÇÃO:**

A vacina é constituída por diferentes cepas de *Myxovirus influenzae* inativados, fracionados e purificados, obtidos a partir de culturas de ovos embrionados de galinha. A vacina vem acondicionada em frasco-ampola contendo dez doses. Cada dose corresponde a 0,5 ml. Em crianças menores de 3 anos é utilizada meia dose, ou seja, 0,25ml em duas aplicações com intervalo de 4 a 6 semanas.

**VIA DE ADMINISTRAÇÃO:**

Via IM

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento;
- Algodão hidrófilo;
- Bandeja ou cuba rim;
- Seringa descartável de 3 ml, acoplada com agulhas
- Agulha descartável para uso intramuscular: 20x5,5mm; 25x6mm;
- Agulha descartável específica para aspiração;
- Copo descartável para proteger as vacinas;
- Recipiente para descarte de perfurocortante;

- Imunobiológico;

**COMO FAZER:**

- Receber o usuário, checar no cartão da vacina, quais imunobiológicos devem ser administrados;
- Orientar à pessoa sobre a importância e quando deve ser a data de retorno (caso seja necessário);
- Higienizar as mãos;
- Preparar o material e o imunobiológico na bandeja ou cuba rim;
- Escolher a seringa e a agulha apropriadas;
- Retirar a vacina da caixa térmica, verificando o nome, lote e data de validade;
- Retirar a tampa metálica do frasco-ampola contendo o imunobiológico;
- Limpar a tampa de borracha com algodão seco;
- Montar a seringa e adaptar a agulha;
- Aspirar 0,5ml (ou 0,25ml para criança menor que 3 anos de idade) do imunobiológico do frasco ampola;
- Deixar a agulha protegida com a ampola ou com o tubo estéril, até o momento da administração.
- Preparar a pessoa, colocando-a em posição segura e confortável, no caso de criança solicitar ajuda do acompanhante, se julgar necessário;
- Calçar luvas;
- Fazer a antisepsia do local da administração, se necessário;
- Pinçar o músculo vasto-lateral da coxa da criança menor de dois anos ou o músculo deltoide, ou dorsoglúteo do adulto com o dedo indicador e o polegar, mantendo a região firme;
- Introduzir a agulha com ângulo de 90°;
- Aspirar, observando se a agulha atingiu algum vaso sanguíneo;
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a seringa com a agulha, em movimento único e firme;
- Fazer leve compressão no local com algodão seco;
- Descartar seringa/agulha em recipiente para perfurocortante;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;

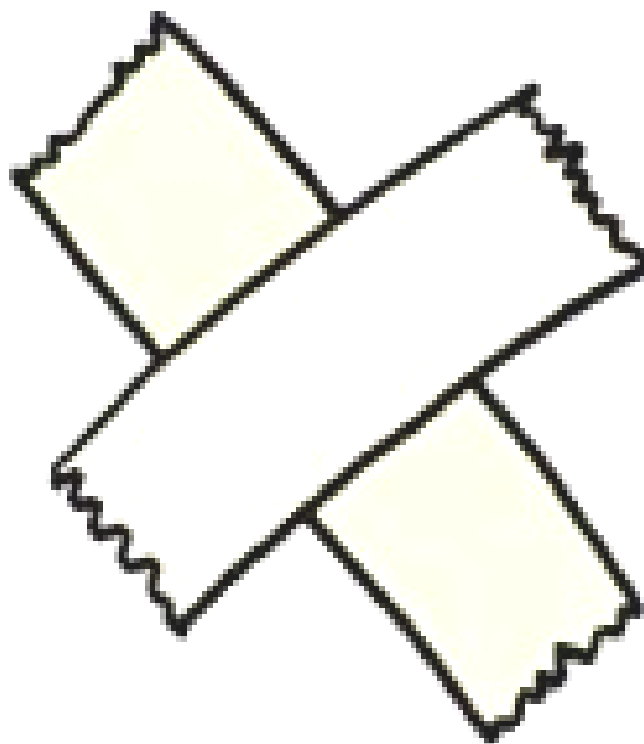


- Orientar a pessoa vacinada ou seu acompanhante para usar compressa fria no caso de dor ou vermelhidão no local da administração.
- Registrar no cartão vacinal da criança e no Mapa Diário de Vacinação;
- Fazer o aprazamento vacinal segundo calendário recomendado pelo PNI.

**Atenção:**

- O frasco multidoses, uma vez aberto, poderá ser utilizado até o final, desde que mantido em temperatura adequada (entre 2°C e 8°C) e adotados os cuidados que evitem a sua contaminação.
- Eventos adversos: dor, edema, eritema, nódulo no local da aplicação. Os eventos sistêmicos mais frequentes são febre, mal-estar e mialgia.

**GRUPO 05: Curativo Simples e retirada de pontos**



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 5.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Realização de curativo simples</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Mesa de apoio ou carrinho para realização do curativo;
- Gaze simples estéril;
- Soro fisiológico a 0,9%;
- Luvas de procedimento ou estéreis;
- Pacote de curativo contendo: 01 pinça Kelly, 01 pinça anatômica;
- Adesivo hipoalergênico;
- Ataduras, gaze estéril alcochoada, espátula ou outros, se necessário.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levá-lo na bandeja ou no carrinho para próximo do leito do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante e sua finalidade;
- Proporcionar privacidade do paciente, colocando biombos, se necessário;
- Preparar o ambiente de forma organizada;
- Posicionar o paciente adequadamente;
- Higienizar as mãos novamente;

- Colocar luvas de procedimentos;
- Expor a região onde será realizado o curativo;
- Proteger o paciente e a cama com forro impermeável, para manter o paciente e seu leito secos e confortáveis;
- Remover o curativo anterior, utilizando luvas de procedimentos. Podendo utilizar SF 0,9% estéril para facilitar a retirada do curativo;
- Solicitar ao enfermeiro que faça uma avaliação da situação da ferida;
- Retirar e desprezar as luvas utilizadas;
- Abrir o pacote de curativo contendo as pinças; deixar aberto o campo estéril do pacote; abrir o pacote com gaze na forma de pétalas; colocar as gazes no interior do campo estéril;
- Calçar as luvas de procedimento; pegar as pinças, elevando a extremidade a ser pega por baixo do pacote, tentando não contaminar a ponta da pinça; com as duas pinças em mãos, a mão não dominante segura a pinça anatômica e a mão dominante segura a pinça Kelly; com o auxílio das duas pinças, segurar as gazes, formando coxins;
- Sem o uso de pinça: abrir o pacote de luvas estéreis, deixando aberto o campo estéril do pacote; abrir o pacote com gaze na forma de pétalas; colocar as gazes no interior do campo estéril; calçar as luvas estéreis, preservando a mão dominante estéril e a mão contrária podendo ser contaminada; segurar as gazes formando coxins;
- Irrigar o leito da ferida com SF 0,9% em jato, para preparação da pele adjacente e redução da flora bacteriana, sempre da área menos contaminada para a mais contaminada;
- Limpar as bordas da ferida com o uso de gaze estéril, passando somente um lado da gaze por vez;
- Utilizar medicação tópica no leito da ferida, ou cobertura específica, conforme prescrição médica ou de enfermagem;
- Para cobrir a ferida, utilizar gaze simples ou acolchoada, caso a lesão possua exsudato moderado a intenso;
- Fixar o curativo com adesivo hipoalergênico ou atadura, conforme necessidade;
- Desprezar o material, sendo o material descartável desprezado em lixo contaminado e o material permanente no expurgo;
- Retirar as luvas;

- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento, os aspectos identificados da ferida e sua evolução, e as queixas apresentadas pelo paciente durante o procedimento no prontuário do paciente;
- Realizar orientações ao paciente quanto aos cuidados necessários em relação à ferida.





**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**

**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 5.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Retirada de Pontos</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Pacote de curativo;
- Gaze esterilizada;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Luvas de procedimento e máscara;
- Cuba rim;
- Lâmina de bisturi descartável.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material na bandeja;
- Orientar paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o paciente em posição confortável, expondo apenas o local da incisão;
- Higienizar as mãos novamente;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Retirar o curativo com as luvas de procedimentos, caso esteja utilizando-o;
- Solicitar a presença do enfermeiro para verificar a incisão cirúrgica, devendo avaliar se os pontos

podem ser retirados totalmente ou alternados;

- Caso, seja possível retirar os pontos, colocar o pacote de curativo sobre a bandeja;
- Abrir o pacote cuidadosamente para não contaminar a região interna estéril, conforme procedimento listado no Cód. 14.1.;
- Abrir o pacote de gaze e colocá-las dentro do campo esterilizado e distante das pinças;
- Abrir o pacote contendo o bisturi em forma de pétalas e depositá-lo no interior do campo estéril;
- Higienizar a área da incisão com SF 0,9%;
- Pegar a pinça dente de rato, fixar e levantar o ponto na altura do nó cirúrgico;
- Cortar o fio com a lâmina do bisturi, logo abaixo do nó cirúrgico, próximo à pele;
- Puxar o ponto para retirar, colocá-lo sobre a gaze;
- Proceder da mesma maneira para os demais pontos;
- Desprezar a gaze em lixo contaminado;
- Observar se todos os pontos saíram por inteiro;
- Fazer o curativo de acordo com a técnica simples;
- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Retirar as luvas;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secá-la e realizar uma desinfecção com álcool a 70%, no posto de enfermagem.
- Higienizar as mãos;

Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente.

**GRUPO 06: Nebulização**





**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 6.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Nebulização</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento;
- Máscara;
- Dispositivo nebulizador (copo de medicamento com tampa, máscara de nebulização e tubo de silicone);
- Medicamento conforme prescrição;
- Seringa de 3ml ou 5ml e agulha 40x12mm para o preparo do medicamento;
- Solução fisiológica a 0,9%.

**COMO FAZER:**

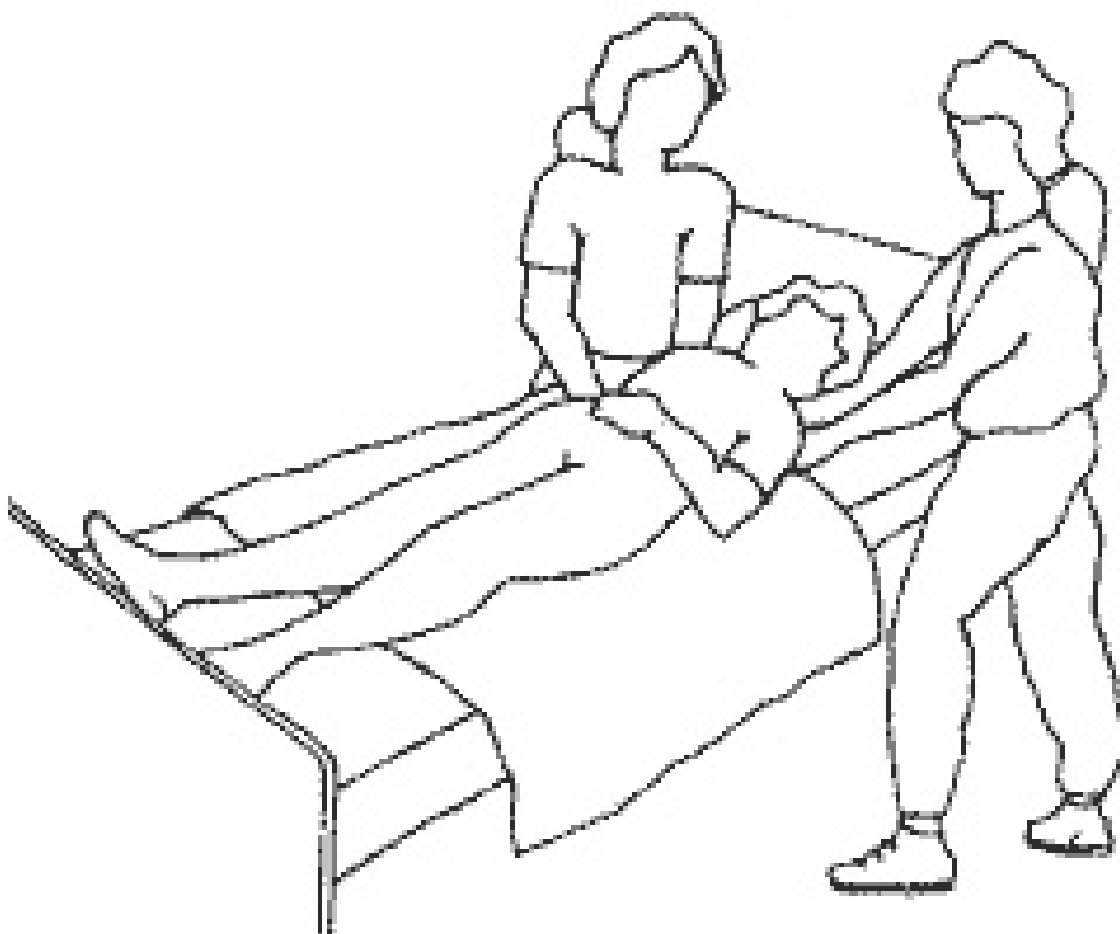
- Explicar o procedimento ao cliente ou familiar, reunir o material e levá-lo próximo ao cliente;
- Higienizar as mãos;
- Utilizar EPI's adequados (luvas de procedimento e máscara);
- Desconectar a tampa do copo de medicação;
- Colocar os medicamentos nas dosagens prescritas;
- Fechar o copo de medicamentos;
- Conectar a máscara ao copo e à conexão;



- Conectar o sistema ao nebulizador e verificar se a medicação está vaporizando;
- Colocar a máscara cobrindo o nariz e boca do paciente;
- Colocar o copo de medicações em posição vertical para não derramar seu conteúdo;
- Orientar ao paciente/acompanhante para segurar o copo de medicação;
- Orientar ao paciente que faça uma respiração profunda para que as partículas de aerossol se distribuam uniformemente;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Observar as reações do paciente durante o processo de nebulização;
- Ao terminar a medicação, calçar novas luvas de procedimento para retirada do conjunto de nebulização;
- Desligar o equipamento e desconectar o sistema;
- Observar as reações do cliente após a nebulização;
- Manter ambiente limpo e organizado;
- Encaminhar o material permanente para o expurgo.
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente.



## GRUPO 07: Preparo do leito



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 7.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Arrumando Leito Fechado</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Lençóis;
- Álcool a 70%;
- Luvas de procedimentos;
- Algodão ou compressa;
- Hamper.

**COMO FAZER:**

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas, se necessário (caso haja potencial de contato direto com fluidos do paciente);
- Elevar a cama para uma posição mais alta e baixe todas as laterais;
- Retirar o equipamento que podem estar presos à roupa de cama, como por exemplo, as sondas de drenagem. Verificando, também, se há itens pessoais;
- Soltar as extremidades do lençol que foram presas ao colchão;
- Dobrar todas as peças que podem ser reutilizadas e colocá-las sobre uma superfície limpa;



- Retirar as peças sujas que serão substituídas e depositá-las em reservatório próprio (hamper).

**Observação:** não colocá-las no chão;

- Fazer a desinfecção do colchão e leito com uma compressa embebida em álcool a 70%;
- Retirar as luvas;
- Recolocar o colchão de modo a adaptar-se à cabeceira;
- Abrir o lençol, centralizar a dobra longitudinal e abrir as camadas dobradas na direção de um dos lados da cama, prendendo-o embaixo do colchão. Certificar-se de que o lençol está sem dobras sobre a cama;
- Dobrar outro lençol horizontalmente e colocá-lo na região das nádegas, firmando-o sob o colchão, para facilitar a troca do lençol, caso o paciente urine ou evacue no leito;
- Colocar a fronha no travesseiro e colocá-lo sobre a cabeceira da cama;
- Ajustar a cama à posição rebaixada;
- Higienizar as mãos.

### ATENÇÃO

- Sempre planejar e realizar a troca da roupa de cama após o atendimento das necessidades de higiene do paciente.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 7.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Arrumando Leito Aberto</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Lençóis;
- Álcool a 70%;
- Algodão ou compressa;
- Luvas de procedimentos;
- Hamper.

**COMO FAZER:**

- Verificar a prescrição ou o plano de cuidados de enfermagem para confirmar se o paciente deve permanecer no leito;
- Examinar a roupa de cama para ver se há umidade ou manchas;
- Determinar quem está disponível para auxiliar, caso o paciente esteja debilitado ou incapaz de colaborar;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Explicar ao paciente e/ou acompanhante o procedimento;
- Elevar a cama;

- Cobrir o paciente com um lençol limpo;
- Soltar equipamentos presos ao lençol da cama e verificar a presença de objetos pessoais;
- Soltar as extremidades do lençol que foram presas sob o colchão;
- Baixar a lateral da cama no lado em que você se encontra, e posicionar o paciente para o outro lado;
- Enrolar os lençóis sujos o mais próximo possível do paciente;
- Fazer a desinfecção deste lado do colchão com uma compressa embebida em álcool a 70%;
- Seguir a operação de desdobração e colocação dos lençóis sob o colchão, além do meio móvel, sobre o lado vago da cama;
- Dobrar as extremidades soltas para baixo da parte já dobrada dos lençóis sujos;
- Elevar a lateral da cama e movimentar-se para o lado oposto;
- Baixar a lateral da cama no lado em que você agora se encontra e ajudar o paciente a virar para o outro lado, passando os lençóis dobrados;
- Coloque a roupa suja próxima a borda da cama e os lençóis limpos bem próximos, ao seu lado;
- Tirar a roupa suja e colocar no hamper;
- Fazer a desinfecção do outro lado do colchão com uma compressa embebida em álcool a 70%;
- Puxar o lençol inferior limpo até que esteja desdobrado e todo afastado de debaixo do paciente;
- Dobrar em ângulo (tipo envelope) o canto do lençol;
- Puxar e prender as extremidades soltas sob o colchão;
- Posicionar o paciente ao centro da cama;
- Alisar e recolocar o lençol superior, os cobertores e a colcha;
- Trocar a fronha;
- Reposicionar o paciente conforme indicação terapêutica e manutenção do conforto;
- Baixar a altura da cama e elevar a outra lateral;
- Higienizar as mãos.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 7.3
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Preparo do leito operado</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO**

- 02 lençóis;
- Luva de procedimentos;
- 01 lençol móvel (traçado);
- 01 forro plástico (impermeável);
- 01 fronha;
- Cobertores;
- Compressa limpa;
- Álcool a 70%;
- Hamper.

**COMO FAZER**

- Higienizar as mãos;
- Reunir todo o material, colocando-o no carrinho de banho;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Fazer desinfecção do colchão e do leito com uma compressa limpa embebida em álcool 70%;
- Retirar a roupa de cama usada e colocá-la no hamper;

- Ordenar a roupa na ordem: lençol, forro plástico (impermeável), lençol móvel (traçado), fronha, lençol e cobertor;
- Estender o lençol, de forma longitudinal, sobre o colchão envolvendo as pontas do lençol sob as extremidades do colchão;
- Colocar o forro plástico no meio do colchão prendendo-o embaixo do colchão (lado em que se encontra o executor do procedimento);
- Colocar o lençol móvel (traçado) no meio do colchão prendendo-o embaixo do colchão (lado em que se encontra o executor do procedimento);
- Estender o lençol de cima de forma longitudinal, deixando cair uma parte sobre a lateral da cama;
- Estender o cobertor de forma longitudinal, deixando uma parte sobre a lateral da cama;
- Ir para o lado contrário da cama;
- Esticar o lençol de baixo sobre a outra parte da cama envolvendo as pontas do lençol sob as extremidades do colchão;
- Esticar juntos o forro plástico e o lençol móvel (traçado) até o outro lado da cama, prendendo-os juntos embaixo do colchão;
- Esticar o lençol de cima e o cobertor sobre a outra parte da cama;
- Fazer vira do lençol e cobertor, mais ou menos 50 cm do lado da cabeceira e dos pés;
- Dobrar as laterais do lençol e do cobertor, em formato de envelope (sobre o vira superior e inferior);
- Colocar a fronha no travesseiro;
- Encaminhar o hamper com os lençóis usados até o local de armazenamento de roupa suja;
- Encaminhar o carro de banho ao local de origem;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Higienizar as mãos.



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Educação*

## GRUPO 08: Banho e higiene



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 8.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Promovendo o banho no leito</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luva de procedimento;
- Kit para banho no leito contendo: jarra, bacia, comadre, algodão hidrófilo, sabão líquido;
- Kit de roupa de cama contendo: 01 lençol luva, 02 lençóis coberto, 01 travessa, 02 toalhas de banho, 01 fronha;
- Espátula ou escova de dente e solução para higiene oral;
- Roupa para o paciente;
- Solução hidratante, desodorante e pente do paciente;
- Biombo;
- Hamper;
- Álcool a 70%;
- Capote/avental descartável;
- Máscara descartável;
- Água morna;

**COMO FAZER**

- Higienizar as mãos;

- Reunir todo o material necessário e levá-lo ao leito do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante;
- feche a porta e janela (se possível);
- Preparar o material;
- Colocar água morna na jarra de banho;
- Desocupar a mesa-de-cabeceira, e aproximar o hamper do leito;
- Preservar a privacidade do paciente protegendo o leito com cortinas ou biombos,
- Calçar as luvas;
- Desprender a roupa de cama;
- Avaliar a necessidade de higiene do couro cabeludo, se necessário proceder à lavagem conforme procedimento listado no Cód. 7.3;
- Fazer higiene auricular retirando o excesso de cerume que esteja visível com gaze úmida com água e sabão. Não fazer uso de cotonetes.
- Fazer higiene ocular, utilizando as mechas de algodão, do canto interno para o externo;
- Fazer higiene nasal, retirando as secreções visíveis do nariz utilizando cotonetes com soro fisiológico. Em pacientes que se encontram com sonda nasogástrica, enteral e cateter de oxigênio nasal os orifícios nasais devem ser inspecionados para verificar a existência de lacerações e úlceras de pressão;
- Observar cuidadosamente no septo nasal e asas do nariz sinais inflamatórios, hemorrágicos ou úlceras.
- Observar as fixações de sondas e cateteres, e substituí-los sempre que necessário;
- Fazer a higiene oral conforme procedimento listado no Cód. 7.5;
- Iniciar higiene do rosto, seguindo a sequência face e pescoço, realizando sempre o enxágue, enxugando cada área após a higiene;
- Retirar as vestes do paciente e deixá-lo coberto com o lençol;
- Colocar a toalha de banho sobre o tórax do paciente, descer o lençol em leque até a região pubiana e deixar os braços sobre a toalha;
- Faça a higiene dos braços, mãos e axilas, realizando sempre enxágue, despejando com a jarra a água na bacia;

- Observar as condições das unhas, lave-as se necessário, corte-as após o banho;
- Descobrir o tórax e o abdome do paciente, ensaboando, enxaguando e enxugando;
- Observar a região infra-mamária nas pacientes de sexo feminino, secando bem a região;
- Posicionar-se aos pés do leito, e inicie a higiene dos MMII, lave as pernas com movimentos contínuos. Proceda à higiene dos pés imergindo-os na bacia com água limpa, enxugue-os bem (observar espaços interdigitais);
- Desprezar a água da bacia;
- Colocar o paciente em decúbito lateral, e inicie a higiene das costas e das nádegas do paciente, ensaboe, enxágue e enxugue; realize massagem de conforto com creme hidratante ou óleo de amêndoas;
- Retirar o lençol sujo (até a metade), fazer higiene do leito com álcool a 70% e passe o lençol limpo por baixo do paciente;
- Colocar a roupa de cama limpa; coloque a toalha sob a região glútea;
- Retomar o paciente à posição dorsal e coloque a comadre, iniciando a higiene íntima conforme procedimento listado no Cód. 7.4, se o paciente não for capaz de fazê-la;
- Certificar-se que o paciente está completamente limpo e seco;
- Realize a massagem de conforto com hidratante após banho;
- Vestir e pentear o paciente deixando-o confortável;
- Retirar o material da enfermaria, mantendo a unidade organizada;
- Encaminhar o material permanente para o expurgo;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

**Recomendações:**

- Sempre que possível, o banho no leito deve ser feito por duas pessoas. Durante o procedimento devem ser observadas as condições da pele e das proeminências ósseas, para prevenção de úlcera por pressão.
- Interaja com o paciente durante o procedimento, evitando conversas paralelas.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 8.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Promovendo o banho por aspersão</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Sabonete;
- Biombo;
- Compressas;
- Toalha;
- Luva de procedimento;
- Roupas para o paciente;
- Roupa de cama;
- Escova e pasta de dente;
- Cadeira de banho;
- Capote/avental descartável;
- Máscara;
- Roupa de cama;
- Hamper;
- Algodão;
- Álcool a 70%.

## COMO FAZER

- Higienizar as mãos;
- Preparar o material;
- Explicar o procedimento ao paciente e auxiliar no preparo dos pertences pessoais;
- Calçar as luvas de procedimento, colocar avental descartável e máscara;
- Auxiliar o paciente a levantar-se do leito e permanecer sentado por alguns minutos;
- Colocar o paciente na cadeira de banho, se necessário;
- Manter a permeabilidade do acesso venoso e cuidados com drenos, sondas e curativos;
- Encaminhar o paciente ao banheiro;
- Testar a temperatura da água;
- Orientar o paciente quanto aos cuidados no banho;
- Retirar as roupas e iniciar o banho;
- Observar anormalidades durante o banho como: tontura, palidez, dor, dificuldade para movimentar-se e as condições da pele;
- Auxiliar o paciente sempre que necessário;
- Retirar roupas de cama sujas e colocá-las no hamper;
- Higienizar o leito com algodão e álcool a 70%, colocar lençóis limpos;
- Reconduzir o paciente ao leito e deixá-lo confortável;
- Retirar luvas, avental e máscara;
- Registrar procedimento no prontuário.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 8.3
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Pagina 1 de 3
<b>Promovendo a higiene do couro cabeludo</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Carrinho de banho ou mesa de cabeceira;
- Biombos;
- Bacia;
- Jarro com água aquecida;
- Sabão líquido (xampu) ou sabonete;
- Pente;
- Duas toalhas;
- Bolas de algodão;

**COMO FAZER:**

- Explicar ao paciente o procedimento;
- Preparar o ambiente;
- Posicionar o biombo;
- Higienizar as mãos;
- Usar avental e máscara, se necessário;
- Abaixar as grades;

- Colocar luvas de procedimentos;
- Retirar o travesseiro do paciente;
- Colocar a toalha na cabeceira da cama;
- Colocar o paciente em posição diagonal, com a cabeça próxima a pessoa que executa o procedimento;
- Proteger os ouvidos do paciente com algodão;
- Colocar outra toalha ao redor do pescoço do paciente;
- Pentear os cabelos inspecionando o couro cabeludo e cabelos, observado condições e anormalidades;
- Sustentar a cabeça do paciente com uma das mãos, sobre a bacia;
- Umedecer os cabelos com um pouco de água, aplicando o xampu, evitando que o líquido escorra nos olhos;
- Massagear o couro cabeludo com as pontas dos dedos;
- Lavar os cabelos;
- Enxaguar os cabelos do paciente até sair toda a espuma, com auxílio da jarra com água, quantas vezes forem necessárias;
- Elevar a cabeça do paciente e espremer os cabelos com cuidado, fazendo escorrer a água;
- Envolver a cabeça do paciente com a toalha;
- Retirar a bacia que está sob a cabeça do paciente;
- Secar os cabelos com a toalha de banho;
- Pentear os cabelos do paciente;
- Retirar a toalha que estava na cabeceira da cama;
- Recolocar o travesseiro na cama e voltar o paciente à posição inicial;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Levantar as grades;
- Retirar os materiais utilizados, levando-os para o local apropriado (expurgo);
- Reconstituir a unidade do paciente;
- Retirar luvas, avental e máscara;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

**OBSERVAÇÃO:**

- Antes de iniciar o procedimento, rever prescrição do paciente quanto às precauções relativas à movimentação e ao posicionamento no leito; do mesmo modo, deve ser avaliada a necessidade de precauções de contato e/ou respiratório para cada paciente.
- Ao utilizar carro de banho, considerar a parte superior como não contaminada, para apoio de roupa limpa e fralda. Caso não tenha carro de banho, utilizar mesa de cabeceira como parte contaminada e uma cadeira como limpa.
- Após o término do procedimento, fazer limpeza com álcool a 70% da mesa de cabeceira do paciente e do carro de banho, grades e cabeceira, que tenham sido manuseadas durante o procedimento.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 8.4
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 4
<b>Promovendo a Higiene Íntima</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja ou carrinho de procedimentos;
- Luvas de procedimento, máscara e avental;
- Comadre (aparadeira);
- Jarra com água morna;
- Sabão líquido neutro;
- Algodão;
- Compressa de banho descartável;
- Biombo;
- Hamper;
- Roupa de cama;
- Toalha de banho.

**COMO FAZER**

➤ Higiene Íntima Masculina

- Reunir material necessário;
- Explicar procedimento ao paciente;
- Higienizar as mãos;

- Preparar o material e levá-lo à enfermaria do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Promover a privacidade do paciente colocando biombo;
- Colocar a bandeja com o material sobre a mesa-de-cabeceira, ou no carrinho de procedimentos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar o paciente em posição dorsal, expondo somente a área necessária;
- Colocar a comadre (aparadeira) sob a região glútea;
- Pegar uma parte do algodão embebida com água e sabão;
- Se houver presença de fezes, remova com papel higiênico ou compressa úmida;
- Retrair o prepúcio;
- Caso haja presença de secreção uretral, utilizar gaze para retirar o excesso, antes de iniciar a higiene com água e sabão;
- Iniciar a higiene com compressa, primeiramente ensaboando o meato uretral, prepúcio, glândula e depois o corpo do pênis, em movimento circulares de dentro para fora;
- Enxaguar com água retirando o sabão;
- Reposicionar o prepúcio à posição inicial;
- Continuar a higiene no sentido longitudinal, de cima para baixo, sempre utilizando uma porção de algodão ou compressa para cada movimento;
- Enxaguar com água retirando o sabão;
- Enxugar a região com a toalha;
- Ensaboar e enxaguar a bolsa escrotal e região perianal de forma circular;
- Enxaguar com água retirando o sabão com outra porção de algodão;
- Retirar a comadre e a bacia;
- Enxugar a região com a toalha;
- Vestir o paciente;
- Recolher o material da enfermaria e enviar o material permanente ao expurgo;
- Retirar as luvas, máscara e avental;
- Higienizar as mãos;

- Registrar o procedimento no prontuário.

**OBSERVAÇÃO:**

- Em paciente com uso de cateter vesical, fazer a higienização da região íntima do paciente, lavando o meato, o cateter e genitais (nessa ordem);
- A higiene íntima deve ser realizada sempre após as evacuações, em pacientes acamados ou com hiperemia na região perianal.

➤ Higiene Íntima Feminina

- Reunir material necessário;
- Explicar procedimento ao paciente;
- Higienizar as mãos;
- Preparar o material e levá-lo à enfermaria do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Promover a privacidade do paciente colocando biombo;
- Colocar a bandeja com o material sobre a mesa-de-cabeceira, ou no carrinho de procedimentos;
- Calçar luvas de procedimento e colocar a máscara e avental descartável;
- Colocar a paciente em posição ginecológica, procurando expô-la o mínimo possível, cobrindo-a com um lençol;
- Colocar a comadre (aparadeira) sob a região glútea da paciente;
- Se houver presença de fezes, remova com papel higiênico ou compressa úmida
- Colocar pequena porção de sabão líquido sobre a região pubiana;
- Usar a mão não dominante para afastar os grandes lábios, expondo o meato uretral e o canal vaginal, com a mão dominante realizar a higiene cuidadosamente, no sentido descendente, da região pubiana, a vulva e o períneo, em movimentos suaves;
- Usar compressas ou gazes para cada movimento, higienizar os pequenos lábios, clitóris e do introito vaginal;
- Higienizar a região anal de forma circular;



- Enxaguar delicadamente a região perineal e perianal com água morna;
- Retirar a comadre e a bacia;
- Enxugar a região com a toalha;
- Vestir a paciente;
- Deixá-la em posição confortável;
- Recolher o material da enfermagem e enviar o material permanente ao expurgo;
- Retirar as luvas, máscara e avental;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

**OBSERVAÇÃO:**

- Se houver presença de secreção purulenta na região uretral, remove-la com gaze, antes de proceder à limpeza com água e sabão.
- No caso do paciente encontrar-se com cateter vesical, realizar o procedimento da mesma forma, observando apenas o cuidado de não tracionar o cateter.
- Em pacientes inconscientes, após o procedimento colocar fralda descartável.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 8.5
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Promovendo a Higiene oral</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Escova de dente com cerdas macias ou espátula envolvida em compressa de gaze;
- Copo descartável com água;
- Cuba rim;
- Toalha ou compressa não estéril;
- Antisséptico oral ou pasta de dente;
- Luva de procedimento;
- Sonda para aspiração (se necessário).

**COMO FAZER**

➤ *Pacientes dependentes parcial com ou sem prótese*

- Providenciar material necessário;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Colocar a cama em posição de Fowler;
- Proteger o tórax com toalha ou compressa não estéril;

- Colocar a cuba rim sob o queixo;
- Preparar solução anti-séptica, ou colocar a pasta de dente na escova;
- Retirar ou solicitar que o paciente retire a prótese (caso ele faça uso);
- Solicitar para que abra a boca ou abri-la com o auxílio da espátula;
- Escovar a gengiva, palato e língua, se o paciente não puder fazê-lo;
- Utilizar a escova com movimentos da raiz em direção à extremidade dos dentes;
- Oferecer copo com água para enxaguar a boca;
- Retirar o material, descartando os resíduos no expurgo;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter unidade do paciente em ordem;
- Retirar luva de procedimento;
- Higienizar as mãos.
- Anotar o procedimento no prontuário.

➤ *Pacientes totalmente dependentes*

- Providenciar o material necessário;
- Higienizar as mãos;
- Colocar luva de procedimento;
- Colocar a cama em posição de Fowler;
- Manter cabeça do paciente lateralizada;
- Proteger o tórax com toalha ou compressa não estéril;
- Colocar a cuba rim sob a bochecha;
- Preparar solução anti-séptica;
- Solicitar para que abra a boca ou abri-la com o auxílio da espátula;
- Escovar a gengiva, palato e língua;
- Utilizar a escova ou espátula envolta em gaze, com movimentos da raiz em direção à extremidade dos dentes, na região vestibular e lingual;
- Aspirar o excesso da solução anti-séptica;

- Retirar excesso da solução anti-séptica com gaze embebida em água;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter unidade do paciente em ordem;
- Retirar o material, descartando os resíduos no expurgo;
- Retirar luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no plano terapêutico de enfermagem, comunicando ao enfermeiro eventuais anormalidades.

**OBSERVAÇÃO:**

- No caso de paciente intubado, a troca do cadarço do tubo endotraqueal (realizado sempre por dois membros da equipe), deverá ser realizada sempre que necessário para evitar formação de úlcera labial.
- A aspiração da cavidade oral deve ser feita, evitando a entrada de secreção na traqueia, ao desinsuflar o balão do tubo.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 8.6
Data Emissão FEV/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Banho em Recém-nascido (RN)</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- EPI (máscara, avental e luva de procedimento);
- Algodão;
- Cotonete;
- Toalha-fralda;
- Bacia com água morna;
- Sabonete neutro;
- Álcool a 70%;
- Gaze estéril;
- Coxins e/ou rolos.

**COMO FAZER**

- Orientar à mãe quanto ao procedimento a ser realizado, solicitando sua colaboração;
- Higienizar as mãos;
- Colocar máscara, avental e luvas (se necessário);
- Segurar cuidadosamente o RN, apoiando a cabeça para evitar queda;
- Deitar o RN sobre a cama;
- Remover a fralda para verificar presença de fezes. Se presentes, retirar o excesso de fezes com algodão úmido. Com ajuda de uma fralda de pano ou de toalha-fralda, proceder o enrolamento do bebê,

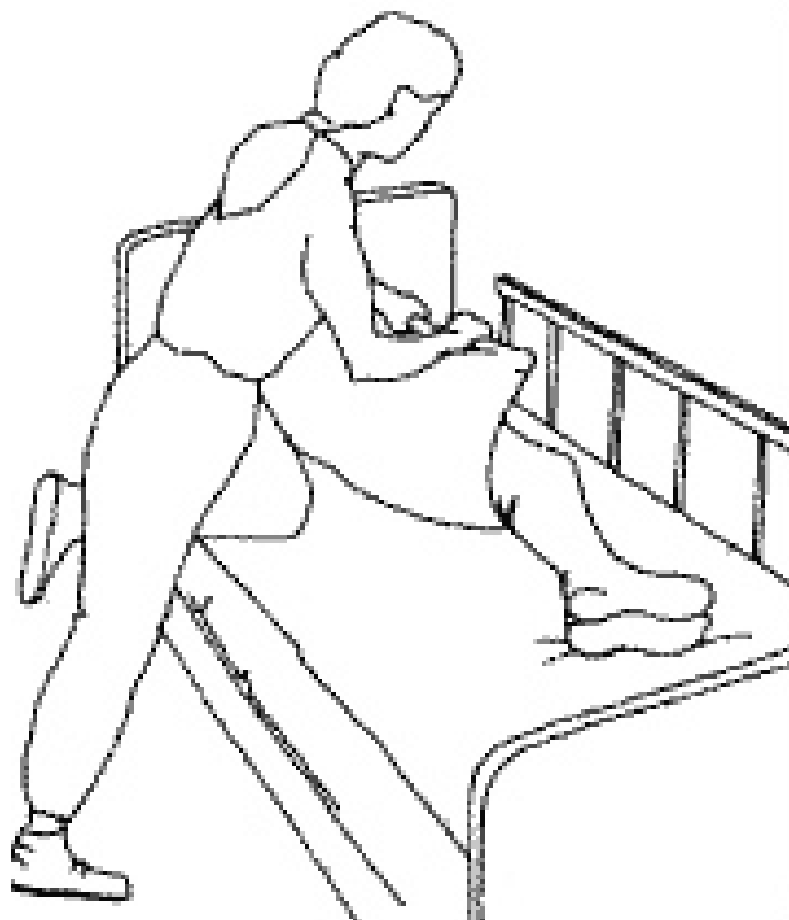
proporcionando segurança e proteção térmica;

- Encher uma bacia com água morna, verificando sempre a temperatura com o auxílio de um termômetro específico ou com a porção do antebraço do profissional antes de colocar o RN imerso na água;
- Posicionar o RN na bacia com água morna de modo que seu corpo fique submerso até o pescoço, evitando as perdas de calor por convecção;
- Iniciar o banho pelo rosto, sem uso de sabão. Ao higienizar os olhos, utilizar uma gaze para cada olho, passando-o cuidadosamente; Limpar narinas e orelhas, quando necessário, com fusos de algodão ou cotonetes cuidadosamente;
- Com o uso de sabão próprio para o uso em RN, ensaboar o pescoço, membros superiores, tórax anterior, costas e membros inferiores sucessivamente, lembrando-se de ir retirando o enrolamento com pano aos poucos;
- Retirar o sabonete, com água abundante;
- Ensaboar a região genital e enxaguar;
- Retirar o RN da bacia, enrolando-o em toalha ou pano macio, secando a pele com toques suaves, sem friccioná-la, e enrolá-lo em uma manta ou em contato pele a pele com a mãe, em posição canguru, para mantê-lo aquecido;
- Deixando o RN em leito aquecido;
- Calçar luvas;
- Retirar a roupa suja e limpar o colchonete que estava em uso com água e sabão, fazer desinfecção com álcool a 70%;
- Forrar com o lençol, esticando-o bem para não formar dobras;
- Retirar luvas e desprezá-las em local apropriado;
- Deitar o RN sobre a cama já higienizada;
- Realizar a assepsia do segmento de cordão umbilical com álcool 70 %, ou clorexidina alcoólica, promovendo a limpeza no sentido distal para proximal (subindo em direção a inserção do cordão);
- Colocar o RN em posição confortável, com auxílio de coxins e rolos;
- Recolher os materiais utilizados, manter a unidade organizada;
- Higienizar as mãos;
- Anotar o procedimento no prontuário, registrando possíveis intercorrências.



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Educação*

## GRUPO 09: Alocação no leito



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO  
SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 9.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 8
<b>Favorecendo a mudança de decúbito e o posicionamento terapêutico</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

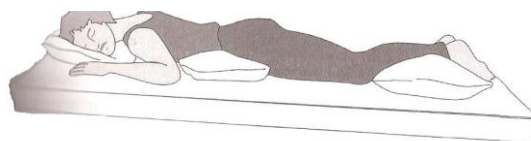
- Luvas de procedimento;
- Lençóis;
- Travesseiros;
- Biombo;
- Perneiras;
- Toalhas;
- Cobertores;
- Coxins protetores;
- Colchão adequado à condição clínica do paciente.

**COMO FAZER**

➤ *Posicionando o paciente em decúbito ventral*

- Higienizar as mãos;
- Separar o material;
- Orientar o cliente e/ ou o acompanhante sobre o c
- Posicionar o biombo;
- Calçar as luvas de procedimento (se necessário);

Fig 9.1: Decúbito ventral



Fonte:  
VOLPATO et al, 2007.



- Segurar os ombros do paciente e quadril simultaneamente;
- Apoiar o paciente para virá-lo posicionando-o com sua barriga para baixo;
- Colocar um travesseiro sob a cabeça e ombros e outro sob a pelve, estendendo desde o início do umbigo até o terço superior da coxa;
- Virar a cabeça lateralmente e alinhar com o restante do corpo;
- Abduzir os braços e rodar externamente na articulação do ombro;
- Colocar os braços com as palmas das mãos apoiadas no colchão, à altura da cabeça ou ao longo do corpo;
- Colocar um travesseiro, se necessário, sob a parte inferior das pernas e pés, para evitar pressão nos dedos;
- Proteger o paciente com lençol;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Retirar as luvas de procedimento e desprezá-las em local específico;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente.

➤ *Posicionando o paciente em decúbito dorsal (Fig 2.2):*

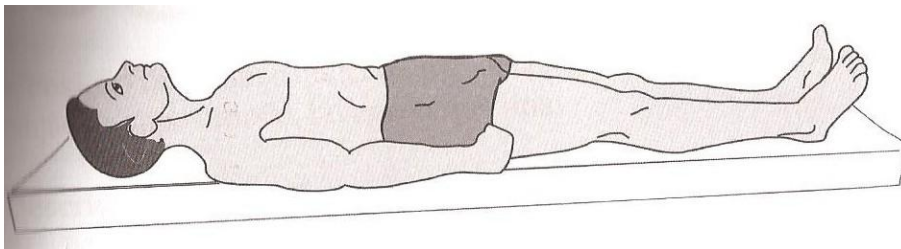
- Higienizar as mãos;
- Separar o material;
- Orientar o paciente e/ ou o acompanhante sobre o que será feito;
- Posicionar o biombo, se necessário;
- Calçar as luvas de procedimento (se necessário);
- Deitar o paciente de costas com a cabeça e os ombros ligeiramente elevados por um travesseiro;
- Posicionar as pernas estendidas;
- Posicionar o tronco de maneira que a flexão dos quadris seja minimizada;
- Posicionar os membros superiores ao longo do corpo;
- Fletir os braços no cotovelo com as mãos repousando contra a face lateral do abdome;
- Manter os joelhos ligeiramente fletidos, colocando um firme apoio embaixo da região poplíteia;

- Colocar rolos sobre o trocanter, nas áreas de articulação do quadril para impedir a rotação externa deste.
- Colocar os pés bem apoiados, para evitar distensão dos tendões da perna (pé equino);
- Proteger o paciente sempre com um lençol, expondo apenas a área a ser examinada;
- Retirar as luvas de procedimento e desprezá-las em local específico;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente.

**ATENÇÃO !**

- Em decúbito dorsal HORIZONTAL, não devem ser utilizados travesseiros sob a cabeça;
- Atentar-se ao padrão respiratório do paciente.

Fig 9.2: Decúbito dorsal

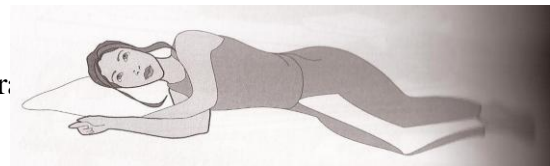


Fonte:  
VOLPATO et al, 2007.

➤ *Posicionando o paciente em decúbito lateral:*

- Higienizar as mãos;
- Separar o material;
- Orientar o paciente e/ ou o acompanhante sobre o que ser feito;
- Posicionar o biombo, se necessário;
- Calçar as luvas de procedimento (se necessário);
- Segurar os ombros do paciente e quadril simultaneamente, virando-o para o lado que desejar;
- Colocar um travesseiro ao lado do dorso do paciente;
- Colocar um travesseiro sob a cabeça lateralizada do paciente;
- Fletir o braço que está apoiado na cama posicionando a mão na altura do rosto;

Fig 9.3: Decúbito Lateral



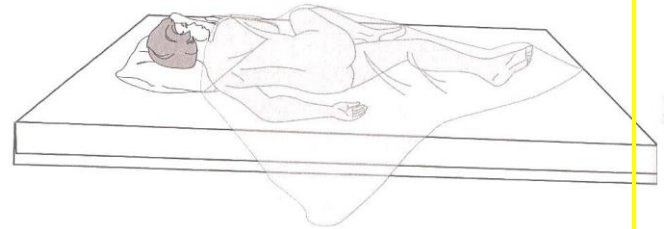
Fonte: VOLPATO et al, 2007.

- Fletir o braço livre e colocar um travesseiro entre os membros superiores;
- Colocar um travesseiro ou rolo de lençol ou cobertor entre os joelhos do paciente;
- Manter a perna que fica por baixo ligeiramente fletida, com os quadris puxados para cima a fim de estabilizar a posição do paciente
- Apoiar os pés em dorso-flexão neutros.
- Retirar as luvas de procedimento e desprezá-las em local específico;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente.

➤ *Posicionando o paciente na posição de sims:*

- Deitar o paciente em decúbito lateral esquerdo;
- Inclinar ligeiramente o corpo para frente, com braço esquerdo esticado para trás e o braço direito flexionado para frente;
- Manter o membro inferior esquerdo levemente flexionado e o direito mais flexionado que o esquerdo;
- Manter o paciente protegido com lençol, expondo apenas a área a ser examinada.

Fig 9.4: Posição de Sims



Fonte: VOLPATO et al, 2007.

**Observação**

- A posição de sims é indicada para exames retais e vaginais, colocação de supositórios, lavagem intestinal.

➤ *Posicionando o paciente na posição de Fowler ou semi-Fowler:*

- Deitar o paciente em decúbito dorsal;
- Elevar a cabeceira do leito em 45° ou 90° para o conforto do paciente;
- Na posição semi-fowler, os joelhos devem ficar fletidos; Na posição Fowler, os joelhos devem ser mantidos eretos;
- No caso de joelhos fletidos, colocar um travesseiro embaixo das pernas para proteção dos calcanhares;
- Proteger os cotovelos de possíveis atritos no leito, com travesseiros colocados sobre os antebraços;
- Retirar as luvas de procedimento e desprezá-las em local específico;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente.

Fig 9.5: Posição de Fowler



Fonte: VOLPATO et al,  
2007.

**ATENÇÃO!**

- Os pacientes considerados como de alto risco para formação de escaras não devem permanecer mais do que 30 min em posição de Fowler ou semi-Fowler

➤ *Posicionando o paciente em Trendelemburg*

- Paciente em decúbito dorsal, elevar os pés do leito com calços próprios.

Fig 9.6: Posição de Trendelemburg

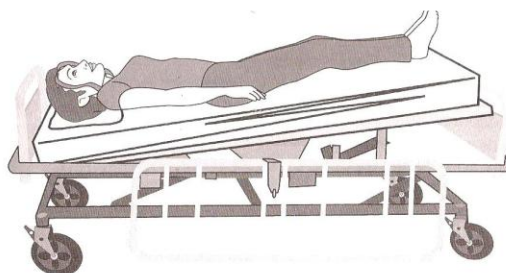
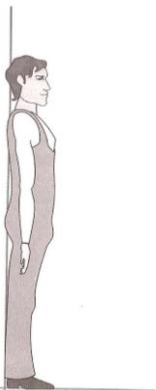


Fig 9.7: Posição Ereta



Fonte: VOLPATO et al, 2007.

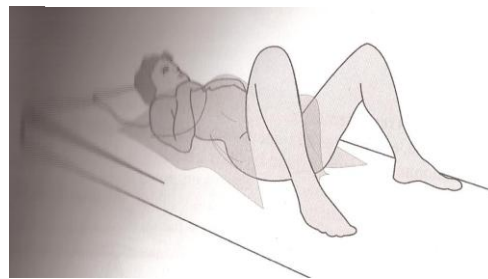
➤ *Posicionando o paciente na posição Ereta:*

- Orientar o paciente para que fique em pé com o corpo bem posicionado e pés levemente afastados.

➤ *Posicionando o paciente na posição Ginecológica:*

- Paciente em decúbito dorsal horizontal, manter pernas flexionadas sobre as coxas;
- Colocar as plantas dos pés apoiadas sobre o colchão ou na base das perneiras, deixando os joelhos afastados;
- Usar um lençol que cubra desde o tórax até o calcanhar do paciente, e retirá-lo somente no momento do exame.

Fig 9.8: Posição Ginecológica



Fonte: VOLPATO et al  
(2007)

➤ *Posicionando o paciente na posição Litotômica*

- Paciente em decúbito dorsal horizontal, elevar levemente os ombros e a cabeça do paciente com o uso de travesseiro;
- Posicionar as perneiras sob as panturrilhas para que as coxas fiquem bem flexionadas sobre o abdome e afastadas entre si;
- Proteger o paciente com lençol;

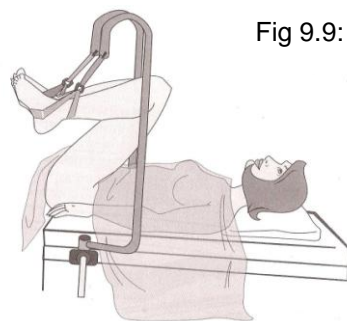


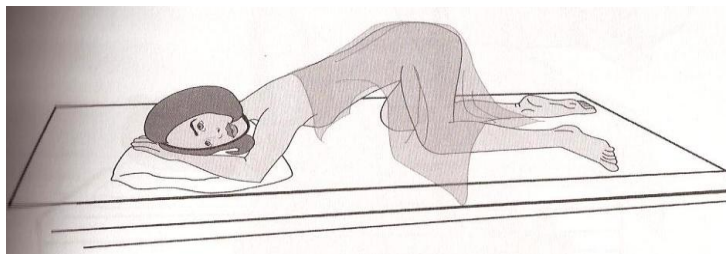
Fig 9.9: Posição de Litotomia

Fonte: VOLPATO et al, 2007.

➤ *Posicionando o paciente na Posição Genupeitoral*

- Orientar o paciente para que fique ajoelhado sobre o leito;
- Posicionar o corpo do paciente para frente, apoiando sobre as coxas;
- Manter os membros superiores flexionados e apoiados nos cotovelos;
- Colocar a cabeça do paciente lateralizada;
- Manter o paciente coberto com o lençol até o momento do exame.

Fig 9.10: Posição Genupeitoral



Fonte:VOLPATO et al, 2007.

**ATENÇÃO !**

- Para prevenção de aparecimento de úlcera por pressão:
  - Observar integridade cutânea, inspecionando a pele diariamente;
  - Utilizar material auxiliar como colchão piramidal ou pneumático, coxins, aliviadores de pressão, travesseiros, entre outros meios para alívio da pressão principalmente na pele adjacente às extremidades ósseas;
  - Secar bem a pele após higiene, principalmente as áreas de dobras e aplicar produtos tópicos sempre que necessário como ácidos graxos essenciais ou creme de uréia, mantendo-a adequadamente lubrificada e hidratada;
  - Mudança de decúbito (a cada 2 ou 3 horas, alternando os decúbitos – Lateral direito, lateral esquerdo e decúbito dorsal), levando em consideração a condição clínica do paciente;
- Se disponível na instituição, aplicar a escala de avaliação de risco do paciente para úlcera por pressão.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 9.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Restrição do paciente no leito (contenção)</b>		

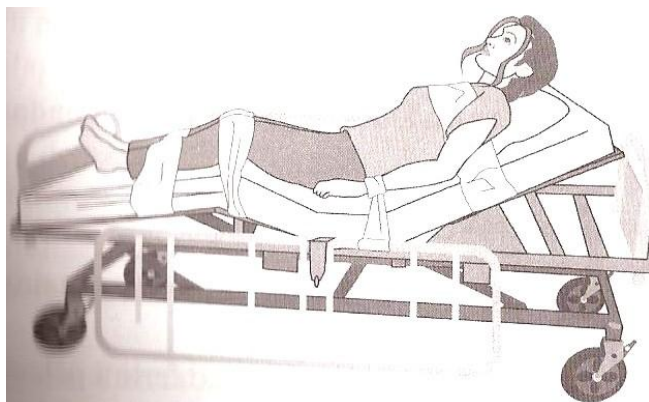
**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Atadura;
- Talas acolchoadas;
- Lençóis;
- Fita adesiva;
- Gaze acolchoada;
- Luvas de procedimento;
- Biombo

Fig 9.2: Contenção no leito



Fonte: VOLPATO et al, 2007.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Verificar a prescrição médica e de enfermagem para realização da contenção;
- Providenciar o material necessário, dispondo-o próximo ao leito;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou família;
- Calçar luvas de procedimento (se necessário);
  - Proceder de acordo com o tipo de contenção prescrita (Fig 9.2) Contenção de ombros: dobrar o lençol em diagonal; colocar o meio do lençol sob o dorso e as pontas passando pelas axilas e amarrá-lo no estrado da cama;



- Joelhos: dobrar o lençol em diagonal; colocar o lençol sob os joelhos ou talas de contenção e passar cada parte sobre e sob cada joelho, amarrando-as nas laterais da cama;
- Tornozelos e pulsos: proteger o local a ser restringido com gaze acolchoada; formar com atadura uma figura em “8” e fazer correr ambas as alças do “8” sobre o pulso; ajustar sem apertar e amarrar as pontas no estrado da cama; os tornozelos podem ser restringidos com ataduras ou lençóis ou talas acolchoadas, amarrando-os nos pés da cama.
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

#### **ATENÇÃO !**

- As contenções só devem ser aplicadas quando absolutamente indispensáveis;
- Realizar a contenção com cuidado para não causar ferimentos à pele ou restrição de circulação sanguínea do paciente;
- Observar nas extremidades próximas à contenção o surgimento de sinais e sintomas de restrição circulatória: formigamentos, palidez, cianose, ausência de pulso e edema;





GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Educação*

## GRUPO 10: Eliminações



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 10.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 4
<b>Preparo de equipamentos/materiais e auxílio na realização do cateterismo vesical de alívio</b>		

**QUEM EXECUTA:**

O procedimento de inserção do cateter só poderá ser realizado pelo enfermeiro ou médico, podendo o técnico de enfermagem atuar no preparo de equipamentos/materiais e no auxílio da realização do procedimento.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Pacote contendo 01 cuba redonda, 01 cuba rim, 01 pinça Pean, pacote com gaze estéril, campo estéril;
- Luvas estéreis para que o enfermeiro realize o procedimento;
- Luvas de procedimento para que o técnico de enfermagem auxilie na realização do procedimento;
- Máscara descartável;
- Cateter vesical de alívio (sonda uretral) de tamanho de acordo com a anatomia do paciente;
- Solução antisséptica;
- Xilocaína geléia;
- Cálice graduado ou saco coletor descartável;
- Biombo.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;

- Preparar o material necessário na bandeja e levar próximo ao leito do paciente;
- O enfermeiro deverá explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente colocando biombo;
- Posicionar o paciente em posição dorsal com joelhos fletidos e pernas afastadas;
- Higienizar as mãos novamente;
- Calçar luvas de procedimento e colocar máscara;
- Expor os genitais;
- Realizar a higiene íntima do paciente antes que o enfermeiro realize o procedimento, se necessário e segundo procedimento listado no Cód. 7.4 ou solicitar que o paciente a faça previamente;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Calçar novo par de luvas de procedimento;
- Abrir o pacote para mantê-lo como campo estéril, segurando inicialmente na ponta referente ao final da fita crepe, puxando-a. Abrir a ponta contrária do pacote; Em seguida, puxar as pontas laterais e, assim, expor a região interna estéril. Não tocar na parte interna do pacote, para não contaminar a região estéril;
- Colocar o antisséptico no interior da cuba redonda encontra-se no interior do campo estéril que foi aberto;
- Disponibilizar ao enfermeiro um par de luvas estéreis para realização do procedimento;
- Abrir pacote de gazes em forma de pétalas, colocando as gazes no interior da parte estéril do pacote;
- Aguardar que o enfermeiro realize a antissepsia da região genital do paciente:
  - Realização da antissepsia com o uso de gaze estéril presa à pinça e embebida com solução antisséptica contida na cuba redonda: nas mulheres, a antissepsia deve ser feita no sentido púbis-região perianal, a partir dos grandes lábios até o vestíbulo. Nos homens, segurar o pênis, mantendo-o perpendicular ao abdome, afastar o prepúcio e realizar a antissepsia no sentido meato uretral-corpo do pênis.
  - Posicionar o campo fenestrado sobre a genitália segurando o campo por baixo da dobra previamente formada;
- Abrir o pacote contendo o cateter vesical na forma de pétalas e sem contaminá-lo. Colocar o cateter

no interior da parte estéril do pacote ou disponibilizar o cateter nas mãos do enfermeiro;

- Colocar a xilocaína na gaze estéril, para que o enfermeiro possa lubrificar a ponta do cateter, facilitando a introdução da sonda (cateter uretral) sem causar maiores desconfortos ao paciente.

**Observação:** Caso a embalagem de xilocaína já esteja sendo usada, desprezar inicialmente uma parte da xilocaína no lixo comum;

- Aguardar que o enfermeiro realize a introdução do cateter vesical de alívio e a saída da urina:

- O enfermeiro deve inserir o cateter vesical já lubrificado até que possa visualizar a saída da urina. Nas mulheres, a inserção deve ser de aproximadamente 10 cm. Nos homens, a introdução deve ser de aproximadamente 18 a 20 cm e no momento da inserção o prepúcio pênis deve ser abaixado lentamente para facilitar a introdução do cateter. Ao final, deve-se cobrir a glândula com o prepúcio para evitar edemas;

- A outra extremidade do cateter deverá estar dentro da cuba-rim estéril para coletar a urina drenada ou no frasco coletor estéril, em caso de necessidade de realização de exame de urina;

- Ao final, o cateter deverá ser retirado cuidadosamente, a fim de evitar traumas e, em seguida, deve-se retirar o campo fenestrado;

- Ao final do procedimento, proceder à higiene íntima do paciente, se necessário;

- Recolher o material, desprezando o que for descartável em lixo contaminado e o material permanente no expurgo;

- Retirar as luvas de procedimento;

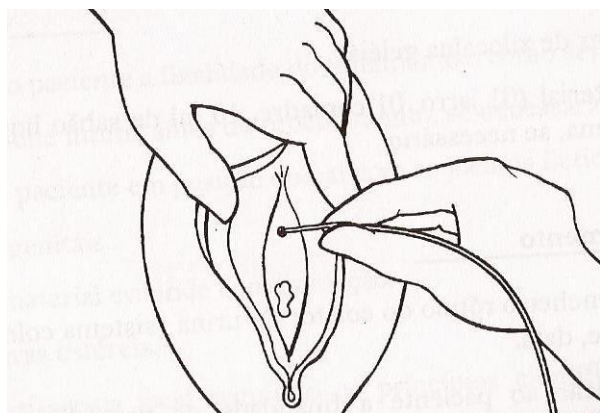
- Higienizar as mãos.

- O enfermeiro deve registrar o procedimento, intercorrências, volume e características da urina no prontuário do paciente.

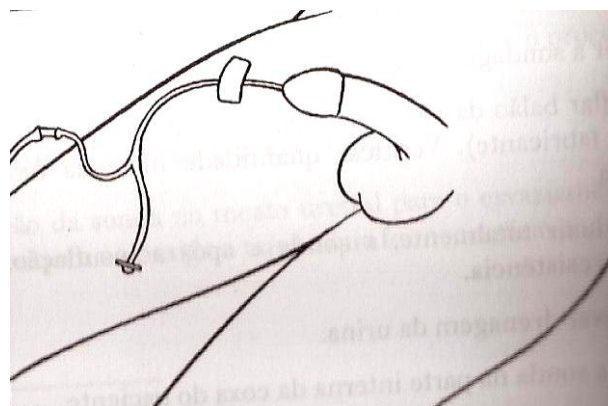
**OBSERVAÇÃO:**

- Se durante a antissepsia, o enfermeiro contaminar as luvas estéreis, deve-se trocá-las por outro par estéril;
- Durante a antissepsia, o enfermeiro deverá manter uma mão estéril e a outra podendo ser contaminada. A mão que se manteve estéril deverá segurar o cateter vesical para fazer sua inserção no meato uretral;
- Em caso de paciente em controle de balanço hídrico, a urina drenada deverá ser depositada em frasco graduado e o valor do volume deverá ser informado ao enfermeiro para que possa fazer o registro na folha de balanço hídrico;
- Ao final do procedimento, o enfermeiro deverá registrar no prontuário o horário do procedimento, intercorrências ocorridas, volume e aspecto da diurese.
- Em casos de retenção urinária, pode-se colocar uma bolsa de água morna na região suprapúbica para estimular a drenagem da urina.

Fig 10.1: Cateterismo Vesical



Feminino



Masculino

Fonte: MOTTA, 2009.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 10.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 5
<b>Preparo de equipamentos/materiais e auxílio na realização do cateterismo vesical de demora</b>		

**QUEM EXECUTA:**

O procedimento de inserção do cateter só poderá ser realizado pelo enfermeiro ou médico, podendo o técnico de enfermagem atuar no preparo de equipamentos/materiais e no auxílio da realização do procedimento.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja ou carrinho para procedimento;
- Material para higiene íntima;
- Pacote contendo 01 cuba redonda, 01 cuba rim, 01 pinça Pean, pacote com gaze estéril, campo estéril;
- Luvas estéreis para que o enfermeiro realize o procedimento;
- Luvas de procedimento para que o técnico de enfermagem auxilie na realização do procedimento;
- Máscara descartável;
- Cateter vesical de Folley com tamanho de acordo com a anatomia do paciente;
- Seringa de 20ml;
- 20ml de água destilada;
- Agulha 40x12mm;
- Coletor de urina (sistema fechado);
- Solução antisséptica;
- Xilocaína geleia;

- Adesivo hipoalergênico;
- Biombo.

### COMO FAZER:

- Higienizar as mãos;
- Preparar o material necessário na bandeja ou no carrinho e levar próximo ao leito do paciente;
- O enfermeiro deverá explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente colocando biombo;
- Posicionar o paciente em posição dorsal com joelhos fletidos e pernas afastadas;
- Higienizar as mãos novamente;
- Calçar luvas de procedimento e colocar máscara;
- Expor os genitais;
- Realizar a higiene íntima do paciente antes que o enfermeiro realize o procedimento, se necessário e segundo procedimento listado no Cód. 7.4 ou solicitar que o paciente a faça previamente;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Calçar novo par de luvas de procedimento;
- Abrir o pacote para mantê-lo como campo estéril, segurando inicialmente na ponta referente ao final da fita crepe, puxando-a. Abrir a ponta contrária do pacote. Em seguida, puxar as pontas laterais e, assim, expor a região interna estéril. Não tocar na parte interna do pacote, para não contaminar a região estéril;
- Disponibilizar ao enfermeiro um par de luvas estéreis para realização do procedimento;
- Abrir a embalagem da seringa de 20ml em pétalas e colocá-la no interior do campo estéril;
- Abrir a embalagem da agulha 40x12mm e despejá-la no interior do campo estéril;
- Abrir o pacote contendo o cateter vesical na forma de pétalas e sem contaminá-lo. Colocar o cateter no interior do campo estéril ou disponibilizar o cateter nas mãos do enfermeiro;
- Aguardar que o enfermeiro realize os testes com o cateter e conecte-o ao sistema fechado do coletor de urina;
  - O enfermeiro deverá conectar a seringa de 20ml à via específica da **sonda de Foley**, fazendo

pressão para testar se o balonete está em bom estado. Em seguida, deverá desconectar a seringa do cateter e conectá-la à agulha 40x12mm;

- Abrir a ampola de água destilada e esperar que o enfermeiro aspire a água por meio da agulha conectada a seringa. Após aspiração, o enfermeiro deverá desconectar a seringa da agulha;
- Aguardar que o enfermeiro conecte o cateter ao sistema coletor fechado antes que seja realizada a inserção do cateter;
- Colocar o antisséptico no interior da cuba redonda que está contida no interior do campo estéril que foi aberto;
- Abrir pacote de gazes em forma de pétalas, colocando as gazes no interior da parte estéril do campo;
- Aguardar que o enfermeiro realize a antisepsia da região genital do paciente:
  - Realização da antisepsia com o uso de gaze estéril presa à pinça e embebida com solução antisséptica contida na cuba redonda: nas mulheres, a antisepsia deve ser feita no sentido púbis-região perianal, a partir dos grandes lábios até o vestíbulo. Nos homens, segurar o pênis, mantendo-o perpendicular ao abdome, afastar o prepúcio e realizar a antisepsia no sentido meato uretral-corpo do pênis.
  - Colocação do campo fenestrado sobre o períneo, segurando o campo por baixo da dobra previamente formada;
- Colocar a xilocaína na parte superior da gaze estéril, para que o enfermeiro possa lubrificar a ponta do cateter e, assim, possa ser inserido sem causar maiores desconfortos ao paciente. **Observação:** Caso a embalagem de xilocaína já esteja sido usada, desprezar inicialmente uma parte da xilocaína no lixo comum;
- Aguardar que o enfermeiro realize a colocação do cateter vesical de demora:
  - O enfermeiro deve inserir o cateter vesical já lubrificado até que possa visualizar a saída da urina. Nas mulheres, a inserção deve ser de aproximadamente 10 cm. Nos homens, a introdução deve ser de aproximadamente 18 a 20 cm e no momento da inserção o prepúcio do pênis deve ser abaixado lentamente para facilitar a introdução do cateter. Ao final, deve-se cobrir a glândula com o prepúcio para evitar edemas;
  - Ao final, o enfermeiro deverá insuflar o balonete, conectando a seringa com água destilada à via específica do cateter para insuflação, inserindo o volume preconizado pelo fabricante;





- Fixação da sonda na parte interna da coxa com adesivo hipoalergênico e colocação do sistema de coletor fechado;
- Retirada do campo fenestrado.
- Ao final do procedimento, proceder à higiene íntima do paciente, se necessário;
- Ao final do procedimento, recolher o material, desprezando o que for descartável em lixo contaminado, os perfuro cortantes em recipiente próprio e o material permanente no expurgo;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;

#### **OBSERVAÇÃO:**

- Se durante a antissepsia, o enfermeiro contaminar as luvas estéreis que estão sendo usadas, deve-se trocá-las por outro par estéril;
- Durante a antissepsia, o enfermeiro deverá manter uma mão estéril e a outra podendo ser contaminada. A mão que se manteve estéril deverá segurar o cateter vesical para fazer sua inserção na cavidade uretral;
- Em caso de paciente em controle de balanço hídrico, a urina drenada no saco coletor deverá ser medida e registrada para que o enfermeiro possa realizar o cálculo do balanço;
- Se o campo fenestrado for de material de tecido (não descartável), o cateter só deverá ser acoplado ao sistema fechado após sua inserção na cavidade uretral e retirada do campo fenestrado;
- Ao final do procedimento, o enfermeiro deverá registrar no prontuário o horário do procedimento, intercorrências ocorridas, volume e aspecto da urina drenada;
- Em paciente com sonda vesical de demora, deve-se fazer cuidadosa higienização do meato uretral com água e sabão neutro, no mínimo, uma vez ao dia.
- Em pacientes acamados, com sonda vesical, deve-se fazer higiene íntima após cada evacuação.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 10.3
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Realizando a lavagem intestinal (enteróclise)</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Irrigador completo ou frasco com solução;
- Equipos;
- Cuba-rim forrada;
- Sonda retal (homem: número 24; mulher: número 22);
- Gaze estéril;
- Xilocaína gel;
- Lubrificante;
- Comadre (aparadeira) forrada;
- Papel higiênico;
- Luvas de procedimento, máscara e avental descartável;
- Suporte de soro;
- Impermeável;
- Biombo.

**COMO FAZER:**

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos;

- Preparar a solução prescrita;
- Montar o irrigador, adaptando a borracha no intermediário e a sonda retal;
- Colocar a solução no irrigador, retirar o ar, fecha-lo e deixá-lo na bandeja com os outros materiais;
- Organizar o material necessário na bandeja ou no carrinho e levá-lo próximo ao leito do paciente;
- Colocar a bandeja sobre a mesa utilizada para realização de procedimentos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente colocando biombo;
- Higienizar as mãos novamente;
- Calçar luvas de procedimento;
- Colocar um forro impermeável sob o paciente;
- Colocar o paciente na posição de Sims, cobrindo-o com lençol;
- Lubrificar cerca de 4 cm a partir da ponta da sonda retal, com o uso de gaze estéril e xilocaína gel;
- Afastar os glúteos com a mão não dominante usando papel higiênico e com a mão dominante introduzir a sonda pinçada no reto, lentamente, de 10 a 15 cm. Abrir a pinça e deixar gotejar devagar a solução;
- Orientar o paciente para respirar profundamente;
- Durante a introdução do líquido, observar as reações do paciente;
- Pinçar a extensão do término da lavagem, desadaptando a sonda da borracha, e colocá-la na cuba-rim;
- Pedir ao paciente que retenha o líquido o máximo possível;
- Se paciente apresentar bom nível de consciência e condições para deambulação, encaminhá-lo ao banheiro, orientando-o para não dar descarga e deixá-lo à vontade. Caso contrário, colocar a comadre (aparadeira) na região dorsal do paciente ao nível do glúteo para realizar a coleta das eliminações;
- Para paciente acamado, providenciar uma higiene íntima ou banho;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Observar e anotar características das fezes, número de evacuações e as reações que o paciente apresentou durante o tratamento;
- Organizar a unidade;
- Recolher o material, desprezando o material descartável em lixo contaminado e o material

permanente no expurgo;

- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário do paciente o procedimento realizado e as observações e características das eliminações apresentadas.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 10.4
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Colocação e retirada da comadre</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimentos;
- Mascara descartável;
- Bacia;
- Água e sabão;
- Papel toalha ou papel higiênico;
- Algodão;
- Comadre (aparadeira);
- Biombos.

**COMO FAZER**

➤ *Com Auxílio do Paciente:*

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material necessário e levá-los para próximo ao leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento a ser realizado;
- Utilizar biombos para preservar a privacidade do paciente;
- Calçar as luvas de procedimento;

- Cobrir a aparadeira com papel toalha ou papel higiênico;
  - Solicitar ao paciente para ficar em decúbito dorsal, com os joelhos fletidos e os pés sobre a cama;
  - Colocar um dos braços sob a região lombar do paciente, ajudando-o a levantar suas nádegas e com a outra mão colocar a aparadeira sob o paciente;
  - Aguardar que o paciente realize suas eliminações;
  - Desprezar as eliminações em local apropriado, verificando o conteúdo quanto às suas características.
- Em paciente em balanço hídrico, registrar volume da diurese;
- Trocar as luvas de procedimento;
  - Se o paciente não tiver condições de fazer a sua higiene: fazer a limpeza da região após qualquer eliminação. A higiene deverá ser feita conforme Cód 7.4;
  - Retirar as luvas;
  - Higienizar as mãos;
  - Anotar o procedimento realizado no prontuário do paciente.

➤ *Sem Auxílio do Paciente:*

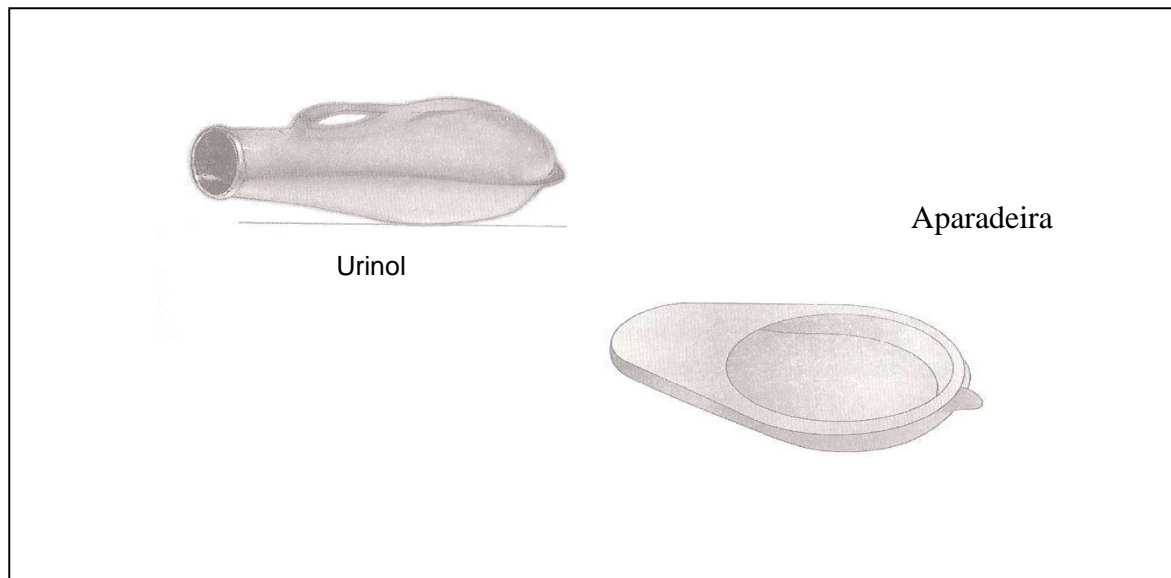
- Higienizar as mãos;
  - Reunir o material necessário e levá-los para próximo ao leito do paciente;
  - Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento a ser realizado;
  - Utilizar biombos para preservar a privacidade do paciente;
  - Calçar luvas de procedimento;
  - Cobrir a aparadeira com papel toalha ou papel higiênico;
  - Virar o paciente de lado, ajustar a aparadeira sob as nádegas, virando o paciente sobre a mesma;
  - Aguardar que o paciente realize suas eliminações;
  - Retirar a aparadeira virando o paciente para um lado, retirando a aparadeira e colocando, em seguida, o paciente na posição desejada;
  - Desprezar as eliminações em local apropriado, verificando o conteúdo quanto às suas características.
- Em paciente em balanço hídrico, registrar volume da diurese;
- Trocar as luvas de procedimento;

- Realizar limpeza da região após qualquer eliminação. A higiene deverá ser feita conforme Cód. 7.4;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente.

**Observação!!**

- A aparadeira pode ser utilizada nos casos de eliminações fisiológicas (urina e fezes) femininas e eliminações fecais masculinas;
- Para eliminações urinárias masculinas, deve-se fazer uso do urinol, o qual deverá ser colocado na região peniana.
- Se houver resistência ao introduzir a sonda, avise ao enfermeiro ou ao médico.

Fig 10.4 Instrumentos para coleta de eliminações



Fonte: SILVA SR; SILVA MT, 2008.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 10.5
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Retirando um fekaloma</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimentos, máscara e avental descartável;
- Biombos;
- Lençol;
- Lubrificante;
- Papel toalha;
- Comadre (aparadeira);
- Bacia;
- Água e sabão;

**COMO FAZER**

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento a ser realizado;
- Colocar os biombos para promover privacidade;
- Calçar luvas de procedimento;



- Colocar o paciente na posição de Sims;
- Cobrir o paciente com um lençol;
- Colocar papel toalha sob seu quadril;
- Colocar a aparadeira na lateral do paciente;
- Trocar as luvas de procedimentos;
- Lubrificar o dedo indicador da mão dominante e inserir na região retal ao nível da massa endurecida;
- Movimentar o dedo em movimentos circulares lentamente e cuidadosamente, de modo a romper a massa de fezes;
- Retirar o segmento de fezes e colocar as fezes na aparadeira;
- Oferecer períodos de descanso, mas continuar o procedimento até a remoção da massa;
- Ao final, desprezar as eliminações em local apropriado, verificando o conteúdo quanto às suas características;
- Fazer a higienização da região genital e perianal do paciente, conforme Cód. 7.4;
- Retirar as luvas, máscara e avental;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 10.6
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Coleta de urina com o saco coletor para criança</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimentos, máscara descartável;
- Biombos;
- Algodão;
- Bacia;
- Água e sabão;
- Toalha;
- Saco coletor.

**COMO FAZER**

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento a ser realizado;
- Colocar os biombos para promover privacidade do paciente;
- Identificar o saco coletor, escrevendo nome do paciente, leito, data da coleta, assinatura do responsável pela coleta e outros dados que forem necessários, segundo norma da instituição;
- Calçar as luvas de procedimentos e colocar máscara;

- Realizar higiene da região genital, conforme procedimento listado no Cód. 7.4;
- Retirar o papel que recobre a parte adesiva do saco coletor, deixando exposto o orifício de coleta. Ter cuidado para não colocar os dedos no adesivo para não correr o risco de grudá-los;
- Posicionar o orifício do coletor na abertura do meato uretral. Se criança do sexo masculino, inserir o pênis no interior do orifício do saco coletor, fixando a borda adesiva do saco coletor na região pubiana. Se criança do sexo feminino, fixar a região adesiva do saco coletor na região pubiana, tendo o cuidado de posicionar o meato uretral na região central do orifício;
- Aguardar a criança urinar;
- Ao coletar a urina, fechar o saco coletor, tendo o cuidado de evitar o esvaziamento do material coletado;
- Encaminhar o saco ao laboratório, devidamente identificado;
- Retirar as luvas e a máscara;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 10.7
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Colocação do uripen</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimentos;
- Biombos;
- Uripen com numeração adequada;
- Adesivo para fixação do uripen;
- Bolsa coletora aberta;
- Bacia com água morna;
- Toalha.

**COMO FAZER**

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento a ser realizado;
- Colocar os biombos para promover privacidade do paciente;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Realizar a higiene do pênis, conforme Cód 7.4;
- Segurar o pênis firmemente com a mão não dominante;

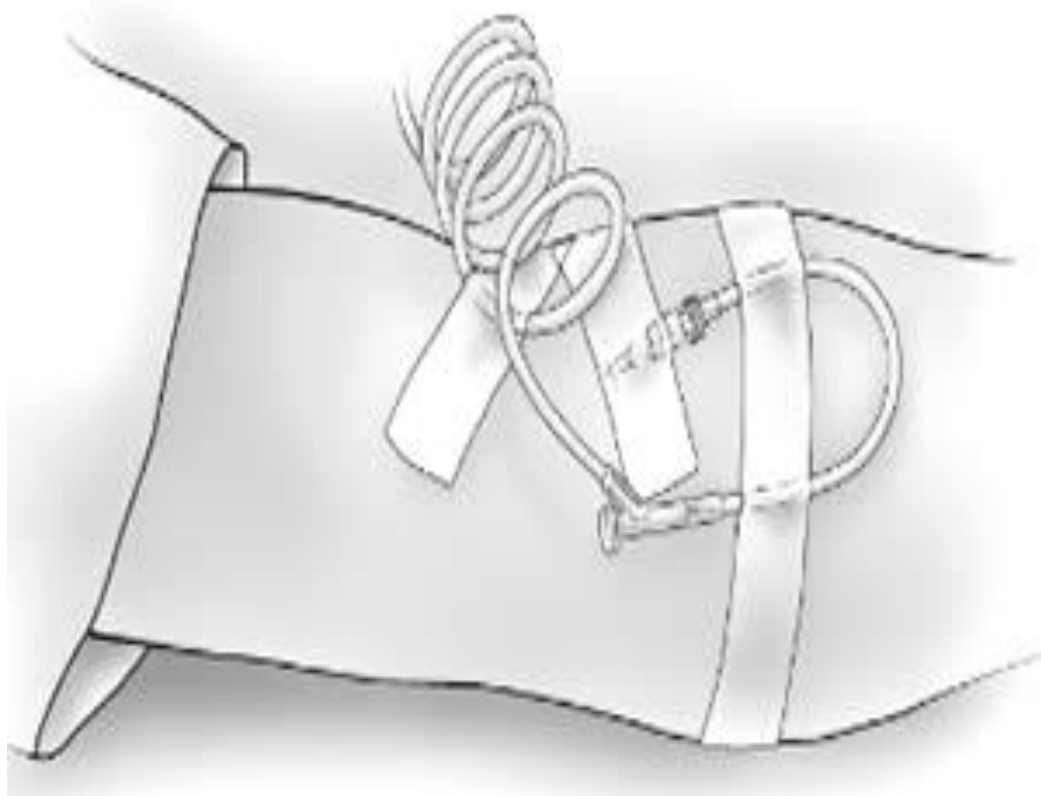


- Desenrolar o uripen sobre o pênis na forma de um preservativo com o uso da mão dominante;
- Deixar um espaço de 2,5 cm para fixar o uripen no pênis com adesivo adequado. *Atenção para não garrotear o pênis;*
- Conectar a extensão do uripen à bolsa de drenagem;
- Fixar a bolsa de drenagem em local apropriado;
- Recolher o material;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente.



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Educação*

## GRUPO 11: Punção venosa



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO  
SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 22.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Pagina 1 de 3
<b>Punção venosa com dispositivo flexível</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Cateter flexível, adequados ao calibre da veia do paciente;
- Algodão;  
  Álcool a 70%;
- Garrote;
- Luvas de Procedimentos;
- Dispositivo a ser conectado ao cateter venoso (torneirinha, tubo extensor, tudo em Y);
- Solução fisiológica a 0,9% e equipo, se necessário;
- Ampolas de água destilada (AD);
- Seringa de 03 ml;
- Agulha 40x12mm;
- Fita de fixação.



Fig. 11.1 Dispositivo flexível para punção venosa periférica

**COMO FAZER:**

- Conferir, nas prescrições médica e de enfermagem, a indicação do procedimento;

- Higienizar as mãos;
- Conectar a agulha 40x12mm à seringa de 03ml e aspirar água destilada ou solução fisiológica a 0,9%
- Conectar a seringa ao dispositivo a ser conectado ao cateter venoso (tubo extensor, tudo em Y), preenchendo a extensão com solução fisiológica a 0,9% ou água destilada, para retirar o ar;
- Manter o extensor protegido em sua embalagem;
- Reunir o material em uma bandeja e levá-la para o leito do paciente;
- Explicar a paciente o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos novamente;
- Escolher o local para punção;
- Deixar o paciente em posição confortável com área de punção apoiada;
- Calçar luvas de procedimento;
- Garrotear acima do local de punção (5 a 10cm) para melhor visualização da veia a ser puncionada;
- Fazer antissepsia da pele, com álcool a 70%, em movimentos circulares, do centro para as extremidades, usando cada lado da bola de algodão apenas uma vez, esperar secar o álcool;
- Realizar punção com o cateter escolhido, sempre com o bisel voltado para cima, iniciando a um ângulo de 30° a 45°, uma vez introduzido na pele, posicionar o cateter num ângulo de 15° em direção à veia, cuidadosamente;
- Ao penetrar no interior da veia, verificar o refluxo sanguíneo no dispositivo transparente (canhão) do cateter;
- Segurar o mandril e empurrar o cateter para o interior da veia até fique completamente introduzido;
- Retirar o mandril, comprimindo a ponta do cateter, sobre a pele, impedindo ou diminuindo o refluxo de sangue;
- Conectar o cateter ao dispositivo, e este ao equipo com a medicação a ser infundida;
- Realizar fixação adequada com adesivo disponível;
- Identificar o adesivo com data e nome do profissional para controle de uma nova punção ou para troca da fixação do cateter;
- Recolher o material, deixando o ambiente em ordem;
- Desprezar o material em recipiente adequado;



- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos.
- Anotar o procedimento no prontuário do paciente.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 11.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão:	Página 1 de 3
<b>Punção venosa com dispositivo agulhado</b>		

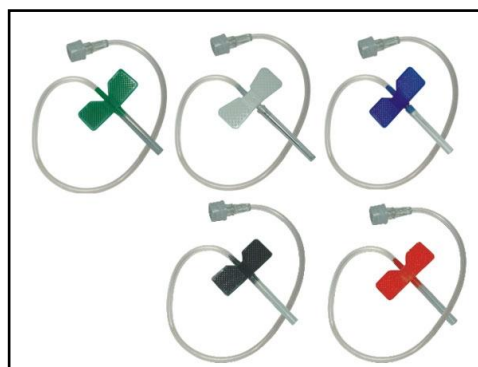
**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Cateter agulhado, adequados ao calibre da veia do paciente;
- Ampola com água destilada (AD);
- Agulha 40x12mm;
- Seringa de 3ml;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Garrote;
- Luvas de Procedimentos;
- Solução fisiológica a 0,9% e equipo, se necessário.
- Fita de fixação.

Fig. 11.2 Dispositivo agulhado para punção venosa periférica



Fonte: APUNTES, 2010.

**COMO FAZER:**

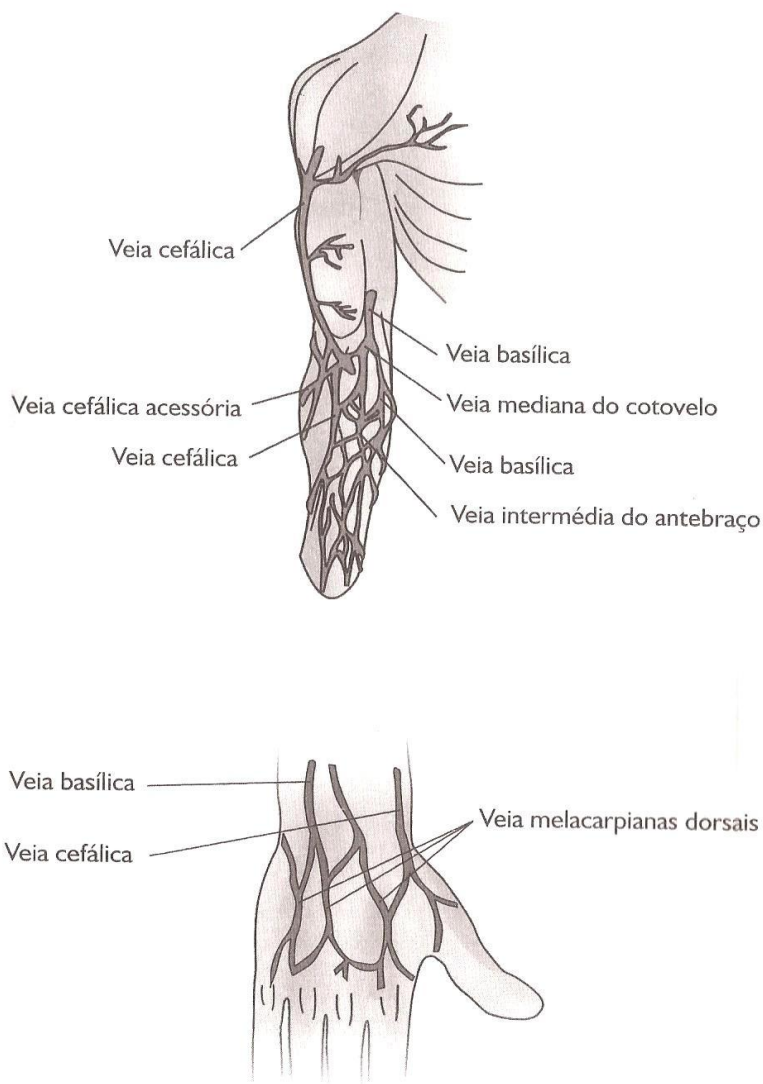
- Conferir, nas prescrições médica e de enfermagem, a indicação do procedimento;

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material em uma bandeja e prepará-lo;
- Conectar a agulha 40x12mm à seringa de 3ml para aspirar água destilada (AD);
- Conectar a seringa contendo água destilada ao cateter, preenchendo toda a extensão do dispositivo agulhado;
- Mantê-lo protegido em sua embalagem;
- Deixar preparada a seringa com AD para proceder com a aspiração do cateter após punção venosa;
- Levar o material para o leito do paciente;
- Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos novamente;
- Escolher o local para punção;
- Deixar o paciente em posição confortável com área de punção apoiada;
- Garrotear acima do local de injeção (5 a 10cm) para melhor visualização da veia a ser puncionada;
- Fazer antissepsia da pele, com álcool a 70%, em movimentos circulares, do centro para as extremidades, usando cada lado da bola de algodão apenas uma vez, esperar secar o álcool;
- Realizar punção com o cateter escolhido, sempre com o bisel voltado para cima, iniciando a um ângulo de 30° a 45°, depois de perfuração da pele, posicionar o cateter num ângulo de 15°;
- Utilizar a seringa que contem a AD para verificar o refluxo sanguíneo e, assim, verificar se a agulha encontra-se no leito venoso;
- Conectar o cateter ao equipo com a medicação a ser infundida;
- Realizar fixação adequada com adesivo disponível;
- Identificar o adesivo com data e nome do profissional para controle de uma nova punção ou para troca da fixação do cateter;
- Recolher o material, deixando o ambiente em ordem;
- Desprezar o material em recipiente adequado;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar o procedimento no prontuário do paciente.

### OBSERVAÇÃO

- Os cateteres agulhados são utilizados, geralmente, para terapia de curta duração (menor que 24 horas), como terapia de dose única, administração de medicamento intravenoso em bolus ou para coleta de sangue.

Fig 11.3: Locais para punção venosa periférica



Fonte: VOLPATO et al, 2007.



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Educação*

## GRUPO 12: Exames





**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 12.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Coleta de escarro</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Recipiente para coleta.
- Luvas de procedimento;
- Máscara descartável.

**COMO FAZER:**

➤ *1ª amostra:*

- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Organizar e preparar os materiais necessários;
- Identificar na parede lateral do recipiente de coleta os dados de identificação: nome, data de nascimento ou idade, unidade de saúde, data e horário de coleta, entre outros dados que sejam necessários seguir rotina da instituição;
- Estimular a expectoração do paciente, orientando-o que inspire profundamente, prenda a respiração um instante e escarre após forçar a tosse;
- Repetir essa operação de estímulo até obter duas eliminações de escarro;
- Evitar que o material esorra pela parede do recipiente;
- Calçar as luvas de procedimento e colocar a máscara;
- Tampar o recipiente e acondicioná-lo em local apropriado;

- Retirar as luvas de procedimentos e a máscara;
- Registrar a realização do exame no livro de registro correspondente.

**Atenção!**

Para a realização da 1ª amostra não é necessário estar em jejum.

➤ *2ª amostra:*

- Entregar o recipiente ao paciente, verificando se a tampa do pote fecha bem;
- Identificar na parede lateral do recipiente de coleta os dados de identificação: nome, data de nascimento ou idade, unidade de saúde, data e horário de coleta, entre outros dados que sejam necessários segundo rotina da instituição;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento de coleta: ao despertar pela manhã, lavar a boca, sem escovar os dentes, ir a um lugar aberto e arejado, se possível; inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse. Repetir essa operação até obter duas eliminações de escarro, evitando que esse escorra pela parede externa do pote;
- Informar que o pote deve ser tampado e colocado em um saco plástico com a tampa para cima, cuidar para que permaneça nessa posição;
- Solicitar que evite exposição ao sol do material;
- Orientar o paciente a lavar as mãos após esse procedimento;
- Informar que o paciente leve o recipiente com o material coletado à unidade de saúde;
- Receber a 2ª amostra;
- Conferir dados e certificar que a tampa do recipiente encontra-se fechada corretamente;
- Acondicionar o material em local apropriado;
- Registrar a realização do exame no livro de registro correspondente.

**Atenção!**

A segunda amostra deve ser coletada pela manhã no dia seguinte, assim que o paciente despertar. Essa amostra, em geral, tem uma quantidade maior de bacilos porque é composta da secreção acumulada na árvore brônquica por toda a noite.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 12.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Coleta de sangue</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Garrote;
- Algodão hidrófilo;
- Álcool etílico a 70%;
- Agulhas e seringas descartáveis;
- Tubo de ensaio com tampa;
- Etiquetas para identificação de amostras;
- Caixa para descarte adequado;
- Máscara;
- Luvas de procedimento.

**COMO FAZER:**

- Identificar os tubos para colocação da amostra (nome, número de registro, data da coleta);
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar a agulha na seringa sem retirar a capa protetora, sem tocar na parte inferior da agulha;

- Movimentar o êmbolo pressionando-o para retirar o ar;
- Selecionar a veia e garrotear aproximadamente 5 a 10cm do local da punção;
- Fazer a antisepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70%, sem tocar no local desinfetado;
- Retirar a capa da agulha e fazer a punção;
- Introduzir a agulha na veia, aspirar o sangue;
- Coletar aproximadamente 10 ml de sangue. Em crianças coletar de 2 a 5 ml;
- Retirar o garrote e em seguida a agulha;
- Comprimir o local puncionado com algodão;
- Retirar a agulha da seringa e transferir o sangue para os tubos, quando for transferido para um tubo contendo anticoagulante: agitar suavemente para facilitar a mistura do sangue com anticoagulante. Ao transferir o sangue para um tubo de ensaio sem anticoagulante: escorrer delicadamente o sangue pela parede do tubo, evitando a hemólise da amostra;
- Descartar as agulhas e seringas nos recipientes de perfurocortante;
- Orientar o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo;
- Retirar as luvas e máscara;
- Organizar a unidade;
- Higienizar as mãos;
- Fazer os registros necessários.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 12.3
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 1
<b>Orientando a coleta de urina</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**COMO FAZER:**

- Conferir o pedido do exame;
- Identificar o frasco coletor com nome, hora da coleta e outros dados necessários segundo norma da instituição;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Realizar ou orientar a realização da antisepsia genital com água e sabão;
- Orientar que a coleta de urina deve ser a primeira urina da manhã;
- Orientar que o paciente despreze o primeiro jato de urina do dia e coletar o jato intermediário;
- Higienizar as mãos;
- Encaminhar o frasco ao laboratório.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 12.4
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Orientando a coleta de fezes</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**COMO FAZER:**

- Conferir o pedido do exame;
- Orientar quanto a realização do procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Recomendar a restrição de alguns alimentos e bebidas por 3-4 dias;
- Fazer a identificação da etiqueta para o frasco de exame com nome do paciente, data, hora. Caso o paciente esteja internado, colocar também o leito, número do prontuário, unidade de internação, de acordo com as normas da instituição;
- Solicitar que o paciente colete apenas uma única amostra de fezes em um recipiente limpo e seco, devendo evitar contato com a urina e com a água do vaso sanitário;
- Se o paciente estiver acamado, solicitar que o paciente evacue na comadre;
- Calçar luvas de procedimentos e colocar máscara;
- Após a evacuação orientar para fazer o banho de aspersão, e no caso do paciente acamado proceder à higiene íntima;
- Colher uma pequena quantidade da porção média das fezes com o auxílio da espátula e colocar no frasco coletor;
- Desprezar o restante das fezes no vaso sanitário e lavar a comadre;

- Identificar o frasco com a etiqueta previamente preenchida;
- Retirar as luvas e a máscara;
- Higienizar as mãos;
- Encaminhar o material ao laboratório o mais rápido possível;
- Registrar o procedimento no prontuário do paciente ou em ficha única e em livro de protocolo do setor.

**Atenção:**

• Proibido:

- Alimentos pigmentados: carne vermelha, beterraba, cenoura e abóbora.
- Alimentos ricos em ferro: feijão preto, brócolis, espinafre, agrião, couve-flor, ervilha seca, lentilha seca, soja, gema de ovo, carne de peru, fígado de boi ou de galinha, patê de fígado.
- Alimentos que contenham substâncias de ação peroxidase: nabos, rabanetes, etc.
- Bebidas alcoólicas e café.
- Medicamentos que possam causar irritações gastrointestinais tais como analgésicos, antiinflamatórios e vitamina C ou que contenham ferro ou aspirina ou suas preparações fenilbutazona, indometacina.

• Liberado:

- Alimentos com alto teor de fibras (farelo, amendoim, pipoca), frutas (ameixa, uvas, maçãs), peixes bem cozidos e massa em geral.

**OBSERVAÇÃO:** Manter refrigerado o material coletado por no máximo 14 horas.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 12.5
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Realização do teste do pezinho</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Máscara descartável;
- Lanceta ou agulha 13x4,5mm;
- Gaze;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Protocolo de registro;
- Luva de procedimento;
- Papel filtro específico para teste do pezinho.

**COMO FAZER**

- Preparar o material necessário;
- Preencher corretamente os dados existentes no papel filtro;
- Colocar máscara descartável;
- Higienizar as mãos;

- Posicionar o recém-nascido confortavelmente, agasalhando-o, expondo somente o pezinho;
- Calçar as luvas;
- Segurar firmemente o pé do bebê;
- Fazer antissepsia com algodão e álcool a 70% no local a ser puncionado;
- Esperar secar em temperatura ambiente;
- Introduzir delicadamente a ponta lanceta ou o bisel da agulha 13x4,5mm;
- Deixar fluir o sangue até formar uma gota;
- Aparar as gotas centralizando os círculos já existentes no papel filtro;
- Comprimir suavemente com algodão seco no local da punção até que pare de sangrar;
- Manter o recém-nascido confortável;
- Desprezar o material utilizado em recipiente adequado;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário e no protocolo de registro;
- Encaminhar o material para exame de acordo com o protocolo da instituição.

#### **ATENÇÃO**

- Os círculos existentes no papel filtro devem ser preenchidos em sua totalidade, sendo condição imprescindível para validar o exame.
- Ao coletar o sangue, deixe as gotas pingarem sempre nos centros dos círculos, permitindo que estas se espalhem do centro para as extremidades (somente assim obtém-se círculos homogêneos).
- Em caso de extravasamento além dos círculos, borrando a amostra, deve-se repetir a coleta atentando para a técnica correta.
- O exame não deverá ser encaminhado ao laboratório no mesmo dia, devendo ser identificado e acondicionado em saco plástico, ficando na geladeira até o seu envio (no máximo até 48h após a coleta).



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 12.6
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Realização da Glicemia capilar</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Luva de procedimentos;
- Lanceta específica ou agulha 13X 4,5mm;
- Dispositivo de leitura glicêmica (glicosímetro);
- Caixa de fita reagente para glicose;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%;
- Papel (formulário para registro) e caneta.

**COMO FAZER:**

- Reunir o material na bandeja e levá-lo até a enfermagem do paciente;
- Explicar o procedimento ao cliente e acompanhante;
- Higienizar as mãos;
- Verificar se o aparelho de leitura está calibrado e pronto para o procedimento (verificar se código da fita-teste corresponde ao código que está no aparelho);
- Colocar luvas de procedimento;

- Posicionar um dos dedos em que será realizado o teste, de maneira que a gota de sangue pingue na fita reagente;
- Realizar antissepsia da polpa digital do paciente com algodão e álcool a 70%, é importante esperar secar para não diluir a amostra;
- Colocar a fita reagente no aparelho e aguardar o surgimento da figura da gota de sangue;
- Comprimir o dedo acima do local a ser puncionado;
- Puncionar a lateral da polpa digital e coletar material na fita reagente, para a leitura glicêmica;
- Estimular a presença de sangue, em quantidade adequada para ser absorvida pela fita;
- Pressionar o dedo do paciente com algodão;
- Desprezar o material perfurocortante em local próprio;
- Retirar luva de procedimentos e desprezá-la no lixo;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário ou em impresso de sinais vitais (anotar o horário e o valor da glicemia), informando ao enfermeiro eventuais anormalidades.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**

**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 12.7
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Realização da Prova do laço</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Esfigmomanômetro;

- Estetoscópio;
- Relógio;
- Régua.

#### COMO FAZER:

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante;
- Higienizar as mãos;
- Desenhar um quadrado de 2,5cm de lado (tendo como referência o comprimento da área ao redor da falange distal do polegar) no antebraço da pessoa;
- Realizar a aferição da pressão arterial do paciente;
- Calcular o valor médio da pressão encontrada, ou seja, somar o valor da pressão arterial sistólica (PAS) com o valor da pressão arterial diastólica (PAD) e dividir por 2;

$$\frac{PAS+PAD}{2}$$

- Insuflar novamente o manguito até o valor médio encontrado e manter por cinco minutos em adulto (em crianças, 3 minutos) ou até o aparecimento de petéquias ou equimoses;
- Informar a enfermeira e/ ou médico responsável, para realizar a leitura do exame (observar o número de petéquias no quadrado);
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no impresso de sinais vitais;

#### **OBSERVAÇÃO!**

A prova do laço será POSITIVA quando houver 20 ou mais petéquias em adulto e, 10 ou mais petéquias em crianças.





**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**

**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 12.8
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Realização do Eletrocardiograma (ECG)</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Eletrocardiógrafo;
- Gel hidrossolúvel;
- Álcool a 70%;
- Algodão seco;
- Papel toalha;
- Biombo.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Perguntar se o paciente encontra-se calmo e em repouso por menos há 10 minutos, e não fumou por pelo menos 40 minutos;
- Investigar quanto ao uso regular ou esporádico de medicamento pelo paciente;
- Assegurar a privacidade do paciente;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal, palmas viradas para cima, e solicitar que permaneça relaxado;
- Retirar o excesso de oleosidade da pele do paciente com algodão umedecido em álcool a 70%, no

local de contato com os eletrodos;

- Certificar que não há contato do corpo do paciente com partes metálicas do leito;
- Verificar calibração do eletrocardiógrafo e se o cabo dos eletrodos e o fio terra estão devidamente conectados;
- Colocar o gel de condução nos locais de instalação das placas metálicas, fixando as placas na face interna do braço ou antebraço e na face lateral interna das pernas evitando proeminências ósseas e/ou coxas em caso de membros amputados;

RA – BRAÇO DIREITO - FIO VERMELHO

LA – BRAÇO ESQUERDO - FIO AMARELO

RL – PERNA DIREITA - FIO PRETO

LL – PERNA ESQUERDA - FIO VERDE

- Conectar os eletrodos para realização das derivações precordiais (V1-V6);
- V1 - 4º ESPAÇO INTERCOSTAL, NO REBORDO DIREITO DO ESTERNO;
- V2 - 4º ESPAÇO INTERCOSTAL, NO REBORDO ESQUERDO DO ESTERNO;
- V3 - SITUADO ENTRE V2 E V4;
- V4 - INTERSEÇÃO DA LINHA HEMICLAVICULAR ESQUERDA E 5º ESPAÇO INTERCOSTAL;
- V5 - 5º ESPAÇO INTERCOSTAL ESQUERDO NA LINHA AXILAR ANTERIOR;
- V6 - 5º ESPAÇO INTERCOSTAL ESQUERDO NA LINHA AXILAR MÉDIA.
- Iniciar o registro no eletrocardiógrafo;
  - Identificar a fita do ECG com nome, idade, número do prontuário, data e hora do exame;
  - Desligar o aparelho da parede e do fio terra;
  - Retirar e limpar os eletrodos;
  - Remover os resíduos de pasta do tórax e membros superiores e inferiores;
  - Se o paciente estiver internado, acomodá-lo confortavelmente no leito;
  - Organizar os fios e o carro de ECG;
  - Apresentar os achados ao médico responsável para analisar e escrever o laudo.

**Atenção!!**

- Quando colocar os eletrodos em mulheres, sempre coloque as derivações V3 a V6 sob a mama.
- Nunca usar o mamilo como ponto de referência para colocação dos eletrodos.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 12.9
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Auxiliando a realização do exame de Prevenção Ginecológica</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Médico ou enfermeiro com auxílio do técnico de enfermagem.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Mesa auxiliar;
- Foco de luz com cabo flexível;
- Lençol;
- Biombo;
- Avental ou camisola para a mulher;
- Máscara;
- Luvas de procedimentos;
- Escova Campos da Paz;
- Espátula de Ayres;
- Cuba - redonda;
- Pinça de Cherron;
- Gaze;
- Ácido acético a 5%;
- Álcool absoluto (96%);
- Recipiente para acondicionamento de lâminas;
- Fita de pH;

- Lâmina de vidro com extremidade fosca;
- Espéculo P, M ou G;
- Formulário de requisição;
- Lápis;
- Fita adesiva de papel.

### **COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Organizar a sala dispondo o lençol descartável na mesa ginecológica, testando o foco de luz e a tampa cesto de lixo;
- Preparar a mesa auxiliar com os seguintes materiais: cuba - redonda contendo ácido acético a 5%, ou cuba - redonda com algodão em formato de bola, pinças; espátula de Ayres, escova endocervical, espéc P, M ou G, luvas de procedimentos, máscara, fita de pH, recipiente para armazenar lâminas contendo álcool absoluto (96%);
- Receber a paciente na sala de maneira cordial;
- Após a consulta da paciente com a enfermeira ou médico, encaminhá-la ao banheiro ou toalete para que sua roupa seja trocada por um avental ou camisola;
- Identificar a lâmina com os dados da paciente;
- Logo após, encaminhá-la a mesa ginecológica e ajudar gentilmente a posicioná-la na posição litotômica
- Auxiliar o enfermeiro/médico no procedimento de coleta segundo os passos abaixo:
  - Oferecer o espéculo de acordo com o tamanho solicitado;
  - Oferecer espátula de Ayres;
  - Oferecer lâmina devidamente identificada;
  - Oferecer escova Campos da Paz;
  - Recolher a lâmina e armazená-la no recipiente contendo álcool absoluto (96%);
  - Oferecer Pinça de Cherron;
  - Oferecer fita de pH;
  - Oferecer algodão ou gaze embebida de ácido acético a 5%;
  - Oferecer gaze;



- Ajudar a mulher a se levantar e encaminhá-la ao banheiro e/ou toalete;
- Realizar limpeza e desinfecção da mesa auxiliar e prepará-la para receber a próxima paciente.

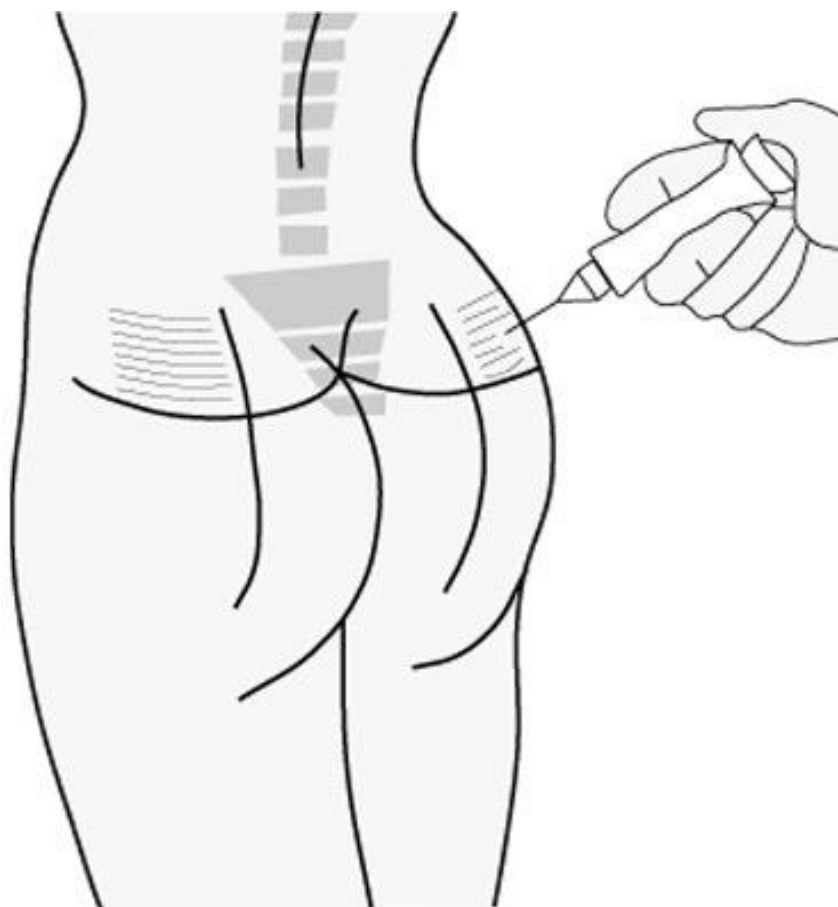
### **OBSERVAÇÃO!!**

Recomendações prévias para as mulheres antes da coleta:

- Não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou realizar exames intravaginais, não ter relações sexuais 48 horas antes da coleta;
- A coleta não deve ser realizada no período menstrual, devendo a mulher aguardar 5 dias após o término da menstruação para realizar a coleta.



## GRUPO 13: Administração de medicamentos



## RECOMENDAÇÕES GERAIS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Respeite o direito de recusa do paciente, indague e registre os motivos, comunique ao enfermeiro os casos de recusa.

Todo medicamento deve ser checado após sua administração e se não tiver sido administrado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem.

Se o medicamento tiver sido administrado fora do horário determinado, o que deve ser evitado, devem-se registrar os motivos e o horário em que foi administrado, sem esquecer-se de checar na prescrição.

Todo medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade e sujidade).

Verifique e respeite a validade do medicamento.

Anote qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento.

Comunique imediatamente ao enfermeiro e ao médico as reações observadas.

Caso não seja administrado o medicamento, circular o horário, justificar na anotação de enfermagem e comunicar à enfermeira o motivo pelo qual não foi administrado para devidas providências.

(CARMAGNANI et al, 2009)



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 13.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 4
<b>Administração de medicamentos por via endovenosa</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Seringa de 03 ml, e outra conforme a quantidade da medicação prescrita;
- Agulha 40x12 para aspiração da medicação;
- Cateteres agulhados (*scalp*) ou flexíveis (jelco), adequados ao calibre da veia do paciente;
- Ampola de água destilada ou SF 0,9%;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Garrote (caso o paciente esteja sem acesso);
- Medicamento prescrito – ampola, frasco-ampola, frasco de 100ml, etc;
- Etiqueta para identificação da medicação;
- Luvas de Procedimentos;
- Fita de fixação.

## **COMO FAZER:**

### **Preparo do material e medicamento**

- Conferir as cinco certezas da administração de medicamentos: Medicamento CERTO, paciente CERTO, hora CERTA, via CERTA e dose CERTA;
- Higienizar as mãos;
- Abrir o invólucro da seringa pelo local apropriado;
- Preparar a medicação fazendo a assepsia da ampola ou frasco-ampola (utilizar bolas de algodão embebidas em álcool a 70%); Se *soroterapia*, durante a preparação, conectar o equipo de macro ou microgotas no frasco que contém a solução a ser administrada; retirar todo o ar do equipo, preenchendo-o com a solução do frasco, é necessário identificá-lo com um rótulo;
- Realizar aspiração do medicamento e diluente conforme a prescrição com agulha 40x12 preferencialmente.
- Faça a reconstituição da medicação, se necessário, e aspire o conteúdo do frasco na dose prescrita;
- Retirar o ar da seringa e protegê-la em sua embalagem;
- Quando no uso de dispositivo agulhado, preparar seringa de 3 ml com água destilada (AD) para aspiração e lavagem do acesso venoso e preencher a extensão do dispositivo com água destilada.
- Escolher o calibre do dispositivo de acordo com a veia a ser puncionada, característica da medicação e a finalidade da infusão.
- Faça a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome completo e leito);
- Cole a etiqueta de identificação na seringa;
- Levar os materiais ao paciente/leito na bandeja.

### **Administração do medicamento**

- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado;

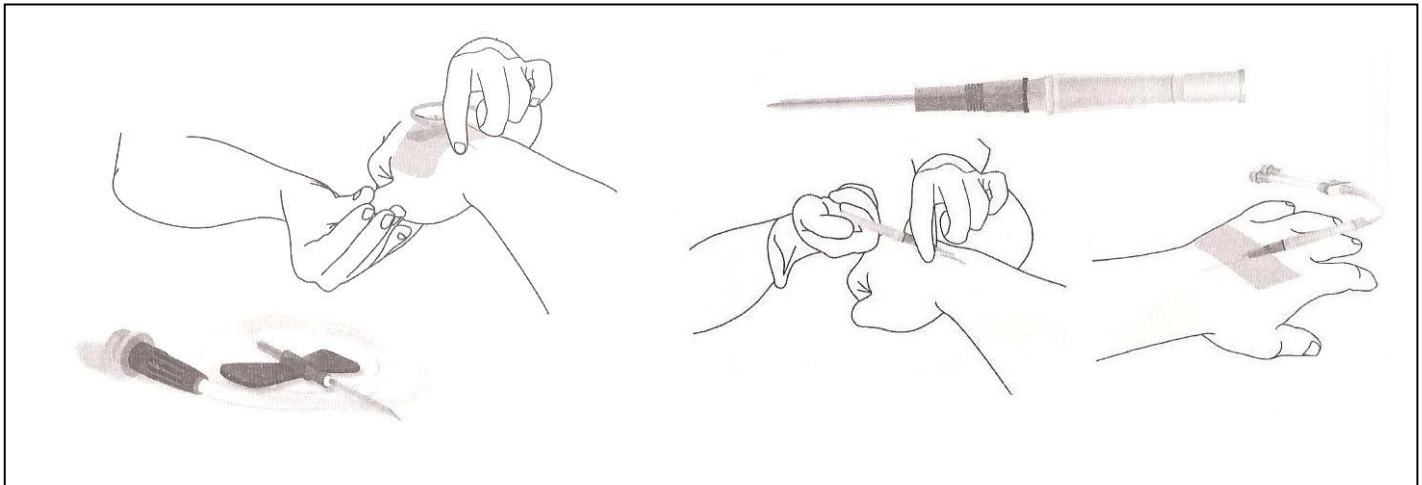
- Higienizar as mãos novamente e calçar as luvas de procedimento;
- Se o paciente possui algum acesso instalado, sem conexão com soro fisiológico: pinçar a extensão do acesso antes de abri-lo. Testar o acesso antes da infusão, com o auxílio de uma seringa de 03 ml com água destilada (AD), conectar a extensão ao acesso, abrir a pinça e infundir a AD, verificando a presença de resistência ou infiltração, deixá-lo pinçado e retirar a seringa. Conectar a seringa com a medicação (ou a parte distal da extensão do equipo, se medicação em infusão contínua) e abrir a extensão do acesso que se encontra pinçada. Ao conectar, soltar a pinça e administrar a medicação prescrita. Em seguida lavar o acesso com água
- Se o paciente possui algum acesso instalado em conexão com soro fisiológico: Fechar o equipo de soro fisiológico instalado por meio do regulador de fluxo; pinçar a extensão do acesso antes de retirá-lo da conexão com o soro. Abrir o dispositivo e conectar a seringa com medicação. Soltar a pinça e administrar a medicação prescrita. Em seguida instalar o extensor do equipo do soro fisiológico que estava em infusão ao dispositivo.
- Se punção ainda não realizada:
  - Escolher local de inserção que seja seguro, de fácil acesso, confortável ao paciente;
  - Verificar a condição da veia;
  - Garrotear acima do local de injeção (aproximadamente 5 a 10cm);
  - Fazer antisepsia do local da punção com algodão embebido em álcool a 70%, em movimentos circulares, do centro para as extremidades, ou em movimentos de baixo para cima usando cada lado da bola de algodão apenas uma vez, esperar secar o álcool;
  - Retirar o protetor da agulha;
  - Fixar a pele com auxílio do polegar e indicador abaixo do local a ser puncionado, para facilitar a inserção da agulha;
  - Realizar punção com o cateter escolhido, sempre com o bisel voltado para cima, iniciando a um ângulo de 30° a 45°, depois de perfuração da pele, direcione o cateter e introduza-o na veia com um ângulo de aproximadamente 15°;
  - Se usado dispositivo agulhado para punção, conectar a seringa de 3 ml para realizar aspiração e confirmar a inserção do cateter na luz da veia; no caso de uso de dispositivo flexível, proceder com os cuidados especificados (Cód. 22.1);

- Soltar o garrote;
- Administrar a AD contida na seringa utilizada para aspiração, retirando-a em seguida e acoplar a seringa contendo a medicação;
- Injetar a medicação, observando as reações do paciente;
- Ao final, fechar o acesso ou iniciar a soroterapia, conectando o equipo do soro ao acesso venoso periférico;
- Se a medicação for em *bolus*, retirar o cateter (dispositivo utilizado na punção) e comprimir o local da punção com algodão por cerca de 30 segundos e fixar com fita de fixação;
- Não reencapar a agulha;
- Desprezar o material perfurocortante em local próprio;
- Observar possíveis reações;
- Retirar as luvas;
- Recolher o material na bandeja;
- No posto de enfermagem, lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e em seguida fazer uma desinfecção com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;
- Checar no prontuário do paciente: o horário de administração do medicamento na prescrição médica e possíveis intercorrências, nas anotações de enfermagem em impresso próprio, ou em local reservado na própria prescrição médica.

#### **ATENÇÃO!**

- Nunca administrar medicamentos preparados por outros profissionais;
- Todos os produtos fotossensíveis deverão ser protegidos da luz durante a sua infusão, para tanto, deve ser utilizado o equipo **fotossensível** apropriado;
- Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se que ele está na temperatura ambiente. Se durante a diluição e administração dos medicamentos, for observado qualquer mudança de coloração e/ou formação de precipitado/cristais, interrompa o processo e comunique ao enfermeiro plantonista que notificará à farmácia.

Fig 13.1: Administração de medicamentos por via endovenosa



FONTE: SILVA SR; SILVA MT, 2008.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód.13.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Administração de medicamentos por via sublingual</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

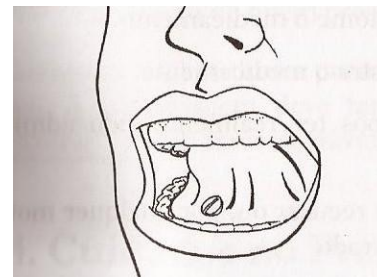
- Bandeja ou cuba rim;
- Copo de 50 ml;
- Medicamento prescrito.

**COMO FAZER:**

**Preparo do material e medicamento**

- Conferir as cinco certezas da administração de medicamentos: medicamento CERTO, paciente CERTO, hora CERTA, via CERTA e dose CERTA;
- Higienizar as mãos;
- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dose, horário e via de administração) e do paciente (nome completo e número do leito);
- Reunir o material em uma bandeja;
- Colocar a medicação dentro do copo de 50ml sem tocá-lo;
- Colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
- Levantar bandeja com medicação a ser administrada até o paciente;

Fig 13.2: Via sublingual



Fonte: MOTTA, 2009.

### **Administração do medicamento**

- Higienizar as mãos novamente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado;
- Entregar o medicamento ao paciente, orientando-o a colocá-lo na boca, sob a língua, sem mastigar ou deglutir, solicitar que mantenha a boca fechada;
- Se o paciente estiver lúcido, orientar para que retenha a saliva na boca, sem engolir, até que o comprimido se dissolva completamente. Se após alguns minutos o doente sentir um gosto amargo, é sinal de que o comprimido ainda não foi completamente absorvido e de que deve permanecer retendo a saliva por mais tempo. Em pacientes comatosos, colocar o comprimido e pingar algumas gotas de água ou soro fisiológico para facilitar a absorção;
- Após a completa dissolução do medicamento, engolir a saliva e só então beber água;
- Observar reações adversas após uso do medicamento;
- Recolher o material na bandeja;
- No posto de enfermagem, lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e em seguida fazer uma desinfecção com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;
- Checar no prontuário do paciente: o horário de administração do medicamento na prescrição médica e possíveis intercorrências, nas anotações de enfermagem em impresso próprio, ou em local reservado na própria prescrição médica.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO  
SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód.: 13.3
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Administração de medicamentos por via oral</b>		

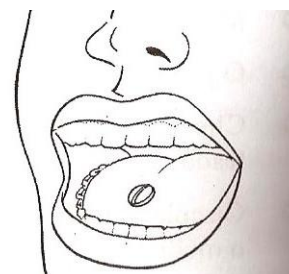
**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja ou cuba rim;
- Copo de 50 ml;
- Medicamento prescrito;
- Copo com água fervida ou filtrada.

Fig .13.3: Via oral



Fonte: MOTTA, 2009.

**COMO FAZER:**

**Preparo do material e medicamento**

- Conferir as cinco certezas da administração de medicamentos: medicamento CERTO, paciente CERTO, hora CERTA, via CERTA e dose CERTA;
- Higienizar as mãos;
- Colocar a medicação dentro do copo de 50ml sem tocá-lo;
- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dose, horário e via de administração) e do paciente (nome completo e número do leito), acondicionando-o em bandeja;
- Levar bandeja com a medicação para administração junto ao paciente.



### **Administração do medicamento**

- Higienizar as mãos novamente;
- Orientar o paciente quanto à importância do uso da medicação;
- Entregar o medicamento ao paciente para colocá-lo na boca, para que possa degluti-lo com auxílio de água;
- Observar reações adversas após uso do medicamento;
- Recolher o material na bandeja;
- No posto de enfermagem, lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e em seguida fazer uma desinfecção com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;
- Checar no prontuário do paciente: o horário de administração do medicamento na prescrição médica e possíveis intercorrências, nas anotações de enfermagem em impresso próprio, ou em local reservado na própria prescrição médica.

### **ATENÇÃO !**

- Para medicações com apresentação em forma de pó oral, este deverá ser previamente diluído em água fervida ou filtrada antes de ser administrado;
- Para suspensão oral, deverá agitar bem o frasco do medicamento, utilizar a colher ou copo de medida específico, colocando a medicação na medida prescrita e oferecer/administrar o medicamento ao paciente, ofertando água, em seguida.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 13.4
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão:	Página 1 de 2
<b>Administração de medicamentos por via intramuscular</b>		

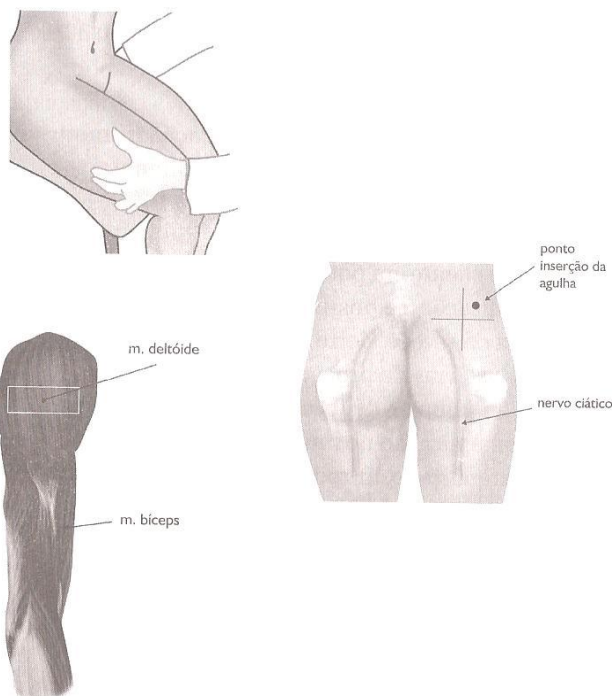
**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

Fig 13.4: Locais para administração de medicamentos por via intramuscular

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja ou cuba rim;
- Seringa de 05 ml;
- Agulha 40x12mm para diluição e aspiração da medicação;
- Agulha 25x7, 25x8, 30x7, 30x8mm para administração;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Medicamento prescrito;
- Diluente;
- Luvas de procedimento



Fonte: SILVA SR; SILVA MT, 2008.

## **COMO FAZER:**

### **Preparo do material e medicamento**

- Conferir as cinco certezas da administração de medicamentos: medicamento CERTO, paciente CERTO, hora CERTA, via CERTA e dose CERTA;
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material em uma bandeja;
- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dose, horário e via de administração) e do paciente (nome completo e número do leito);
- Realizar a limpeza do frasco do medicamento;
- Fazer a reconstituição, ou diluição, se necessário.
- Aspirar o conteúdo da medicação com auxílio da agulha 40x12;
- Retirar o ar da seringa;
- Desacoplar a agulha 40x12 da seringa e inserir uma agulha para administração, sendo a escolha feita com base na estrutura muscular do paciente;
- Colar a etiqueta de identificação na seringa;
- Levar bandeja com a medicação e materiais necessários para administração junto ao paciente.

### **Administração do medicamento**

- Explicar o procedimento ao paciente;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente a manter uma posição que auxilie o relaxamento do músculo onde será feita a injeção, evitando o extravasamento e minimizando a dor;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar a antisepsia da área onde vai ser dada a injeção, com um algodão embebido em álcool a 70%. Nos adultos, é preferível aplicar no quadrante superior externo das nádegas. Em lactentes ou crianças menores de 2 anos, é indicado utilizar a face lateral externa das coxas (o músculo vasto-lateral);
- Expor a área e delimitar o músculo do local selecionado de aplicação;

- Pinçar o músculo do local selecionado com os dedos indicador e o polegar da mão oposta a que se encontra com a seringa;
- Aplicar a medicação no local programado introduzindo a agulha em um ângulo de 90° em relação à pele;
- Antes de injetar a medicação, tracionar o êmbolo da seringa para trás, a fim de verificar se a agulha não atingiu algum vaso sanguíneo;
- Se no momento da aspiração vier sangue para o interior da seringa, ou se a cor do medicamento sofrer alteração é indicativo que algum vaso sanguíneo foi acidentalmente atingido. Portanto, deve-se retirar o conjunto agulha-seringa e recomeçar o procedimento de preparação da medicação, que será administrada em outro local;
- Injetar o conteúdo da seringa, empurrando o êmbolo com a mão oposta a encontra-se com a seringa;
- Retirar o conjunto agulha-seringa em movimento único;
- Pressionar o local da injeção com algodão;
- Verificar o local da injeção, observando se não houve a formação de hematoma ou reação alérgica e atentar para as queixas do paciente;
- Não reencapar a agulha;
- Descartar seringa/agulha em recipiente para perfurocortante;
- Observar possíveis reações;
- Recolher o material e coloque-o na bandeja;
- Retirar luvas;
- No posto de enfermagem, lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e em seguida fazer uma desinfecção com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;
- Checar no prontuário do paciente: o horário de administração do medicamento na prescrição médica e possíveis intercorrências, nas anotações de enfermagem em impresso próprio, ou em local reservado na própria prescrição médica.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 13.5
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Administração de medicamentos por via intradérmica</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

Bandeja ou cuba rim;

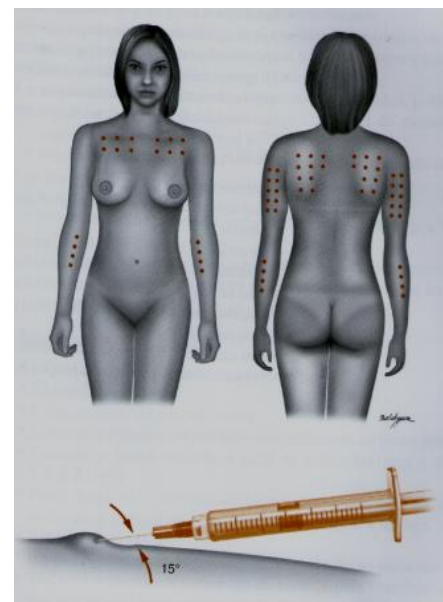
- Seringa de 1ml;
- Agulha para aspiração (40x12, 30x7, 25x7mm);
- Agulha 10x5 ou 13x4,5mm para administração;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Medicamento;
- Luvas de procedimento

**COMO FAZER:**

**Preparo do material e medicamento**

- Conferir as cinco certezas da administração de medicamentos: medicamento CERTO, paciente CERTO, hora CERTA, via CERTA e dose CERTA;
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material em uma bandeja;
- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dose, horário e via de administração) e do paciente (nome completo e número do leito);

Fig 13.5: Locais para administração de medicamentos por via intradérmica



Fonte: CARMAGNANI et al, 2009.

- Realizar a limpeza do frasco do medicamento;
- Aspirar o conteúdo da medicação com auxílio da agulha 40x12 (respeitando o volume máximo de 0,5ml);
- Retirar o ar da seringa;
- Desacoplar a agulha 40x12 da seringa e inserir uma agulha 10x5 ou 13x4,5mm para administração;
- Levar bandeja com a medicação e os materiais necessários para administração junto ao paciente.

#### **Administração do medicamento**

- Orientar o paciente/família quanto ao procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos novamente;
- Posicionar o paciente de acordo com o local selecionado para a administração do medicamento.
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a antisepsia do local com um algodão embebido em álcool a 70%, quando indicado, em movimentos circulares, do centro para as extremidades;
- Aplicar a medicação no local programado, esticando a pele para inserir a agulha, direcionando o bisel para cima e introduzindo a agulha com um ângulo de 15° em relação à pele;
- Injetar o medicamento, empurrando o êmbolo, observar a formação de uma pápula (elevação da pele);
- Retire a agulha com um único movimento;
- Não friccionar o local da pápula com algodão;
- Não reencapar a agulha;
- Descartar seringa/agulha em recipiente para perfurocortante;
- Orientar o paciente a não coçar nem esfregar o local;
- Observar possíveis reações;
- Recolher o material na bandeja;
- Retirar luvas;



- No posto de enfermagem, lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e em seguida fazer uma desinfecção com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;
- Checar no prontuário do paciente: o horário de administração do medicamento na prescrição médica e possíveis intercorrências, nas anotações de enfermagem em impresso próprio, ou em local reservado na própria prescrição médica.

### **ATENÇÃO!**

- Na administração da vacina BCG e testes alérgicos não utilizar álcool para antissepsia, para não interferir no tempo de absorção do medicamento e/ou na reação local!
- Em caso do teste tuberculínico –PPD (Derivado de Proteína Purificada), é necessário demarcar a área de aplicação com régua, a fim de medir a reação local posteriormente.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 13.6
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Administração de medicamentos por via subcutânea</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja, ou cuba rim;
- Seringa de 1ml;
- Agulha 40x12mm, ou 25x7mm para aspiração;
- Agulha 13x4,5mm , ou 10x5mm para administração;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Medicamento;
- Luvas de procedimento.

**COMO FAZER:**

**Preparo do material e medicamento**

- Conferir as cinco certezas da administração de medicamentos: medicamento CERTO, paciente CERTO, hora CERTA, via CERTA e dose CERTA;
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material em uma bandeja;





- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dose, horário e via de administração) e do paciente (nome completo e número do leito);
- Realizar a limpeza do frasco do medicamento com algodão embebido em álcool a 70% ;
- Aspirar a medicação para a seringa com auxílio da agulha 40x12, ou 25x7mm;
- Retirar o ar da seringa;
- Desacoplar a agulha utilizada para a aspiração (40x12 ou 25x7mm) da seringa e inserir uma agulha 13x4,5 ou 10x5mm, para administração de acordo com a angulação;
- Levar bandeja com a medicação e os materiais necessários para administração junto ao paciente.

#### **Administração do medicamento**

- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos novamente;
- Posicionar o paciente conforme o local selecionado para a administração do medicamento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar a antisepsia do local de aplicação com algodão embebido em álcool a 70%, em movimentos circulares, do centro para as extremidades;
- Fazer uma prega no tecido subcutâneo com os dedos indicador e polegar;
- Introduzir a agulha no tecido subcutâneo, com ângulo de 90°, ou com angulação menor (45°) dependendo do biótipo do paciente, não há necessidade de tracionar o êmbolo da seringa utilizando a agulha adequada e injetar a medicação.
- Retirar a agulha e a seringa em movimento único, aplicando leve pressão no local da aplicação, com uma bola de algodão seco (não massagear);
- Verificar o local de aplicação, atentando para a formação de hematoma ou reação alérgica;
- Não reencapar a agulha;
- Descartar seringa/agulha em recipiente para perfurocortante;
- Recolher o material na bandeja;
- Retirar luvas;



- No posto de enfermagem, lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e em seguida fazer uma desinfecção com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;
- Checar no prontuário do paciente: o horário de administração do medicamento na prescrição médica e possíveis intercorrências, nas anotações de enfermagem em impresso próprio, ou em local reservado na própria prescrição médica.
- Observar reações adversas após uso do medicamento
- Registrar no prontuário que a medicação foi realizada.

#### **ATENÇÃO!**

- Na administração de vacina, não utilizar álcool para antissepsia.
- Tracionar o êmbolo somente quando não for possível a utilização da agulha adequada para a via subcutânea.
- Se no momento da aspiração vier sangue para o interior da seringa, ou se a cor do medicamento sofrer alteração, é indicativo que algum vaso sanguíneo foi acidentalmente atingido. Portanto, deve-se retirar o conjunto agulha-seringa e recomeçar o procedimento de preparação da medicação, que será administrada em outro local.
- Durante a administração de insulina e heparina, não aspirar no momento da administração da droga.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 13.7
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Administração de medicamentos (supositório) por via retal</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Supositório;
- Algodão;
- Gazes;
- Comadre;
- EPI : luvas de procedimento, máscara comum; óculos de proteção e avental impermeável descartável;
- Forro impermeável, ou toalha de banho;
- Fita adesiva ou etiqueta;
- Papel higiênico;
- Biombo (manter a privacidade do paciente).

**COMO FAZER:**

**Preparo do material e medicamento**

- Conferir as cinco certezas da administração de medicamentos: medicamento CERTO, paciente CERTO, hora CERTA, via CERTA e dose CERTA;
- Higienizar as mãos;

- Preparar os materiais na bandeja;
- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dose, horário e via de administração) e do paciente (nome completo e número do leito).
- Levar bandeja com a medicação e os materiais necessários para administração junto ao paciente.

### **Administração do supositório**

- Orientar o paciente quanto ao procedimento e a higiene da região anal antes do procedimento;
- Isolar o leito do paciente com um biombo;
- Higienizar as mãos;
- Utilizar EPI.
- Realizar higiene anal quando o paciente estiver impossibilitado com algodão úmido e secar com papel higiênico;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos novamente;
- Calçar outras luvas de procedimento;
- Colocar o forro impermeável ou a toalha sob o paciente;
- Colocar o paciente em posição Sims (decúbito lateral esquerdo e perna direita ligeiramente fletida), ou na posição genupeitoral.
- Afastar a prega interglútea com gazes e introduzir o supositório na região retal, até que ele ultrapasse o esfíncter anal interno;
- Orientar o paciente a aguardar o máximo de tempo que ele conseguir reter o medicamento, antes de eliminar o conteúdo intestinal;
- Colocar a comadre ou auxiliá-lo até ao banheiro;
- Recolher o material na bandeja, e as roupas, ou lençóis que sujaram devem ser retirados e colocados no hamper.
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Providenciar a troca dos lençóis e roupa do paciente, caso seja necessário;

- Deixar o paciente confortável;
- Recolher o material na bandeja;
- Levar a comadre para o expurgo;
- Retirar luvas;
- No posto de enfermagem, lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e em seguida fazer uma desinfecção com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;
- Checar no prontuário do paciente: o horário de administração do supositório na prescrição médica, e as características do conteúdo intestinal eliminado nas anotações de enfermagem em impresso próprio, ou em local reservado na própria prescrição médica.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 13.8
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Administração de medicamentos (enema ou clister) por via retal</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Solução a ser administrada;
- Aplicador de enema;
- Gazes;
- Algodão;
- Comadre;
- EPI : luvas de procedimento, máscara comum; óculos de proteção e avental impermeável descartável;
- Forro impermeável, ou toalha de banho;
- Fita adesiva ou etiqueta;
- Papel higiênico;
- Biombo (manter a privacidade do paciente).

**COMO FAZER:**

**Preparo do material**

- Conferir as cinco certezas da administração de medicamentos: medicamento CERTO, paciente CERTO, hora CERTA, via CERTA e dose CERTA;

- Higienizar as mãos;
- Preparar o material na bandeja;
- Levar bandeja com a solução para o enema e os materiais necessários para a administração junto ao paciente.

#### **Administração da solução (enema)**

- Orientar o paciente quanto ao procedimento e a higiene da região anal antes do procedimento;
- Isolar o leito do paciente com um biombo;
- Higienizar as mãos;
- Utilizar EPI.
- Realizar higiene anal quando o paciente estiver impossibilitado com algodão úmido e secar com papel higiênico;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos novamente;
- Calçar outras luvas de procedimento;
- Colocar o forro impermeável ou a toalha sob o paciente;
- Colocar o paciente em posição Sims (decúbito lateral, mantendo o joelho direito flexionado em direção ao peito e a perna esquerda esticada). Se o paciente estiver inconsciente deve-se posicionar o paciente como indicado e os braços devem ficar fletidos, apoiados sobre a cama;
- Afastar a prega interglútea com gaze e introduzir a sonda retal cerca de 10cm, ou o bico do aplicador retal;
- Acionar o mecanismo do aplicador até que todo o seu conteúdo seja transferido para o intestino;
- Retirar a sonda ou o frasco do clister;
- Orientar o paciente para segurar a solução por 05 a 15 minutos, se possível;
- Manter o paciente deitado até que ele sinta forte vontade de evacuar (lúcido). Em pacientes comatosos, colocar comadre antes de iniciar infusão do líquido para o intestino;
- Higienizar o paciente após evacuação (nos comatosos, neurológicos sem controles de esfíncter, colocar a comadre ao iniciar o procedimento). Se paciente lúcido, encaminhá-lo ao banheiro;

- Observar as características do conteúdo intestinal eliminado;
- Se o material, a sonda, for descartável, desprezá-la em local apropriado; caso contrário, encaminhá-la para o expurgo, junto com a comadre;
- Trocar roupa de cama, se necessário;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher o material na bandeja;
- Retirar luvas;
- No posto de enfermagem, lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e em seguida fazer uma desinfecção com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;
- Observar possíveis intercorrências após uso do enema;
- Checar no prontuário do paciente: horário de administração do enema (clister) na prescrição médica, intercorrências, e as características do conteúdo intestinal eliminado nas anotações de enfermagem em impresso próprio, ou em local reservado na própria prescrição médica.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 13.9
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Administração de medicamentos (colírio) por via oftálmica</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Medicação: colírio;
- Lenço de papel;
- Gaze;
- Etiqueta ou fita adesiva para identificação;
- Luvas de procedimento, se necessário;
- Bacia com água morna e toalha de rosto (se olhos apresentarem crostas ou secreções).

**COMO FAZER:**

**Preparo do material e medicamento**

- Conferir as cinco certezas da administração de medicamentos: medicamento CERTO, paciente CERTO, hora CERTA, via CERTA e dose CERTA;
- Higienizar as mãos;
- Colocar a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, quantidade de gotas, horário e via de administração) e do paciente (nome completo e número do leito).
- Preparar o material na bandeja;

- Levar bandeja com a medicação e os materiais necessários para administração junto ao paciente.

### **Administração do colírio**

- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Posicionar o paciente sentado ou eleve a cabeceira do leito;
- Higienizar as mãos novamente;
- Utilizar luvas de procedimentos se houver presença de secreção (nos casos de conjuntivite, por exemplo);
- Realizar ou auxiliar o paciente na higiene dos olhos, com água morna (se houver secreção);
- Higienizar e secar no sentido do canto interno do olho para o externo;
- Solicitar que o paciente incline a cabeça para trás;
- Puxar delicadamente a pálpebra inferior para baixo, com o dedo indicador e gizes;
- Pingar o colírio sem encostar o aplicador no olho, com atenção na quantidade de gotas prescritas;
- Fechar o olho devagar;
- Após pingar o colírio e fechar o olho, colocar o dedo indicador no canto do olho que fica próximo ao nariz, fazendo uma ligeira pressão, durante 1 a 2 minutos, permitindo que a medicação tenha sua ação mais efetiva. Esse procedimento evita que o medicamento tenha uma absorção sistêmica, o que poderia aumentar os riscos de efeitos adversos;
- Limpar a área externa dos olhos com lenço ou compressa de gaze, caso o produto tenha extravasado;
- Reunir o material na bandeja;
- Retirar luvas de procedimento (caso tenha utilizado);
- Observar reações adversas após uso do medicamento;
- No posto de enfermagem, lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e em seguida fazer uma desinfecção com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Educação*

- Checar no prontuário do paciente: o horário de administração do colírio na prescrição médica e possíveis reações adversas nas anotações de enfermagem em impresso próprio, ou em local reservado na própria prescrição médica.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 13.10
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Administração de medicamentos (pomada) por via oftálmica</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Medicação: pomada oftálmica;
- Lenço ou compressa de gaze;
- Etiqueta ou fita adesiva para identificação;
- Luvas de procedimento, se necessário;
- Bacia com água morna e toalha de rosto (se olhos apresentarem crostas ou secreções).

**COMO FAZER:**

**Preparo do material e medicamento**

- Conferir as cinco certezas da administração de medicamentos: medicamento CERTO, paciente CERTO, hora CERTA, via CERTA e dose CERTA;
- Higienizar as mãos;
- Colocar a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, quantidade de gotas, horário e via de administração) e do paciente (nome completo e número do leito).
- Preparar o material na bandeja;



- Levar bandeja com a medicação e os materiais necessários para administração junto ao paciente.

### **Administração do medicamento**

- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Posicionar o paciente (lúcido) sentado ou eleve a cabeceira do leito;
- Higienizar as mãos novamente;
- Utilizar luvas de procedimentos se houver presença de secreção (nos casos de conjuntivite, por exemplo);
- Realizar ou auxiliar o paciente na higiene dos olhos, com água morna (se houver secreção);
- Higienizar e secar no sentido do canto interno do olho para o externo;
- Solicitar que o paciente incline a cabeça para trás;
- Puxar delicadamente a pálpebra inferior para baixo, usando o dedo indicador e gazes;
- Colocar a pomada oftálmica sem encostar o aplicador no olho, usando a quantidade prescrita;
- Fechar o olho devagar;
- Após colocar a pomada e fechar o olho, movimentar o globo ocular em círculos, ou de um lado para o outro, a fim de espalhar bem o produto por toda a sua superfície;
- Limpar a área externa dos olhos com lenço ou compressa de gaze, caso o produto tenha extravasado;
- Reunir o material na bandeja;
- Retirar as luvas;
- No posto de enfermagem, lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e em seguida fazer uma desinfecção com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;
- Checar no prontuário do paciente: o horário de administração do medicamento na prescrição médica e possíveis reações adversas nas anotações de enfermagem em impresso próprio, ou em local reservado na própria prescrição médica.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 13.11
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Administração de medicamentos por via otológica</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Medicação;
- Gazes;
- Luvas de procedimentos, se necessário.

**COMO FAZER:**

**Preparo do material e medicamento**

- Conferir as cinco certezas da administração de medicamentos: medicamento CERTO, paciente CERTO, hora CERTA, via CERTA e dose CERTA;
- Higienizar as mãos;
- Colocar a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, quantidade de gotas, horário e via de administração) e do paciente (nome completo e número do leito).
- Preparar o material na bandeja;
- Levar bandeja com a medicação e os materiais necessários para administração junto ao paciente.

### **Administração do medicamento**

- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Sentar e inclinar a cabeça para o lado – ou deitar – decúbito lateral esquerdo ou direito conforme ouvido a ser medicado, se o paciente não estiver lúcido;
- Utilizar luvas de procedimento se houver presença de secreção;
- Segurar o lobo superior do pavilhão auricular externo e puxe delicadamente para cima e para trás (em adultos), para facilitar que o medicamento chegue mais facilmente ao canal auditivo. Em crianças, o lobo inferior do pavilhão auricular externo deve ser puxado para baixo e para trás;
- Aquecer o frasco do medicamento com as mãos;
- Encher o aplicador e instilar a quantidade de gotas prescritas, segurando o conta-gotas 1 cm, no mínimo, acima do conduto auditivo, sem tocar o frasco no paciente, pois este seria facilmente contaminado;
- Permanecer segurando o lóbulo da orelha, na posição acima indicada, durante 2 a 3 minutos;
- Fazer uma bola de algodão e colocá-la no ouvido (tamponar), para evitar que o medicamento extravase;
- Repetir o procedimento no lado contrário, conforme prescrição;
- Fechar bem a embalagem do produto;
- Recolher o material na bandeja;
- Retirar as luvas;
- No posto de enfermagem, lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e em seguida fazer uma desinfecção com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;
- Checar no prontuário do paciente: o horário de administração do medicamento na prescrição médica e possíveis reações adversas e intercorrências nas anotações de enfermagem em impresso próprio, ou em local reservado na própria prescrição médica.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 13.12
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 5
<b>Insulinoterapia</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja (cuba rim);
- Seringa de 0,5 ou de 1 ml (seringa de insulina);
- Agulha pequena 13 x 4,5mm;
- Álcool a 70%;
- Algodão;
- Medicação prescrita (insulina).
- Etiqueta ou fita adesiva para identificação;
- Luvas de procedimento.

**COMO FAZER:**

**Preparo da insulina**

- Verificar a prescrição médica e as cinco certezas para administração de medicamentos;
- Organizar os materiais necessários na bandeja ou cuba rim;
- Higienizar as mãos;



- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, quantidade de gotas, horário e via de administração) e do paciente (nome completo e número do leito).
- Retirar o lacre de alumínio do frasco e limpar a tampa de borracha com um chumaço de algodão embebido em álcool;
- Rolar o frasco entre as mãos, cuidadosamente para homogeneizar a solução;
- Retirar o protetor de plástico da agulha acoplada a seringa (caso sejam separadas, retirar o protetor plástico da agulha, acoplar a seringa e depois retirar o protetor da agulha);
- Puxar o êmbolo da seringa até atingir a quantidade de unidades prescritas;
- Injetar o ar da seringa no frasco de insulina;
- Virar o frasco para baixo com a seringa já inserida e aspirar a quantidade prescrita;
- Retirar as bolhas de ar que podem ficar dentro da seringa.
- Proteger a seringa na embalagem;
- Colar a etiqueta de identificação na embalagem da seringa.

#### **Preparo de insulinas associadas**

- Verificar a prescrição médica;
- Organizar os materiais necessários na bandeja ou cuba rim;
- Higienizar as mãos;
- Pegar o frasco de insulina NPH e rolar levemente entre as mãos para homogeneização (misturar). Não agitar o frasco rapidamente.
- Retirar o lacre de alumínio dos frascos e limpar a tampa de borracha com um chumaço de algodão embebido em álcool e esperar secar;
- Manter os frascos apoiados na bandeja;
- Retirar o protetor de plástico da agulha acoplada a seringa (caso sejam separadas, retirar o protetor plástico da agulha, acoplar a seringa e depois retirar o protetor da agulha);
- Puxar o êmbolo e aspirar ar até a marca da escala que indica quantidade de insulina NPH prescrita;
- Injetar o ar no frasco de insulina NPH. Retire a agulha, sem aspirar insulina;



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Educação*

- Pegar a seringa, puxar o êmbolo e aspirar o ar até a marca da escala que indica a quantidade de insulina Regular prescrita;
- Injetar o ar no frasco de insulina Regular. Em seguida sem retirar a agulha, virar o frasco de cabeça para baixo e aspirar a insulina Regular na quantidade prescrita;
- Virar o frasco de insulina Regular para a posição inicial e retirar a agulha;
- Pegar o frasco de insulina NPH e vire-o de cabeça para baixo;
- Introduzir a agulha, segurando no corpo da seringa com cuidado para não perder a insulina Regular que já está na seringa;
- Aspirar lentamente a quantidade de insulina NPH prescrita;
- Certificar-se que o total de insulina preparada corresponde à soma das doses das duas insulinas prescritas;
- Retirar o ar da seringa;
- Colocar a seringa com insulina preparada dentro do seu invólucro e sobre a bandeja;
- Colocar a etiqueta de identificação na embalagem da seringa.
- Levar a bandeja com a seringa e algodão para realizar a aplicação.

**ATENÇÃO !**

- Deve-se preparar a insulina em ambiente tranquilo e bem iluminado;
- Utilizar a seringa de insulina graduada em unidades, sendo preferível o uso de seringa já acoplada a agulha;
- Recomenda-se aspirar primeiro a insulina de ação rápida (R) ou ultra rápida (Lispro), que possuem aspecto límpido transparente e, em seguida, a insulina de ação intermediária (NPH) que possui aspecto turvo, leitoso.
- No caso de dúvidas ou erros durante o preparo, desprezar tudo e recomeçar o processo. Nunca devolver para nenhum dos frascos as insulinas já misturadas.
- Não fazer nenhum tipo de mistura sem prescrição e orientação médica.
- Os frascos de insulina fechados devem ser armazenados em geladeira (2-8°C), fora da embalagem térmica, sobre a tampa da gaveta de verduras, na porção inferior da geladeira. Frasco aberto poderá ser mantido na geladeira (2-8°C) ou em temperatura ambiente, entre 15 e 30° C. Quando armazenado em geladeira, o frasco deverá ser retirado da geladeira de 10 a 20 minutos antes da aplicação para garantir melhor conforto, reduzindo irritação local.

## **Aplicação da insulina**

- Certificar os seguintes dados da prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e horário da medicação;
- Orientar o paciente/família quanto ao procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos;
- Escolher com o auxílio do paciente o local apropriado para a aplicação da insulina, obedecendo os locais recomendados (Fig 1.6) e o rodízio dos locais;
- Checar as condições do local escolhido;
- Calçar luvas de procedimento;
- Fazer antisepsia da pele com algodão embebido com álcool a 70%, esperar secar;
- Fazer uma prega na pele, utilizando o dedo indicador e o polegar da mão não dominante;
- Introduzir a agulha em ângulo de 90° (perpendicular à pele);
- Manter a prega durante a injeção de insulina;
- Injetar a insulina lentamente;
- Manter a agulha no tecido subcutâneo por no mínimo 5 segundos;
- Retirar a seringa/agulha suavemente, e soltar a prega cutânea;
- Realizar ligeira pressão no local;
- Descartar o material perfurocortante em recipiente apropriado;
- Assegurar que o paciente esteja confortável e seguro no leito (grades elevadas);
- Reunir o material na bandeja;
- Retirar a luva de procedimento e desprezá-las em lixo próprio;
- Observar possíveis reações (sinais de hipoglicemia).
- No posto de enfermagem, lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e em seguida fazer uma desinfecção com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;
- Checar no prontuário do paciente: o horário de administração da insulina na prescrição médica e possíveis reações adversas e intercorrências nas anotações de enfermagem em impresso próprio, ou em local reservado na própria prescrição médica.

### **ATENÇÃO !**

- Na aplicação de droga por via subcutânea ou hipodérmica, o volume não deve ultrapassar 1ml.
- Os locais recomendados devem ter menor inervação local, acesso facilitado e maior capacidade de distensão local do tecido. Os locais mais utilizados são: região abdominal, a face ântero-lateral da coxa, face externa e posterior do braço e região infraescapular.
- A insulina de ação rápida é a única que pode ser aplicada por via intramuscular e intravenosa, além da via subcutânea.
- Utilizar a técnica do revezamento, um sistema padronizado de rodízio dos locais de aplicação das injeções para evitar abscessos, hipotrofias e endurecimento dos tecidos na área da injeção.
- Em caso de não utilização da agulha 13 x 4,5, o uso de uma outra agulha merece a angulação de 45° para indivíduos adultos de peso normal, 60° para obesos e 30° para excessivamente magros. Isso para evitar a aplicação intramuscular da insulina.
- Sempre que possível envolver o paciente no processo de escolha do local de administração do medicamento.
- Não se deve fazer massagem no local para não diminuir o tempo de absorção do medicamento.

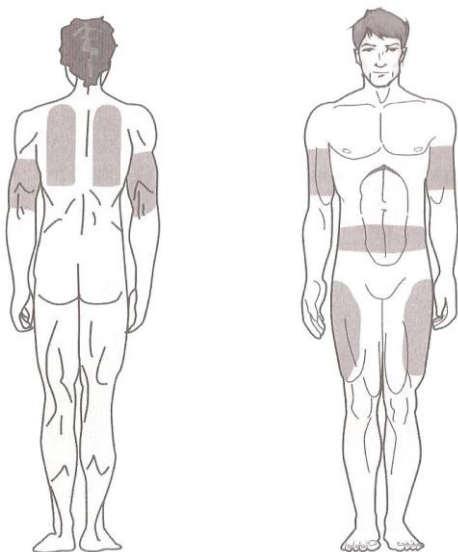


Fig 13.6: Locais para aplicação de insulina

**GRUPO 14: Oxigenoterapia**



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 14.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Instalando oxigenoterapia por máscara de Venturi</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento;
- Máscara;
- Fonte de oxigênio;
- Fluxômetro calibrado;
- Garrafa umidificadora;
- Água destilada;
- Extensor de látex;
- Máscara de Venturi e válvula.

**COMO FAZER:**

- Verificar a prescrição médica quanto ao tipo de dispositivo para administrar oxigênio, fluxo em litros ou percentual prescrito e se o oxigênio deve ser administrado ininterruptamente ou somente quando necessário;
- Verificar a existência ou não de saída de oxigênio canalizado ou a possibilidade de obter outra fonte de oxigênio;

- Higienizar as mãos;
- Organizar e preparar os materiais necessários;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Colocar o paciente em posição confortável, em geral, Fowler ou semi-fowler;
- Conectar o fluxômetro à fonte de oxigênio;
- Encher a garrafa umidificadora com água destilada até o nível preconizado;
- Conectar a garrafa umidificadora ao fluxômetro;
- Conectar a válvula de cor correspondente ao fluxo de oxigênio prescrito à máscara de Venturi;
- Conectar a parte distal do extensor de oxigênio ao fluxômetro e a parte proximal à válvula conectada à Máscara de Venturi;
- Liberar o oxigênio, adaptando o fluxômetro ao volume prescrito;
- Verificar se surgem bolhas no recipiente do umidificador, avaliando, assim, se o oxigênio está sendo liberado;
- Ajustar a máscara ao paciente, devendo colocá-la sobre nariz e boca, fixando as tiras ajustáveis, de modo a não provocar lesão à pele do paciente;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar o procedimento realizado e comunicar e registrar intercorrências que possam surgir.

#### **Atenção!**

- Se a água do umidificador estiver abaixo do nível recomendado, deve-se desprezar a água residual e preencher com água destilada o espaço até a quantidade adequada (entre o volume máximo e mínimo)..
- Reavaliar o estado de oxigenação do paciente a cada 2 ou 4 horas (conforme rotina da instituição ou necessidade do paciente), avaliando: frequência respiratória, frequência cardíaca, nível de consciência e orientação, coloração de pele e mucosas, saturação de oxigênio, conforme procedimento listado no Cód 18.1 e se a  $FiO_2$  corresponde à prescrição médica.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 14.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Instalando oxigenoterapia com cateter tipo óculos ou cânula nasal</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento;
- Máscara;
- Fonte de oxigênio;
- Fluxômetro calibrado;
- Garrafa umidificadora;
- Água destilada;
- Extensor de oxigênio;
- Cateter tipo óculos ou cânula nasal;
- Adesivo hipoalergênico.

**COMO FAZER:**

- Verificar a prescrição médica quanto ao tipo de dispositivo para administrar oxigênio, fluxo em litros ou percentual prescrito, e se o oxigênio deve ser administrado ininterruptamente ou somente quando necessário;
- Verificar a existência ou não de saída de oxigênio canalizado ou a possibilidade de obter outra fonte de oxigênio;



- Higienizar as mãos;
- Organizar e preparar os materiais necessários;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Colocar o paciente em posição confortável, no geral Fowler ou semi-fowler;
- Conectar o fluxômetro à fonte de oxigênio;
- Encher a garrafa umidificadora com água destilada até o nível preconizado;
- Conectar a garrafa umidificadora ao fluxômetro;
- Conectar a parte distal do extensor de oxigênio ao fluxômetro e a parte proximal ao cateter tipo óculos ou cânula nasal;
- Introduzir o cateter ou cânula nasal na narina do paciente. Se cateter tipo óculos, inseri-lo nas duas narinas. Se cateter nasal, inserir aproximadamente 5 cm em uma das narinas;
- Liberar o oxigênio, adaptando o fluxômetro ao volume prescrito;
- Verificar se surgem bolhas no recipiente do umidificador, avaliando, assim, se o oxigênio está sendo liberado;
- Recolher o material, mantendo a unidade organizada;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado, comunicar e registrar as intercorrências.

**Atenção!**

- Se a água do umidificador estiver abaixo do nível recomendado, preencher com água destilada o espaço até a quantidade adequada;
- Reavaliar o estado de oxigenação do paciente a cada 2 ou 4 horas (ou conforme rotina da instituição), avaliando: frequência respiratória, frequência cardíaca, nível de consciência e orientação, coloração de pele e mucosas, saturação de oxigênio, conforme procedimento listado no 18.1, e se a  $FiO_2$  corresponde à prescrição médica.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 14.3
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Instalando oxigenoterapia com máscara simples</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento;
- Máscara;
- Fonte de oxigênio;
- Fluxômetro calibrado;
- Garrafa umidificadora;
- Água destilada;
- Extensor de oxigênio;
- Máscara simples.

**COMO FAZER:**

- Verificar a prescrição médica quanto ao tipo de dispositivo para administrar oxigênio, fluxo em litros ou percentual prescrito e se o oxigênio deve ser administrado ininterruptamente ou somente quando necessário;
- Verificar a existência de saída de oxigênio canalizado ou a possibilidade de obter outra fonte de oxigênio;
- Higienizar as mãos;

- Organizar e preparar os materiais necessários;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Colocar o paciente em posição confortável, em Fowler ou semi-fowler;
- Conectar o fluxômetro à fonte de oxigênio;
- Encher a garrafa umidificadora com água destilada até o nível preconizado;
- Conectar a garrafa umidificadora ao fluxômetro;
- Conectar a parte distal do extensor de oxigênio ao fluxômetro e a parte proximal à máscara simples.
- Liberar o oxigênio, adaptando o fluxômetro ao volume prescrito;
- Verificar se surgem bolhas no recipiente do umidificador, avaliando, assim, se o oxigênio está sendo liberado;
- Acoplar a máscara ao paciente, devendo colocá-la sobre nariz e boca, fixando as tiras ajustáveis, de modo a não provocar agressão à pele do paciente;
- Recolher o material, mantendo a unidade organizada;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar o procedimento realizado, comunicar e registrar intercorrências que possam surgir.

### **Atenção!**

- Se a água do umidificador estiver abaixo do nível recomendado, deve-se desprezar o volume existente e preencher com água destilada até a quantidade adequada;
- Reavaliar o estado de oxigenação do paciente a cada 2 ou 4 horas (ou conforme rotina da instituição), avaliando: frequência respiratória, frequência cardíaca, nível de consciência e orientação, coloração de pele e mucosas, saturação de oxigênio, conforme procedimento listado no Cód. 18.1, e se a  $FiO_2$  corresponde à prescrição médica.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 14.4
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Instalando oxigenoterapia com máscara com reservatório de reinalação parcial ou total</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento;
- Máscara;
- Fonte de oxigênio;
- Fluxômetro calibrado;
- Extensor de oxigênio;
- Máscara com bolsa reservatória.

**COMO FAZER:**

- Verificar a prescrição médica quanto ao tipo de dispositivo para administrar oxigênio, fluxo de litros ou percentual prescrito e se o oxigênio deve ser administrado ininterruptamente ou somente quando necessário;
- Verificar a existência ou não de saída de oxigênio canalizado ou a possibilidade de obter outra fonte de oxigênio;
- Higienizar as mãos;
- Organizar e preparar os materiais necessários;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;



- Colocar o paciente em posição confortável, em Fowler ou semi-fowler;
- Conectar o fluxômetro à fonte de oxigênio;
- Conectar a parte distal do extensor de oxigênio ao fluxômetro e a parte proximal à máscara acoplada ao reservatório.
- Liberar o oxigênio, adaptando o fluxômetro ao volume prescrito;
- Posicionar a máscara ao paciente, devendo colocá-la sobre nariz e boca, fixando as tiras ajustáveis, de modo a não provocar agressão à pele do paciente;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar o procedimento realizado e comunicar e registrar intercorrências que possam surgir.

#### **Atenção!**

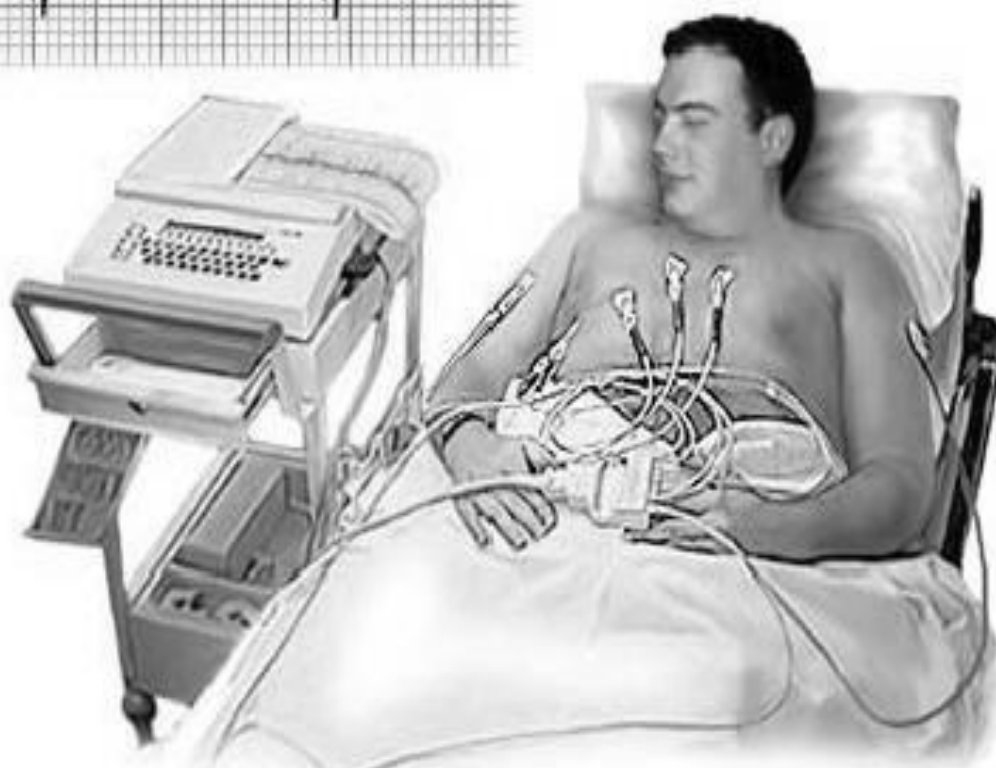
- Quando em uso de máscara acoplada ao reservatório de reinalação, não se utiliza umidificação;
- Devem-se realizar monitorizações frequentes, a fim de garantir que a bolsa reservatória permaneça parcialmente inflada durante todo o tempo;
- Reavaliar o estado de oxigenação do paciente a cada 2 ou 4 horas (ou conforme rotina da instituição), avaliando: frequência respiratória, frequência cardíaca, nível de consciência e orientação, coloração de pele e mucosas, saturação de oxigênio, conforme *procedimento listado no Cód. 18.1*, e se a  $FiO_2$  corresponde à prescrição médica.



## GRUPO 15: Monitorização cardíaca



**Eletrocardiograma**





**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 15.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Realizando a Monitorização Cardíaca</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Monitor cardíaco (cabos, fio terra, eletrodos);
- Álcool a 70% (quando for necessário retirar o excesso de oleosidade da pele do paciente);
- Aparelho de barbear (caso seja necessário fazer tricotomia da região torácica).

**COMO FAZER:**

- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Higienizar as mãos;
- Secar bem os locais selecionados para a colocação dos eletrodos, para permitir que os eletrodos fiquem aderidos à pele;
- Posicionar os eletrodos, de acordo com especificação do aparelho, ou:
  - 1º Eletrodo na região inframamária direita em espaço intercostal;
  - 2º Eletrodo na região infraclavicular esquerda;
  - 3º Eletrodo na região inframamária esquerda em espaço intercostal;
- Ligar o aparelho pressionando a tecla liga e desliga;
- Selecionar a derivação;
- Selecionar a velocidade;

- Observar o traçado ECG e certificar se o traçado do monitor não apresenta alterações que podem ser causadas por posicionamento inadequado dos eletrodos, defeito no aparelho ou interferência de outros aparelhos;
- Adequar os níveis de alarme do aparelho às necessidades do paciente;
- Manter o alarme sempre ligado;
- Comunicar ao médico ou enfermeiro plantonista alterações detectadas no monitor e registrar no plano terapêutico;
- Realizar a troca dos eletrodos sempre que necessário;
- Fazer a higienização da pele, com água e sabão, removendo toda a pasta condutora;
- Higienizar as mãos.

### **ATENÇÃO!**

- O eletrodo descartável já é provido da quantidade suficiente de gel condutor, no entanto, o uso contínuo e a redução na quantidade de gel podem sugerir alterações no traçado, que desaparecem quando esta situação é corrigida.
- Existem três maneiras de monitorizar o paciente: com três, com quatro ou com cinco eletrodos.
- Observar, com frequência, se o paciente está apresentando irritação cutânea pelo adesivo dos eletrodos ou pela pasta (gel). Os eletrodos descartáveis são os que menos produzem irritação cutânea. Quando ocorrer irritação cutânea, comunicar ao Enfermeiro, pois a pele deve ser avaliada e o eletrodo recolocado alguns centímetros do local anterior.
- Se ocorrer uma interferência elétrica, verifique se:
  - não há mau contato dos eletrodos com a pele;
  - houve envelhecimento da pasta condutora elétrica (secura da pasta);
  - os fios de conexão com os eletrodos estão conectados adequadamente;
  - o isolamento do fio terra está adequado;
  - há excesso de suor na pele.





GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Educação*

## GRUPO 16: Oximetria



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 16.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Avaliando a saturação de O<sub>2</sub> por meio de oximetria de pulso</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Oxímetro de pulso;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Ficha para preenchimento de informações.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Realizar antisepsia do local onde vai ser mensurada a saturação com fricção de algodão embebido em álcool a 70%;
- Conectar o aparelho de oximetria de pulso à rede elétrica;
- Conectar o cabo de sensor ao aparelho;
- Ligar o aparelho;
- Observar os dados numéricos exibidos para identificar se o equipamento está funcionando;



- Ajustar alarmes, de acordo com o nível de saturação e frequência do pulso, conforme indicações do fabricante. **Observação:** A programação da máquina deve ser feita para alertar aos profissionais quando valores estiverem fora da faixa de normalidade da saturação de O<sub>2</sub>;
- Conectar o sensor no local escolhido para verificação (dedo da mão ou do pé, lóbulo da orelha ou ponte nasal);
- Verificar o valor obtido mostrado na máquina;
- Se valor fora da faixa de normalidade, comunicar com urgência à equipe de plantão;
- Registrar valores obtidos durante as mensurações no prontuário do paciente.



## GRUPO 17: Balanço Hídrico





**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM Verificando</b>		Cód. 17.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Ingestão e eliminação para registro de Balanço hídrico</b>		

### **QUEM EXECUTA**

Enfermeiro, podendo técnico de enfermagem fazer o registro do volume de ingestão e eliminações para que o enfermeiro possa realizar o cálculo final do balanço hídrico.

### **MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento;
- Coletor de urina graduado;
- Ficha de anotação.

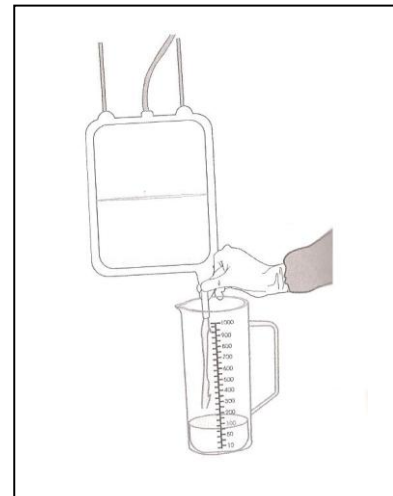
### **COMO FAZER:**

- Comunicar toda equipe sobre o controle de diurese;
- No caso de paciente consciente e cooperativo, comunicá-lo que está em controle de balanço hídrico, fornecendo informações acerca de como se realiza o controle hídrico e solicitando sua cooperação para anotação do volume de tudo que é ingerido e da diurese, sendo esta medida ao se colocar a urina no coletor graduado e, assim, verificar o seu volume (ml);
- Para pacientes não conscientes, sem orientação ou não cooperativos, realizar o registro do volume de ingestões líquidas administradas;
- Para pacientes em uso de sistema coletor de urina fechado, o profissional deve:
  - Higienizar as mãos;
  - Calçar as luvas de procedimentos;

Fig 17.1: Verificando diurese em sistema coletor fechado

Reunir material necessário;

- Comunicar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado;
  - Abrir o clamp inferior do sistema coletor para esvaziar a bolsa coletora;
  - Depositar a urina drenada no coletor de urina graduado, anotando o volume obtido;
  - Desprezar as eliminações em local apropriado;
  - Retirar luvas;
  - Higienizar as mãos;
  - Anotar as características da diurese (cor, odor, presença de sedimentos) e registrar na folha de anotação de enfermagem no prontuário do paciente;
- O técnico de enfermagem ao fazer o registro deverá Informar à enfermeira os valores de infusão e eliminações, para que se possa proceder com o cálculo do balanço hídrico, quantificando ao final de 24 horas o total de ingestão e eliminação de líquidos.



Fonte: VOLPATO et al, 2007.

**Observação:**

- A cada duas horas observar e anotar a quantidade de líquidos ingeridos e infundidos durante as 24 horas;
- Mensurar também se houver vômitos, diarreia, líquidos de drenagens e eliminações ou ingestões por cateteres.
- Não permitir que a bolsa coletora da diurese fique muito cheia;
- O enfermeiro deverá fazer a subtração do total da soma de ingestões pelo total da soma de eliminações, devendo ser o resultado um valor positivo.

**GRUPO 18: Avaliando e amenizando a dor**



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO  
SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 18.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Avaliando e amenizando a dor</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Escala de avaliação da dor;
- Impresso para preenchimento de informações

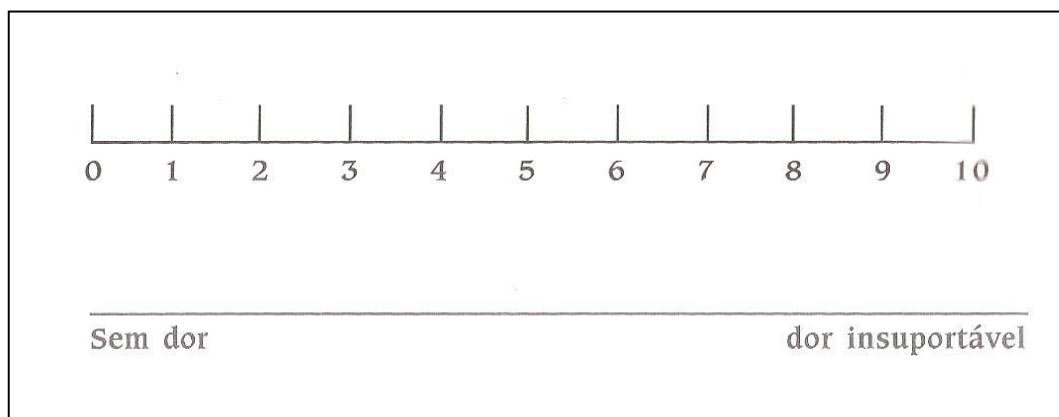
**COMO FAZER:**

- Buscar identificar características da dor (início, duração, localização e intensidade) e fatores relacionados (por exemplo, o que faz piorar ou aliviar);
- Utilizar escala de avaliação da dor que podem ser: Escala de intensidade da dor de descrição simples ou de categorias de palavras (pedindo o paciente que identifique sua dor dentre as opções: sem dor, dor leve, dor moderada, dor severa, dor muito forte, pior dor possível); Escala numérica de intensidade da dor de 0-10 (pedindo ao paciente que determine sua dor numa escala de 0-10); Escala analógica visual - EAV (pedindo ao paciente que identifique na escala de cor, a intensidade da cor que se assemelha a sua dor ou que identifique numa escala com linha horizontal reta de 10 cm de comprimento a posição referente a sua dor, sendo os extremos caracterizados por “Sem dor” e “Dor insuportável”); Escala de faces (pedindo ao paciente que identifique dentre as faces contidas na escala aquela que expressa a sua dor), entre outras (Fig.18.1);



- Avaliar a dor do paciente e suas características em intervalos regulares, ao despertar e 30 minutos após a implementação de uma técnica de controle da dor;
- Modificar ou eliminar fatores que contribuem para a dor, como bexiga cheia, posição desconfortável, atividade que agrave a dor, ambiente excessivamente quente ou frio, barulho ou isolamento social, entre outros;
- Conversar com paciente para identificar sua escolha quanto ao uso de técnicas para alívio da dor dentre as que forem disponíveis;
- Administrar analgésicos prescritos ou outras técnicas alternativas não medicamentosas de controle da dor, de acordo com a situação de dor apresentada;
- Conversar com o paciente para identificar repercussões da dor em sua vida diária e, assim, poder estabelecer uma comunicação com o paciente para que possam planejar estratégias de amenização das repercussões da dor;
- Registrar no prontuário os valores obtidos de intensidade da dor pelo uso das escalas de avaliação da dor;
- Registrar no prontuário medidas de intervenção realizadas para o alívio da dor e evolução da dor ao longo das intervenções realizadas.

Fig 18.1: Exemplos de escalas de avaliação da dor



Fonte: VOLPATO et al, 2007.





**GRUPO 19: Sondagem/Cateterismo gástrico e entérico**



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 19.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Preparo de equipamentos/materiais e auxílio na realização do cateterismo gástrico</b>		

**QUEM EXECUTA:**

O procedimento de inserção do cateter só poderá ser realizado pelo enfermeiro ou médico, podendo o técnico de enfermagem atuar o auxílio da realização do procedimento.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Cateter nasogástrico com tamanho de acordo com a anatomia do paciente;
- Seringa de 20ml;
- Pacote com gaze estéril;
- Fita adesiva;
- 100ml de água filtrada ou fervida;
- Toalha;
- Luvas de procedimento;
- Xilocaína geléia;
- Estetoscópio;
- Biombo.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Preparar o material necessário e organizá-lo na bandeja sobre a bancada específica e próximo ao local onde será realizado o procedimento;

- Aguardar que o enfermeiro explique ao paciente a finalidade do tratamento e como será realizado;
- Colocar biombos ao redor do leito para promover privacidade ao paciente;
- Posicionar o paciente em Fowler, com a cabeça ligeiramente inclinada para a frente;
- Proteger o paciente com uma toalha sobre o tórax;
- Abrir o pacote de gaze estéril;
- Colocar a xilocaína na parte superior da gaze estéril. Caso a embalagem de xilocaína já esteja sido usada, desprezar inicialmente uma parte da xilocaína no lixo comum;
- Oferecer o cateter gástrico ao enfermeiro, tendo este a responsabilidade de selecionar corretamente o tipo e calibre do cateter a fim de evitar traumatismos ou necessidade de repetição do procedimento. *Observação: Nas mulheres, utilizam-se cateter de nº 14 e 16, nos homens nº 16 e 18, recém-nascidos de nº 6 e 8, lactentes e crianças nº 8, 10 e 12;*
- Aguardar que o enfermeiro:
  - Calce as luvas de procedimento;
  - Inspecione e higienize as narinas, ou solicitar que o paciente faça;
  - Faça a medição do cateter: da base da orelha à ponta do nariz e daí até a porção final do externo, marcando esse ponto com fita adesiva;
  - Lubrifique do cateter com gaze embebida com xilocaína, a fim de minimizar o desconforto e traumas;
  - Solicite ao paciente para fletir a cabeça até encostar o queixo no tórax;
  - Introduza a sonda suavemente pela narina até atingir a epiglote;
  - Durante a inserção, o paciente é orientado a fazer movimentos de deglutição para abrir a epiglote, voltando a cabeça a posição ereta ou de hiperextensão;
  - Deslize a sonda suavemente até que o ponto marcado na sonda se aproxime da narina;
  - Realização de testes para verificar se o cateter encontra-se na cavidade gástrica, por meio dos procedimentos: pinçar a ponta do cateter e conecta-lo a uma seringa com ar, despinçando a ponta, em seguida. Colocar o estetoscópio sobre o abdome do paciente, na altura do estômago e injetar uma pequena quantidade de ar no interior da cavidade gástrica. Se o cateter estiver realmente na cavidade gástrica, o ruído do ar poderá ser



auscultado; outro teste que poderá ser feito é mediante a inserção da ponta do cateter no interior de um copo com água para verificar se há borbulhamento da água. Em caso positivo, retirar imediatamente o cateter, pois o mesmo poderá estar inserido no trato respiratório; Um terceiro teste realizado é a tentativa de aspiração do conteúdo gástrico por meio do uso da seringa acoplada à ponta do cateter. Caso positivo, confirma-se a introdução do cateter no interior da cavidade gástrica.

○ Após confirmação da localização do cateter, realizar sua fixação, que poderá ser feita com adesivo hipoalergênico.

○ Deixe o paciente em posição confortável;

○ Observação: o enfermeiro retira as luvas, faz a higienização das mãos e registra o procedimento no prontuário do paciente.

- Ao final do procedimento, o técnico de enfermagem calça as luvas de procedimento, recolher o material, desprezando o material descartável em lixo contaminado e o material permanente no expurgo;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos.

#### **OBSERVAÇÃO:**

- O profissional da equipe de enfermagem deve ficar atento ao aparecimento de sinais indicativos de cianose, tosse ou dispneia, que podem indicar que o cateter está localizado no trato respiratório.
- Ao final do procedimento, o enfermeiro deverá registrar no prontuário o horário do procedimento, intercorrências ocorridas, aspecto e quantidade de resíduos que possam ser drenados.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 19.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Preparo de equipamentos/materiais e auxílio na realização do cateterismo entérico</b>		

**QUEM EXECUTA:**

O procedimento de inserção do cateter só poderá ser realizado pelo enfermeiro ou médico, podendo o técnico de enfermagem atuar o auxílio da realização do procedimento.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Cateter nasointestinal com fio guia;
- Seringa de 20ml;
- Pacote com gaze estéril;
- Fita adesiva;
- Toalha;
- Luvas de procedimento;
- Xilocaína geléia;
- Estetoscópio;
- Biombo.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Preparar o material necessário e organizá-lo na bandeja sobre a bancada específica e próximo ao local onde será realizado o procedimento;

- Aguardar que o enfermeiro explique o procedimento e sua finalidade ao paciente e acompanhante;
- Colocar biombos ao redor do leito para promover privacidade ao paciente;
- Colocar o paciente em posição de Fowler ou sentado, com a cabeça ligeiramente inclinada para a frente;
- Proteger o paciente com uma toalha sobre o tórax;
- Abrir o pacote de gaze estéril;
- Colocar a xilocaína na parte superior da gaze estéril. Caso a embalagem de xilocaína já esteja sendo usada, desprezar inicialmente uma parte da xilocaína no lixo comum;
- Oferecer o cateter entérico ao enfermeiro/médico;
- Aguardar que o enfermeiro:
  - Calce as luvas de procedimento;
  - Inspecione e higienize as narinas, ou solicitar que o paciente faça;
  - Faça a medição do cateter: da base da orelha à ponta do nariz e daí até a região hipogástrica, marcando esse ponto com fita adesiva;
  - Lubrifique o cateter com gaze embebida com xilocaína, afim de minimizar o desconforto e traumas;
  - Solicite ao paciente para fletir a cabeça até encostar o queixo no tórax;
  - Introduza a sonda suavemente pela narina até atingir a epiglote;
  - Durante a inserção, o paciente é orientado a fazer movimentos de deglutição para abrir a epiglote, voltando a cabeça a posição ereta ou de hiperextensão;
  - Deslize a sonda suavemente até que o ponto marcado na sonda se aproxime da narina;
  - Realize os testes para verificar se o cateter encontra-se na cavidade entérica, por meio dos procedimentos: pinçar a ponta do cateter e conectá-lo a uma seringa, despinçando a ponta, em seguida. Colocar o estetoscópio sobre a região hipogástrica do paciente e injetar uma pequena quantidade de ar. Se o cateter estiver realmente na cavidade, o ruído do ar poderá ser auscultado; outro teste que poderá ser feito é mediante a inserção da ponta do cateter no interior de um copo com água para verificar se há borbulhamento da água. Em



caso positivo, retirar imediatamente o cateter, pois o mesmo poderá estar inserido no trato respiratório;

○ Realizar fixação da sonda.

- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo para favorecer a peristalse gástrica, o que ajudará na progressão da sonda até próximo à válvula pilórica; Para confirmação da posição, o enfermeiro ou médico deverá encaminhar o paciente para realização do Raio-X. E, somente após do resultado, que a alimentação ou medicação poderão ser administradas;
- Observação: o enfermeiro retira as luvas, faz a higienização das mãos e registra o procedimento no prontuário do paciente.
- Ao final do procedimento, o técnico de enfermagem calça as luvas de procedimento, recolher o material, desprezando o material descartável em lixo contaminado e o material permanente no expurgo;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO  
SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 19.3
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Administração de gavagem por cateter (oro) nasogástrico/nasoenteral para o adulto</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

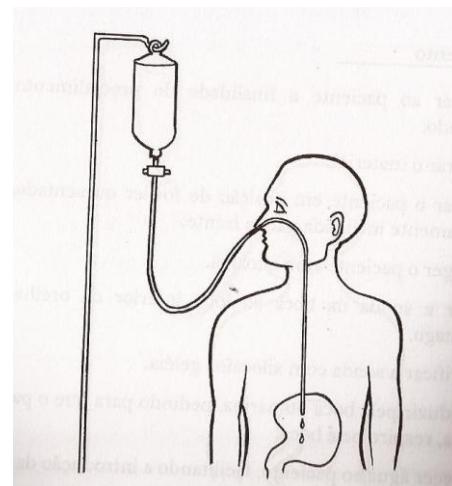
Fig 19.1: Administração de Gavagem

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 20 ml;
- Frasco com a gavagem;
- Recipiente com água própria para ingestão.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Reunir material e dieta prescrita adequada ao tipo de cateter (oro/nasogástrico ou nasoentérico) na bandeja;
- Preencher a extensão do equipo conectado ao frasco de alimentação com a própria gavagem, para retirada do ar contido;
- Levar o material e a alimentação na bandeja para o leito;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado;
- Elevar a cabeceira em 45 ou 90°;
- Higienizar as mãos novamente;
- Calçar as luvas de procedimento;



Fonte: MOTTA, 2009.

- Pinçar o cateter ao abri-lo;
- Conectar a seringa à inserção do cateter;
- Puxar o êmbolo da seringa para cima, avaliando a existência de resíduo gástrico;
- Observar a quantidade de resíduo gástrico para avaliar a necessidade da alimentação do paciente (Lembrando que caso a quantidade esteja a metade do volume a ser administrado, não é recomendado oferecer a gavagem para o mesmo, devendo essa informação ser registrada no prontuário).
- Desacoplar a seringa do cateter, devendo este ser pinçado no momento da retirada; e conectar o cateter ao equipo instalado no frasco de gavagem;
- Colocar gotejamento livre;
- Ao final da administração, lavar o cateter, após a alimentação, para evitar obstrução com 20 – 50 ml de água própria filtrada;
- Recolher o material;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Higienizar as mãos;
- Registrar a realização do procedimento no prontuário.

**OBSERVAÇÃO:**

- Antes da administração de dietas ou medicamentos, o posicionamento do cateter deve ser verificado, a fim de evitar acidentes como a broncoaspiração.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód.19.4
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Administração de medicação por cateter (oro) nasogástrico/nasoenteral para o adulto</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento;
- Bandeja;
- Seringa de 20 ml;
- Agulha 40x12mm para aspiração;
- Recipiente com a medicação;
- Recipiente com água própria para beber.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Reunir material e a medicação prescrita;
- Aspirar a medicação para a seringa de administração;
- Levar o material e a alimentação na bandeja para o leito;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado;
- Elevar a cabeceira em 45 ou 90°;
- Higienizar as mãos novamente;
- Calçar luvas de procedimento;
- Pinçar o cateter ao abri-lo;



- Acoplar a seringa à ponta do cateter, injetando lentamente a medicação com seringa em posição vertical e mais alta que a cabeça do paciente;
- Lavar o cateter com água filtrada após a administração da medicação, para evitar obstrução;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Descartar os resíduos no lixo próprio;
- Registrar a realização do procedimento no prontuário.

**ATENÇÃO!!**

- As medicações em forma sólida, como o comprimido, deverão ser sempre diluídas antes da administração pela sonda;
- Em crianças menores, recomenda-se o uso de cateterismo orogástrico.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 19.5
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Realizando a lavagem gástrica</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro, médico ou técnico de enfermagem sob supervisão do enfermeiro

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Seringa de 20 ml;
- Balde ou jarro;
- Solução prescrita, água própria para consumo ou SF 0,9%;
- Luvas de procedimento;
- Gaze estéril;
- Toalha;
- Sonda de Fauchet ou de Levin com numeração segundo a anatomia do paciente;
- Xilocaína;
- Fita adesiva;
- Saco plástico;
- Biombo.

**COMO FAZER:**

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos;
- Preparar o material em uma bandeja;
- Explicar ao paciente a importância e como será realizado o procedimento;

- Preparar o ambiente, promover privacidade com a utilização de biombos ao redor do leito;
- Colocar a cabeceira elevada;
- Proteger o tórax com toalha;
- Calçar luvas de procedimento;
- Auxiliar o enfermeiro na inserção do cateter nasogástrico, segundo procedimento listado no Cód. 19.1;
- Adaptar na sonda/cateter pinçado a seringa, despinçando-a, sem seguida, para injetar a solução prescrita e evitar a penetração de ar;
- Virar a extremidade da sonda/cateter para o balde, que deve ficar a um nível inferior;
- Repetir a técnica até que volume drenado saia límpido;
- Retirar a sonda/cateter após comprimi-la com uma pinça na ponta proximal, evitando líquido na faringe;
- Recolher o material, desprezando o material descartável em lixo contaminado e o material permanente no expurgo;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário a realização do exame e as características do volume injetado e drenado, suas características e reações do paciente.

**OBSERVAÇÃO:**

- Durante a lavagem gástrica, observar náuseas, dispnéia, cianose, palidez ou outros sintomas que sinalizem hipóxia.



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 19.6
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Cuidados com o cateter (oro) nasogástrico/nasoenteral</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**CUIDADOS COM A SONDA NASOGÁSTRICA E NASOENTERAL:**

- Lavar o cateter após administração de medicamentos ou gavagem com água filtrada ou fervida;
- Observar durante a lavagem a quantidade de líquido introduzido e a quantidade aspirada;
- Observar e registrar aspecto do líquido aspirado;
- Colocar o recipiente para drenagem abaixo do nível do paciente para facilitar a saída de líquidos;
- Evitar forçar o septo e a asa do nariz do paciente, quando na fixação do cateter para evitar traumatismo (necrose);
- Fixar o cateter utilizando-se apenas fitas adesivas hipoalergênicas, que não causem lesão à pele do paciente;
- Trocar fixação do cateter após o banho;
- Variar posições de fixação do cateter diariamente;
- Comunicar a necessidade de troca do cateter, segundo rotina da instituição hospitalar e, ainda, quando a sonda estiver obstruída;
- Elevar a cabeceira (45 ou 90°) para veiculação de dieta enteral ou lavagem do cateter;
- Após infusão de dieta lavar o cateter gástrico com 20 a 50ml de água (adulto) e mantê-lo fechado se não houver vômito ou regurgitação;
- Caso o paciente apresente vômito, distensão abdominal ou em situação de reanimação cardiopulmonar, abrir o cateter gástrico; se necessário, aspirar com uma seringa.



## GRUPO 20: Auxiliando a aspiração



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**

**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 20.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Realizando a aspiração de vias aéreas superiores (orofaríngea)</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro, médico ou fisioterapeuta, podendo o técnico de enfermagem atuar como auxiliar na realização do procedimento, estando sob supervisão do enfermeiro.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Cuba redonda;
- Luvas de procedimento (quando se aspira somente as vias aéreas superiores);
- Óculos de proteção;
- Avental descartável;
- Máscara simples;
- Cateter de aspiração com calibre adequado, sendo de nº 12 a 18 para adultos e nº 8 a 12 para crianças;
- Frasco de solução fisiológica a 0,9%;
- Frasco de água destilada;
- Gazes;
- Cânula de Guedel (se necessário);
- Seringa de 5ml;
- Agulha 40x12mm para aspiração;
- Fonte de oxigênio com fluxômetro;
- Aparelho de aspiração com manômetro (vacuômetro ou aspirador);
- Frasco de aspiração;

- Ambu com reservatório de oxigênio;
- Estetoscópio
- Extensor de silicone ou látex esterilizado;
- Oxímetro de pulso;

### **COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Preparar o material necessário e organizá-lo na bandeja sobre a bancada específica e próximo ao local onde será realizado o procedimento;
- Levar o material para o quarto do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Colocar o biombo ao redor do leito;
- Higienizar as mãos novamente;
- Utilizar EPI's (luvas de procedimento, avental descartável e máscara);
- Conectar o extensor ao aparelho de aspiração;
- Ligar o sistema de aspiração acoplado à extensão e verificar se a pressão está dentro do intervalo do valor de normalidade e desligá-lo, em seguida. O teste pode ser feito pela imersão da extensão em frasco com água destilada que deverá ser sugada;
- Confirmar o bom funcionamento do oxímetro de pulso;
- Elevar a cabeceira do cliente no mínimo 45°;
- Colocar oxímetro digital no primeiro quirodáctilo;
- Aspirar cerca de 5ml de SF% do frasco de soro por meio do uso da seringa acoplada a agulha e deixar a seringa coberta pela embalagem protetora até que seja usada;
- Abrir o pacote contendo o cateter de aspiração;
- Conectar a extremidade do cateter à extensão, lubrificar o cateter com água destilada, ou solução fisiológica a 0,9%, segurando-o com gazes;
- Antes de aspirar as narinas, é aconselhável instilar aproximadamente 0,5ml de SF 0,9% em cada uma delas, para fluidificar as secreções;

- Introduzir o cateter pinçado (sem sucção) em uma das narinas, até a medida que se obtém a partir da medição prévia do cateter da ponta do nariz até o lobo da orelha;
- Ligar o sistema de aspiração;
- Abrir o cateter e aspirar, em movimento circular, por no máximo 10 segundos;
- Retirar a sonda lentamente e deixar o paciente descansar por 20 a 30 segundos para continuar a aspiração;
- Repetir o procedimento na outra narina;
- Lavar a sonda com solução fisiológica a 0,9% ou água destilada antes da aspiração da cavidade oral, se necessário, trocar a sonda.
- Em seguida, inserir o cateter pinçado na cavidade oral (é inçado o uso da cânula de Guedel).
- Repetir o procedimento utilizado para a aspiração das narinas;
- Ao final da aspiração, lavar a extensão com água destilada, a fim de manter sua permeabilidade e evitar acúmulo de secreções;
- Realizar corretamente a higiene da boca do paciente com gazes após cada aspiração;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Ao final do procedimento, desprezar o cateter em lixo contaminado e perfurocortantes em recipiente próprio;
- Retirar as luvas;
- Recolher o material do quarto, mantendo a unidade organizada;
- Encaminhar o material permanente e o resíduo para o expurgo;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel-toalha e fazer uma desinfecção com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;
- Registrar a realização do procedimento e aspecto, quantidade da secreção e reação do paciente durante e após o procedimento, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.



**OBSERVAÇÃO:**

- O profissional responsável pelo procedimento deverá ficar atento aos sinais de hipóxia, taquicardia e valores de oximetria alterados.
- Na aspiração da orofaringe, atente para o possível estímulo vagal, que pode gerar bradicardia importante.
- Troque as extensões de aspiração diariamente.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 20.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 4
<b>Preparo de equipamentos/materiais e auxílio na realização da aspiração endotraqueal</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Técnico de enfermagem sob supervisão do enfermeiro.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja;
- Cuba redonda;
- Luvas estéreis (quando se realiza aspiração endotraqueal);
- Óculos de proteção;
- Máscara simples;
- Avental descartável;
- Cateter de aspiração com calibre adequado, sendo de nº 12 a 18 para adultos e nº 8 a 12 para crianças;
- Frascos de SF a 0,9%;
- Frasco de água destilada;
- Gazes;
- Seringa de 5ml;
- Agulha 40x12mm para aspiração;
- Fonte de oxigênio com fluxômetro;
- Aparelho de aspiração com manômetro (vacuômetro ou aspirador);;
- Frasco de aspiração;

- Ambu com reservatório de oxigênio;
- Estetoscópio
- Extensor de silicone ou látex esterilizado;
- Oxímetro de pulso;

### **COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Preparar o material necessário e organizá-lo na bandeja sobre a bancada específica;
- Levar o material para o quarto do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Colocar o biombo ao redor do leito;
- Higienizar as mãos novamente;
- Utilizar EPI's (luvas de procedimento, avental descartável e máscara);
- Conectar o extensor ao aparelho de aspiração;
- Ligar o sistema de aspiração acoplado à extensão e verificar se a pressão está dentro do intervalo do valor de normalidade e desligá-lo, em seguida. O teste pode ser feito pela imersão da extensão em frasco com água destilada que deverá ser sugada;
- Confirmar o bom funcionamento do oxímetro de pulso;
- O profissional responsável pela realização do procedimento deverá escolher cateter de aspiração de tamanho adequado ao comprimento do TOT, para que a ponta da sonda não ultrapasse o limite do TOT e provoque lesões na mucosa da traqueia e parede brônquica;
- Colocar oxímetro digital no primeiro quirodáctilo;
- Verificar condições do paciente antes do procedimento, verificando a função cardíaca (FC), saturação de oxigênio e função renal;
- O profissional responsável pela realização do procedimento deverá auscultar o paciente antes do procedimento avaliando a presença de secreções;
- Adaptar a borracha do ambu à fonte de O<sub>2</sub>;

- Abrir pacote de luvas estéreis e deixa-lo sobre a bancada próxima ao paciente, tendo o cuidado de não contaminar a região interna estéril, que atuará como campo estéril para realização do procedimento;
- Aguardar que o profissional calce as luvas estéreis;
- Abrir o pacote de gaze estéril na forma de pétalas, colocando as gazes dentro do campo estéril, sem contaminá-las;
- Abrir pacote contendo seringa e oferecer ao profissional responsável pelo procedimento;
- Abrir o pacote estéril contendo a cuba redonda e coloca-la dentro do campo estéril;
- Depositar a solução de SF 0,9% na cuba, até preenchê-la e sem contaminá-la;
- Aguardar que o profissional aspire o SF 0,9% com o uso da seringa e, depois, mantenha-a guardada dentro do campo estéril para posterior utilização;
- Abrir o pacote contendo o cateter de aspiração adequado e entregar ao profissional responsável que deverá segura-lo com a mão dominante, enrolando-o;
- Segurar o extensor já conectado ao aspirador e aguardar que o enfermeiro conecte o cateter de aspiração ao extensor com a mão não dominante;
- Em sintonia com o profissional, desconectar o TOT/TQT do equipamento de ventilação (respirador, BIPAP) e aguardar que o enfermeiro insira o cateter na cavidade:
  - Introdução do cateter pinçado até a marcação previamente realizada, quando em TOT e até ao nível da resistência cartilaginosa quando em TQT; Após atingir marcação, o cateter deverá ser despinçado e realizada a aspiração com movimentos rotativos. *Observação: Esse processo não deverá ultrapassar 10 segundos.*
  - Retirar a sonda lentamente e deixar o paciente descansar por 20 a 30 segundos para continuar a aspiração;
- Em casos de queda de saturação e/ou nos intervalos entre as aspirações, deve-se ventilar o paciente com ambú, ou conectar o TOT/TQT ao respirador;
- Caso o profissional responsável pelo procedimento perceba a presença de rolhas na secreção, ele poderá instilar solução de SF 0,9% previamente preparada na seringa;



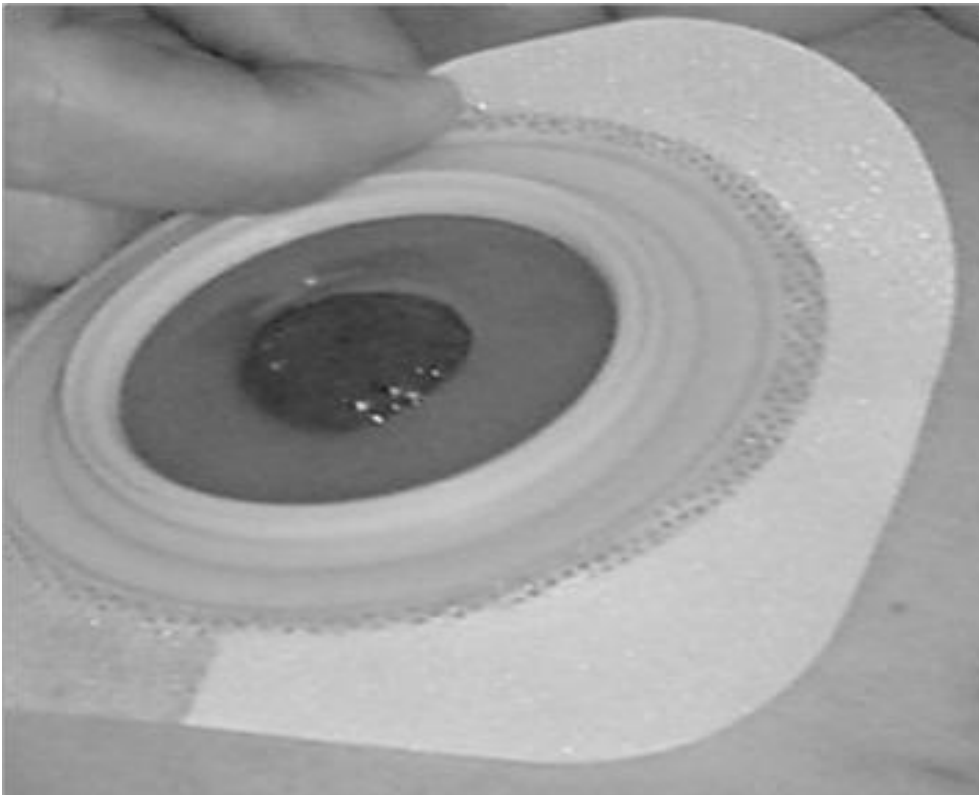


- Avaliar ou auxiliar a verificação da eficácia do procedimento através da ausculta pulmonar, FC, FR e saturação de O<sub>2</sub>;
- Avaliar a presença de complicações como extubação (deslocamento do TOT). Nesse caso, o paciente não recupera seus sinais vitais e saturação de O<sub>2</sub>, devendo o médico ser comunicado imediatamente;
- Caso o profissional perceba a necessidade, ele ainda poderá realizar aspiração de vias aéreas superiores;
- Lavar o circuito com seringa contendo SF0,9%;
- Manter protegida a borracha de aspiração (que deve ser trocada a cada 24h, juntamente com o frasco);
- Recolher o material, desprezando o que for descartável em lixo contaminado, os materiais perfurocortantes no recipiente específico e o material permanente no expurgo;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos.

#### **OBSERVAÇÃO:**

- O profissional responsável pela realização do procedimento deverá registrar a realização do procedimento e **aspecto, quantidade da secreção aspirada e reação do paciente durante e após o procedimento, na folha de anotação de enfermagem** do prontuário do paciente.
- Estando, também, o técnico de enfermagem na responsabilidade de registrar possíveis intercorrências surgidas ao longo do plantão de trabalho.

**GRUPO 21: Cuidados com ostomia**



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód.21.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Cuidados com a bolsa da ostomia</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja ou carro de curativo;
- Biombo;
- Gazes;
- Copo descartável com água, ou solução fisiológica;
- Luvas de procedimento e máscara;
- Comadre ou recipiente graduado;
- Compressas limpas;
- Papel higiênico ou toalhas de papel.

**COMO FAZER:**

- Reunir material necessário;
- Higienizar as mãos;
- Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Proporcionar privacidade do paciente, com utilização do biombo;
- Calçar luvas de procedimento;

- Sentar o paciente sobre o vaso sanitário, se possível, ou em uma cadeira. Caso não seja possível, posicioná-lo em decúbito dorsal, utilizar a comadre (aparadeira) e colocar a bolsa sobre ela;
- Retirar a presilha/clamp da bolsa e drenar as fezes no vaso sanitário ou aparadeira;
- Lavar a presilha/clamp com água ou solução fisiológica a 0,9%;
- Abrir a extremidade inferior da bolsa e limpar com papel higiênico ou toalha de papel;
- Prender novamente a extremidade da bolsa com a presilha;
- Limpar a parte externa da bolsa com compressa limpa e úmida;
- Desprezar as fezes no vaso sanitário;
- Desprezar material usado;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário ou em impresso, informando ao enfermeiro eventuais anormalidades.

**Atenção:**

- A bolsa de ostomias deve ser esvaziada sempre que o conteúdo atingir um terço de sua capacidade, evitando que o peso excessivo da bolsa descoloque a placa.
- Na colostomia, o sistema deve ser trocado a cada quatro ou cinco dias. E na ileostomia, o sistema deve ser trocado a cada dois ou três dias. O sistema deve ser trocado antes deste período quando apresentar vazamentos.

**GRUPO 22: Auxiliando procedimentos médicos**



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 22.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Preparo de equipamentos/materiais e auxílio na realização da cardioversão química</b>		

**QUEM EXECUTA:**

O procedimento de cardioversão é de responsabilidade do profissional médico, podendo o técnico de enfermagem atuar no preparo de equipamentos/materiais e auxílio da realização do procedimento.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Antiarrítmico prescrito;
- Solução para diluição da droga (conforme prescrição médica);
- Unidade de equipo para infusão;
- Kit de material para punção venosa (conforme materiais contidos no procedimento listado no Cód. 22.2);
- Monitor cardíaco;
- Eletrodos;
- Luvas de procedimento.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos
- Monitorar o paciente, colocando os eletrodos nos locais indicados, conectando-os ao monitor cardíaco;
- Verificar os sinais vitais;
- Calçar luvas de procedimento;

- Puncionar uma veia periférica calibrosa;
- Instalar o medicamento antiarrítmico;
- Observar o paciente durante a infusão do medicamento;
- Comunicar ao médico/enfermeiro alterações apresentadas pelo paciente (como alterações de sinais vitais, tontura, sudorese, entre outros);
- Ao final do procedimento, recolher o material, desprezando o que for descartável em lixo contaminado, os perfurocortantes em recipiente próprio e o material permanente no expurgo;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 22.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Preparo de equipamentos/materiais e auxílio na realização da cardioversão elétrica</b>		

**QUEM EXECUTA:**

O procedimento de cardioversão é de responsabilidade do profissional médico, podendo o técnico de enfermagem atuar no preparo de equipamentos/materiais e auxílio da realização do procedimento.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Cardioversor;
- Monitor cardíaco;
- Eletrodos;
- Aparelho de eletrocardiograma;
- Ambu, máscara extensão;
- Umidificador de oxigênio e extensão;
- Cateter ou máscara de oxigênio;
- Aspirador e extensão;
- Unidade de cateter para aspiração;
- Pasta condutora (gel);
- Kit de material para punção venosa (conforme materiais contidos no procedimento listado no Cód. 22.2);
- Sedação prescrita
- **Material de Entubação:**
- Laringoscópio com pilha;



- Guia metálico;
- Cânula endotraqueal (numeração conforme paciente);
- Cadarço;
- Seringa de 20ml;
- Luvas de procedimento;
- Medicamentos de emergência, conforme rotina da instituição.

#### **COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Preparar o material;
- Junto ao enfermeiro, testar o cardioversor;
- Certificar que o equipamento está ligado na tomada ou na bateria;
- Testar o aspirador e umidificador;
- Testar o eletrocardiograma;
- Em caso de paciente consciente, orienta-lo quanto ao procedimento;
- Retirar todos os objetos de metal do paciente;
- Monitorar o paciente, colocando os eletrodos nos locais indicados, conectando-os ao monitor cardíaco;
- Calçar luvas de procedimento;
- Puncionar uma veia periférica calibrosa;
- Verificar sinais vitais;
- Preparar a sedação conforme prescrição do médico;
- Realizar eletrocardiograma, conforme procedimento listado no Cód. 12.8 e anotar **data, hora, local, profissional** que realizou, **nome completo do paciente e idade**;
- Colocar grande quantidade de gel condutor nas pás;
- Administrar a sedação lentamente, pedindo que o paciente conte até dez, se possível;
- Programar a carga solicitada pelo médico;
- Após o médico ter disparado o choque, ventilar o paciente com ambu e máscara;

- Instalar oxigênio;
- Controlar sinais vitais;
- Realizar eletrocardiograma;
- Observar as respostas clínicas do paciente e comunicar ao médico/enfermeiro as intercorrências;
- Retirar o excesso de gel do tórax do paciente.
- Em caso de emergência, auxiliar o médico na técnica de intubação fornecendo os materiais já preparados e que forem sendo solicitados;
- Ao final do procedimento, recolher o material, desprezando o que for descartável em lixo contaminado, os perfurocortantes em recipiente próprio e o material permanente no expurgo;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 22.3
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Preparo de equipamentos/materiais e auxílio na realização da inserção do cateter venoso central</b>		

**QUEM EXECUTA:**

O procedimento de inserção do cateter venoso central é de responsabilidade do profissional médico, podendo o técnico de enfermagem atuar no preparo de equipamentos/materiais e auxílio da realização do procedimento.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Capote cirúrgico;
- Pacote de pequena cirurgia;
- Gorro;
- Máscara;
- Óculos de proteção ou viseira;
- Luva estéril;
- 01 unidade de intracath;
- 01 unidade de fio de sutura;
- 01 unidade de torneira de 3 vias;
- 01 unidade de lâmina 11 ou 15;
- Seringa 20 ml;
- Agulha de 30x7 ou 13x 4,5;
- Xilocaína a 2% sem vasoconstritor;
- Equipo para infusão;
- Frasco de solução fisiológica 0,9% (250 ml);

- Esparadrapo ou micropore;
- Pacote de gaze;
- Antisséptico segundo orientação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição.

**COMO FAZER:**

- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Organizar o material na bancada específica e próximo ao local onde será realizado o procedimento;
- Conectar a solução fisiológica 0,9% no equipo e torneira de três vias, retirando o ar do sistema. Deixar o sistema de hidratação fechado e o frasco preso ao suporte;
- Posicionar o paciente no leito em decúbito dorsal-horizontal;
- Pedir ao paciente que vire a cabeça para o lado oposto à inserção do cateter para realização da punção, se o acesso for na jugular;
- Oferecer antisséptico ao médico, utilizando aquele prescrito de acordo com a rotina da CCIH da instituição;
- Auxiliar o médico a vestir o capote cirúrgico;
- Abrir a embalagem da luva estéril e oferecer ao médico;
- Aguardar que o médico proceda com a realização da punção, entregando-os os materiais já preparados e que forem sendo solicitados;
- Entregar o equipo previamente preparado ao médico para conexão com o cateter;
- Abrir o equipo de SF 0,9%;
- Aguardar término do procedimento (fixação do cateter e realização do curativo);
- Levantar a cabeceira do leito;
- Organizar o material;
- Ao final do procedimento, recolher o material, desprezando o que for descartável em lixo contaminado, os perfurocortantes em recipiente próprio e o material permanente no expurgo;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 22.4
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Preparo de equipamentos/materiais e auxílio na realização da toracocentese</b>		

**QUEM EXECUTA**

O procedimento de toracocentese é de responsabilidade do profissional médico, podendo o técnico de enfermagem atuar no preparo de equipamentos/material e auxiliar na realização do procedimento, estando sob supervisão do enfermeiro.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Pacote de pequena cirurgia (01 pinça com dente, 01 pinça anatômica, 02 pinças Kelly curvas, 02 pinças Kelly retas, 01 par de Farabeuf, 01 cabo de bisturi para lâmina 11 ou 15, 01 cuba redonda);
- 01 conjunto de agulha de Colp;
- Lâmina de bisturi nº 11 ou 15;
- Equipo de soro macrogotas;
- 02 frascos a vácuo;
- Pacote de gaze;
- Seringa de 20ml;
- Agulha 40x12mm;
- Agulha 30x7mm;
- Agulha 13x4,5mm;
- 01 frasco de xilocaína sem vasoconstritor a 2%;
- Antisséptico segundo orientação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição.

- Luva estéril.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Organizar o material na bancada específica e próximo ao local onde será realizado o procedimento;
- Dispor o material sob uma superfície limpa;
- Abrir o pacote, segurando inicialmente na ponta referente ao final da fita crepe, puxando-a. Puxar a ponta contrária do pacote; Em seguida, puxar as pontas laterais e, assim, expor a região interna estéril, sem tocá-la;
- Abrir a embalagem das luvas estéreis para o médico;
- Após a punção, o médico irá conectar uma extremidade do equipo no cateter intravenoso, devendo o técnico conectar a outra extremidade ao frasco a vácuo;
- Auxiliar o enfermeiro/médico na realização do curativo do local da punção após a retirada do cateter;
- Anotar a quantidade drenada e aspecto da drenagem;
- Organizar o material utilizado e confirmar com o médico a necessidade do envio do material drenado para exames laboratoriais complementares;
- Ao final do procedimento, recolher o material, desprezando o que for descartável em lixo contaminado, os perfurocortantes em recipiente próprio e o material permanente no expurgo;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 22.5
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Preparo de equipamentos/materiais e auxílio na realização da Drenagem Torácica</b>		

**QUEM EXECUTA:**

O procedimento de drenagem torácica é de responsabilidade do profissional médico, podendo o técnico de enfermagem atuar no preparo de equipamentos/materiais e auxiliar na realização do procedimento, estando sob supervisão do enfermeiro.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Bandeja, ou carrinho de procedimento;
- Pacote de pequena cirurgia com 01 pinça de Rochestter longa;
- 02 fios para sutura mononáilon 3.0;
- Kit de dreno torácico 3/8 ou 1/4, de acordo com o critério de escolha do médico;
- Soro fisiológico 0,9% de 500ml;
- Lâmina de bisturi nº 11 ou 15;
- Equipo de soro macrogotas;
- Povidine alcoólico (ou outro antisséptico conforme CCIH);
- Pacote de gaze;
- Seringa de 20ml;
- Agulha 40x12mm; 30x07mm e 13x4,5mm;
- Xilocaína sem vasoconstritor a 2%;
- Pacote de curativo, esparadrapo e adesivo hipoalergênico;
- Avental estéril para o médico;
- Luvas estéreis

### **COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Organizar o material na bandeja em bancada específica e próximo ao local onde será realizado o procedimento;
- Levar o material em uma bandeja, ou carrinho de procedimento, para a enfermaria do paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Posicionar o paciente em dorsolateral, utilizando um coxim de apoio e expor o lado a ser drenado;
- Higienizar as mãos novamente;
- Disponer o material sob uma superfície limpa;
- Oferecer avental estéril para o médico;
- Oferecer um par de luvas estéreis para o médico;
- Abrir o pacote, segurando inicialmente na ponta referente ao final da fita crepe, puxando-a. Puxar a ponta contrária do pacote. Em seguida, puxar as pontas laterais e, assim, expor a região interna estéril. Pegar na parte externa do pacote, não contaminando a região interna estéril;
- Abrir pacote de gaze em pétalas, sem tocar na superfície da gaze. Colocar a gaze dentro do campo estéril (no interior do kit da bandeja aberto);
- Embeber a gaze estéril com PVPI para anti-sepsia local, sem contaminar o material disposto para o procedimento;
- Abrir os demais materiais solicitados pelo médico, mantendo a técnica de não contaminação do material;
- Antes de introdução do dreno torácico, deve-se conectar o sistema de drenagem ao dreno, com o frasco de drenagem previamente preenchido com o selo d'água da seguinte maneira:
  - Abrir o frasco do kit de drenagem;
  - Preenchê-lo com água estéril de modo que a extremidade do dreno permaneça dentro da água (aproximadamente 04 cm);
  - Fechar o frasco;
  - Despinçar o dreno e observar a drenagem;



- Aguardar o término da introdução do dreno pelo médico;
- Observar se há oscilação ou saída de sangue ou líquido pelo dreno ou borbulhas pela saída de ar;
- Manter o sistema sob o leito em nível sempre abaixo do tórax do paciente e em lugar seguro, para não virar;
- Deixe o paciente em posição confortável;
- Recolher o material, desprezando o material descartável em lixo contaminado e o material permanente no expurgo;
- Lavar a bandeja com água e sabão no posto de enfermagem, secar com papel-toalha e fazer uma desinfecção com álcool a 70%.
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.
- Medir a cada 2 horas a quantidade de drenagem e o aspecto;
- Anotar a quantidade drenada e o aspecto;
- Comunicar ao médico e ao enfermeiro qualquer sinal ou sintoma apresentado pelo paciente após o procedimento;

**ATENÇÃO !**

- Nunca deixar que o dreno fique fora da água, para que não entre ar nos pulmões!

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 22.6
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Preparo de equipamentos/materiais e auxílio na realização da Intubação traqueal</b>		

### **QUEM EXECUTA**

O procedimento de intubação traqueal é de responsabilidade do profissional médico, podendo o técnico de enfermagem atuar no preparo de equipamentos/materiais e auxiliar na realização do procedimento, estando sob supervisão do enfermeiro.

### **MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Capote cirúrgico;
- Óculos de proteção, máscara;
- Cânulas (tubo orotraqueal) de intubação traqueal (material de plástico ou borracha) de números sequenciais: 7,0; 7,5; 8,0; 8,5; 9,0; 9,5; 10,0;
- Cabo de laringoscópio com pilhas;
- Laringoscópio com lâminas curvas e retas de tamanhos diferentes (curta, média e longa);
- Aspirador para secreções;
- Suporte de oxigênio;
- Material para administração de medicações: agulha, seringa e medicação prescrita;
- Luvas estéreis para que o médico realize o procedimento;
- Luvas de procedimento para que o técnico de enfermagem auxilie na realização do procedimento;
- Agulha 40x12mm, seringa de 5ml, aspirador ou vacuômetro, cateter para aspiração, frasco de SF 0,9%, cuba redonda, caso a aspiração traqueal seja necessária;
- Anestésico gel, a 2%, sem vasoconstritor;

- Gaze estéril;
- Cadarço para fixação da cânula;
- Fio guia;

#### **COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Colocar luvas de procedimentos;
- Retirar prótese dentária, *pirings* da cavidade oral do paciente;
- Se paciente em uso de SNG, colocar a sonda em sifonagem. Se paciente em uso de SNE, manter sonda enteral fechada;
- Prover equipamento de proteção individual para o médico: óculos, máscaras, luvas estéreis e capotes;
- Deixar próximo ao local do procedimento o carro de urgência;
- Prover material para execução do procedimento;
- Auxiliar o enfermeiro na montagem e testagem do respirador;
- Manter a cabeceira da cama elevada a 30°
- Auxiliar o enfermeiro na montagem e testagem do laringoscópio
- Abrir a embalagem do tubo traqueal e auxiliar o enfermeiro na testagem da integridade do “cuff” sem contaminar o campo;
- Ventilar o paciente com máscara de O<sub>2</sub>, ligada à fonte de oxigênio a 100 %;
- Administrar a medicação via endovenosa para sedação antes do início do procedimento, caso seja indicado pelo médico;
- Oferecer antisséptico ao médico, conforme orientação da CCIH da instituição;
- Auxiliar o médico a vestir o capote cirúrgico;
- Aguardar que o médico proceda com a realização da intubação, entregando-os os materiais já preparados e que forem sendo solicitados;
- Aguardar que o enfermeiro/médico insufle o balonete com ar, utilizando a seringa após a introdução do tubo até parar o escape de ar; posteriormente, aguardar a verificação da pressão com o aparelho medidor “cuffômetro”



- Oferecer os materiais de aspiração ao enfermeiro para realização da aspiração traqueal de secreções, caso seja necessário (luvas estéreis, seringa de 5ml, frasco de SF 0,9%, cuba redonda, extensor, aparelho de aspiração, cateter de aspiração e gaze estéril);
- Conectar o sistema de ventilação ao tubo traqueal;
- Auxiliar o enfermeiro na realização da fixação do tubo de maneira a evitar a extubação acidental;
- Manter cabeceira elevada a 30°;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Recolher o material, desprezando o material descartável em lixo contaminado e o material permanente no expurgo;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Comunicar ao médico qualquer sinal ou sintoma apresentado pelo paciente após o procedimento;

**OBSERVAÇÃO:**

- Durante a realização do banho no leito, tomar cuidado com a mudança de posicionamento do paciente para não causar a extubação do tubo traqueal;
- Sempre durante o banho do paciente, observar aspectos de sujidade e/ou secreção ao redor do tubo traqueal e solicitar ao enfermeiro que realize a troca da fixação;
- Comunicar ao médico/enfermeiro episódios de agitação psicomotora apresentados pelo paciente para evitar extubação acidental.



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Educação*

## GRUPO 23: Reanimação Cardiopulmonar



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 23.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Realizando a Reanimação cardiopulmonar (RCP) no atendimento pré-hospitalar</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Profissionais da saúde ou pessoas treinadas para a realização desse procedimento

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Desfibrilador Externo Automático, se disponível;
- Luvas de procedimento, se disponível;
- Kit para insuflação boca a boca.

**COMO FAZER:**

- Chamar o Serviço de Emergências Médicas da sua localidade ou pedir para alguém acionar;
- Calçar luvas de procedimento, sempre que possível;
- Avaliar o nível de responsividade do paciente, se a pessoa não responder, coloque a pessoa em decúbito dorsal e sobre superfície firme e plana;
- Verificar o pulso carotídeo em até 10 segundos, e caso esteja ausente, deve ser iniciado imediatamente a RCP;
- Realizar o procedimento de RCP atualmente preconizado C-A-B (circulação/compressões, abertura de vias aéreas, boa ventilação), iniciando por compressões no peito (A compressão deve ser feita na posição de 2cm abaixo do esterno, com uma mão sobre o peito do paciente e a outra em cima, entrelaçando os dedos)
- Comprimir o peito no mínimo cem vezes por minuto com força para afundar pelo menos 5 cm o peito de adultos e crianças e 4 cm o peito do bebê; Se um único socorrista, obedecer a relação de



compressão/ventilação 30:2 (excluindo-se os recém-nascidos); Permitir retorno total do tórax após cada compressão.

- Abrir as vias aéreas, reclinando a cabeça para trás e erguendo o queixo da vítima;
- Com uso de equipamentos de proteção específico para insuflação boca a boca, pince o nariz da vítima. Respirar normalmente e então aplicar duas insuflações com duração de um segundo cada, observando se o peito da vítima sobe.
- Continuar aplicando as compressões e insuflações na proporção de 30 compressões para duas insuflações, até o Resgate chegar;
- Se Desfibrilador Externo Automático disponível, realizar 01 a 03 minutos de RCP antes do primeiro choque de desfibrilação promovido pela equipe de resgate;
- Auxiliar a realização dos demais procedimentos a serem realizados pela equipe de resgate;

**GRUPO 24: Mantendo campo estéril**





**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 24.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Promovendo e mantendo o pacote como campo estéril</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Profissionais da saúde.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Pacote específico para realização do procedimento;
- Itens estéreis adicionais que sejam necessários e que não estão contidos no pacote;
- Equipamentos de proteção individual (EPI) necessários à realização do procedimento.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Verificar no prontuário qual procedimento deve ser realizado;
- Listar os materiais necessários para a realização do procedimento prescrito;
- Reunir o material necessário;
- Verificar se o pacote estéril está lacrado, seco e se a data de validade não expirou;
- Inspecionar a área de trabalho para determinar a limpeza e a organização da superfície sobre a qual será realizado o procedimento;
- Remover os objetos que não serão utilizados e que estão próximos à área em que o campo será disposto;
- Colocar equipamentos de proteção individual (EPI) necessários à realização do procedimento;

- Para abrir o pacote e mantê-lo como um campo estéril, deve-se segurar inicialmente na ponta do pacote referente ao local final da fita crepe, puxando-a. Abrir a ponta contrária do pacote. Em seguida, puxar as pontas laterais e, assim, expor a região interna estéril. Pegar na parte externa do pacote, não contaminando a região interna estéril;
- Para adicionar outros itens estéreis dispostos em embalagem própria, deve-se abrir as pontas da embalagem na forma de pétalas e depositar seu conteúdo sobre o campo estéril;
- Se necessário o uso de uma solução estéril para a realização do procedimento, deve-se proceder de acordo com a sequência abaixo:
  - Abrir a tampa da embalagem da solução sem permitir que o conteúdo interno mantenha contato com qualquer outra substância ou material não-estéril;
  - Se a embalagem da solução já tiver sido aberta, desprezar uma pequena quantidade inicial da solução em um recipiente de descarte;
  - Despejar a quantidade desejada da solução no recipiente estéril que deve estar dentro do campo estéril aberto;
- Ao final da realização do procedimento, recolher o material utilizando, desprezando o que for descartável em lixo contaminado, os perfurocortantes em recipiente próprio e o material permanente no expurgo;
- Retirar EPIs;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário.

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO  
SEDUC – CE

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM		Cód. 24.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Vestindo um avental estéril</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Profissionais da saúde.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Máscara;
- Touca (gorro);
- Pro-pés;
- Avental estéril;
- Luvas estéreis.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Colocar a máscara, pro-pés e touca. **Observação:** essa sequência evita a contaminação das mãos após sua higienização;
- Segurar o avental estéril pela linha interna, próxima ao pescoço, longe do corpo e de outros objetos não-estéreis;
- Possibilitar que o avental se desdobre, ao mesmo tempo suspendê-lo a uma altura suficiente para evitar seu contato com o piso;
- Inserir um braço em cada uma das mangas, sem tocar a superfície externa do avental;
- Solicitar um auxiliar que puxe a parte interna do avental para que ele se adapte ao seu corpo, descubra suas mãos e, então, amarre o avental firmemente;
- Calçar as luvas estéreis, segundo técnica apresentada no procedimento de Cód. 13.3, de modo a cobrir a região mais distal da manga do avental.

**GRUPO 25: Centro Cirúrgico e Central de Material**



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 25.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Desmontagem da Sala de Cirurgia</b>		

**QUEM EXECUTA**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimentos;
- Roupa própria do centro cirúrgico;
- Óculos;
- Máscara;
- Gorro;
- Hamper;
- Rede de vácuo.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimentos, óculos e máscara para proteção individual;
- Reunir material de consumo e bandejas não utilizadas para devolução ao local destinado a guarda de material no centro cirúrgico ou para reprocessamento;
- Revisar os campos cirúrgicos antes de colocar no hamper, para evitar que instrumental cirúrgico seja encaminhado para a lavanderia indevidamente;
- Desprezar material perfuro-cortante em local apropriado;
- Desprezar materiais descartáveis;

- Acondicionar os instrumentais em contêiner próprio para ser encaminhado a Central de Material e Esterilização (CME);
- Separar as compressas dos campos cirúrgicos;
- Desprezar no hamper as roupas e campos cirúrgicos sujos;
- Aspirar pela rede de vácuo as secreções que não podem ser jogadas no lixo ou hamper;
- Encaminhar frascos de vidro com secreções para o expurgo e desprezar no lixo os frascos descartáveis;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Proceder à higienização das mãos;
- Solicitar a limpeza terminal da sala ao funcionário da limpeza;
- Após o término de cada cirurgia programada para a sala, o circulante deve devolver o Carro Retangular ao arsenal para a retirada dos materiais que não foram utilizados e a desinfecção do mesmo.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 25.2
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 1
<b>Montagem do Carro Retangular para Cirurgia</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro e técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Roupa própria do centro cirúrgico;
- Luvas de procedimentos;
- Óculos;
- Máscara;
- Gorro;
- Álcool a 70%;
- Materiais cirúrgicos.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Verificar no quadro o mapa de cirurgia do dia;
- Proceder à limpeza do carro com álcool a 70%;
- Preparar o carro retangular com: pacote de campos cirúrgicos, capotes estéreis, compressas, instrumental cirúrgico, kit básico, kit de fios cirúrgicos, kit de anestesia, materiais específicos e os impressos;
- Entregar o carro retangular para o circulante e ou instrumentador de sala.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 25.3
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Limpeza e Desinfecção do Conjunto de Aspiração</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Luvas de procedimento;
- Avental de mangas longas
- Máscara;
- Óculos ou viseira de proteção facial;
- Água e sabão;
- Conjunto de aspiração infectado;
- Compressas;
- Ar comprimido;
- Campo de algodão ou envelope de polipropileno;
- Autoclave.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Colocar EPI (luvas, máscara, óculos e avental de mangas longas);
- Desconectar o conjunto de aspiração;
- Despejar o conteúdo em pia própria;





- Imergir o conteúdo em água morna e sabão, para liberar a matéria orgânica aderida;
- Lavar o frasco, a tampa e o tubo de látex rigorosamente, com água e sabão líquido, para remoção de toda matéria orgânica. O tubo de látex deve ser “ordenhado” para facilitar a sua limpeza interna;
- Enxaguar rigorosamente os componentes lavados;
- Secar o material com compressa para eliminar resíduos de umidade; deixar o tubo de látex pendurado para eliminar excesso de água e completar secagem com ar comprimido;
- Embalar em campo de algodão ou envelope de polipropileno;
- Retirar as luvas e descartá-las em local apropriado;
- Higienizar as mãos;
- Autoclavar o frasco a 121°C por 30 minutos e o tubo de látex a 121°C por 15 minutos;
- Proceder montagem do sistema;
- Higienizar as mãos.

#### **ATENÇÃO!**

- Enquanto não estiver em uso, o frasco deverá permanecer seco e a ponta do tubo de látex protegida com gaze seca e estéril.
- O frasco com líquido usado para lavar o sistema, após a aspiração, pode conter uma solução com água destilada ou água de torneira e PVP-I (na proporção de 1:100, ou seja, 1 ml de PVP-I para cada 99 ml de água). Essa solução também poderá ser utilizada no frasco de aspiração; quando em uso, o sistema ou conjunto de aspiração deverá ser trocado a cada 24 horas.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 25.4
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Limpeza e Desinfecção de Material de Eletrocardiograma (ECG)</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Eletrocardiograma;
- Gaze ou algodão;
- Álcool a 70%;
- Água e sabão neutro;
- Escova macia.

**COMO FAZER:**

- Desligar o equipamento e desconectá-lo da tomada de energia antes de iniciar a limpeza;
- A cada troca de paciente, deve-se limpar os eletrodos com gaze ou algodão umedecido em álcool a 70%, friccionando-os por 30 segundos.
- Uma vez por semana, deve-se lavar os eletrodos utilizando-se água e sabão neutro com uma escova;

### **ATENÇÃO!!**

- Com a utilização contínua, os eletrodos tendem a escurecer. Não utilizar abrasivos ou objetos pontiagudos para limpá-los;
- Quando necessário, os cabos poderão ser limpos com água e sabão neutro, tomando-se sempre o cuidado de não molhar os conectores;
- Não utilizar produtos químicos como derivados da benzina para limpar os acessórios;
- Nunca acionar manualmente a caneta ou os roletes que prendem o papel enquanto o equipamento estiver ligado;
- Quando o equipamento não estiver sendo utilizado, mantê-lo coberto, evitando acúmulo de poeira em seu interior.
- Se o equipamento for ficar inativo por um período superior a 30 dias, retirar as pilhas ou baterias.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 25.5
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Limpeza e Desinfecção de Endoscópio</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Endoscópio;
- Luvas de procedimentos;
- Avental descartável;
- Óculos ou viseira de proteção facial;
- Máscara;
- Gaze simples estéril;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Sabão neutro/enzimático;
- Escova própria;
- Seringas;
- Álcool a 70%;
- Ar comprimido;
- Solução esterilizante conforme orientação da CCIH da instituição;
- Luvas estéreis.

## COMO FAZER:

### ➤ *Limpeza:*

- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Limpar o aparelho com gaze molhada em soro fisiológico imediatamente após realizar o exame para remoção de secreções mais grosseiras evidentes;
- Irrigar e aspirar o canal de sucção/biopsia;
- Mergulhar o aparelho (exceto a parte óptica em alguns modelos) em recipiente com água e sabão (alguns serviços utilizam nessa fase os sabões enzimáticos/desencrostantes);
- Desmontar o aparelho (válvulas) e lavá-lo interna e externamente;
- Limpar a parte interna dos canais com escova própria;
- Enxaguar em água corrente;
- Secar rigorosamente (resíduos de água poderão diluir progressivamente o desinfetante em uso); usar ar comprimido para secar melhor;
- Proceder a desinfecção.

### ➤ *Desinfecção:*

- Colocar máscaras, avental descartável e óculos de proteção;
- Calçar luvas de procedimento;
- Mergulhar o aparelho (exceto a parte óptica) e válvulas em solução de glutaraldeído a 2% (ou outro produto esterilizante, conforme a orientação da CCIH), conforme instruções do fabricante;
- Para cada canal manter uma seringa acoplada, com o êmbolo tracionado. Essa manobra manterá o desinfetante dentro do canal e evitará presença de ar em seu interior;
- Retirar luvas de procedimento;
- Calçar luvas estéreis;
- Retirar o aparelho da solução após 30 minutos, se temperatura ambiente maior que 25°C e após 60 minutos se temperatura ambiente menor que 25°C;
- Enxaguar abundantemente por 10 minutos com água corrente por dentro e por fora;
- Irrigar os canais do aparelho com álcool a 70% e em seguida secar com ar comprimido.

### **OBSERVAÇÃO:**

- O uso do ar comprimido é aconselhado porque a redução da umidade diminui a probabilidade de proliferação de microrganismos.
- Os resíduos não removidos pela escova de limpeza tanto nos canais de procedimentos, como externamente, sofrerão fixação ao se utilizar o glutaraldeído, formando crostas;
- Para germes comuns, 10 minutos são suficientes para a ação desinfetante a 25°C; para tuberculose, esse tempo deverá ser de 20 minutos (margem de segurança), em temperaturas acima de 25°C;
- A limpeza final de mais de um endoscópio poderá ser realizada por equipamentos apropriados para lavagem;
- Os aparelhos não totalmente submersíveis deverão ter sua empunhadura (manopla ou corpo de controle) limpo com pano úmido e sabão, enxaguando rigorosamente com pano úmido, e em seguida a desinfecção será feita mediante fricção de álcool a 70% por 30 segundos;
- Escovas utilizadas para limpeza dos canais devem ter calibre adequado para obter a remoção completa dos resíduos;
- O uso de desencrostante (detergente enzimático) no processo de limpeza auxiliará na remoção de matéria orgânica.

- Armazenar em local apropriado conforme rotina da unidade;
- Higienizar as mãos.

### **ATENÇÃO!!**

- A limpeza e desinfecção deve ser feita sempre após o uso do estetoscópio.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO  
SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 25.7
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 1
<b>Realizando a limpeza e desinfecção do termômetro de mercúrio</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Álcool a 70%;
- Bolas de algodão;

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Umedecer as bolas de algodão em álcool a 70%;
- Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o com algodão embebido em álcool 70% do local menos para o mais contaminado (corpo para o bulbo);
- Armazenar em local apropriado conforme rotina da unidade;
- Higienizar as mãos.

**ATENÇÃO!!**

- A limpeza e desinfecção deve ser feita sempre após o uso do termômetro.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 25.8
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Limpeza e desinfecção da máscara de nebulizadores</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- EPI (luvas de procedimento, máscara, avental descartável)
- Sabão;
- Álcool a 70%;
- Bolas de algodão;
- Solução desinfetante (Hipoclorito de sódio a 1%);
- Recipiente plástico escuro com tampa.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Encaminhar o material para o processo de limpeza;

➤ *Limpeza*

- Logo após o uso, lavar criteriosamente as máscaras com água e sabão, retirando os resíduos;
- Enxaguá-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo;
- Secar o material com compressa;



- Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro, caso haja necessidade de reposição;
- Enviar o material para o processo de desinfecção.

➤ *Desinfecção*

- Imergir o material já seco na solução desinfetante de hipoclorito a 1% - em caixa fechada - por 30 minutos, registrando em formulário específico o horário de início do processo;
- Após o período, enxaguar o material em água corrente, secar e armazenar em local fechado e limpo;
- Retirar luvas;

**ATENÇÃO!!**

- Os Kits de aerossol são considerados artigos semicríticos, portanto sua desinfecção deve estar compatível com os procedimentos adotados para esse tipo de artigo;
- Antes de iniciar o processo de desinfecção, deve-se realizar limpeza e secagem adequada, pois presença de água no artigo pode diluir a solução química utilizada para desinfecção e, assim, atenuar sua ação;
- O hipoclorito de sódio é o desinfetante de escolha para desinfecção de Kits para nebulização na maioria das instituições de saúde, devido principalmente ao seu baixo custo. O Ministério da Saúde recomenda para a desinfecção de artigos semicríticos o hipoclorito de sódio em concentrações de 10000 ppm (1%) por 30 minutos ou 200 ppm (0,02%) por 60 minutos;
- Ao final do expediente, desprezar o hipoclorito de sódio e lavar a caixa utilizada para desinfecção;
- Deixar registrado em local específico e de fácil visualização a validade do hipoclorito;
- Deve-se colocar a solução de hipoclorito de sódio em recipientes plásticos escuros com tampa, devido à sua fotossensibilidade e volatilidade.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 25.9
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Colocando artigos na autoclave</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Autoclave;
- Material a ser esterilizado.
- Fita termossensível para uso em autoclave

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Preparar e embalar artigos para colocar na autoclave, segundo procedimento listado no Cód. 8.10;
- Colocar os materiais para serem esterilizados em autoclave de acordo com suas especificidades;
- Dar início à esterilização fechando a porta da autoclave e programando o ciclo (em autoclaves automáticas ou semiautomáticas) e conforme a especificação do fabricante;
- Acompanhar todo o ciclo, observando e anotando os dados dos manômetros, manovacuômetro e termômetro;

- Se houver qualquer alteração nos valores registrados, o ciclo deverá ser invalidado e procurada a causa (solicitando o auxílio da manutenção);
- Resolvido o problema, realizar testes de validação;
- Reiniciar o processo de esterilização trocando-se as embalagens de tecidos e/ou papel e secando-se os tecidos molhados;
- Ao término do ciclo de esterilização, abrir a porta da autoclave deixando-a entreaberta para o término da secagem;
- Após secagem abrir totalmente a porta e fechar imediatamente as caixas de escotilhas dos tambores;
- Retirar os pacotes colocando-os em superfície vazada, para evitar choque térmico e umidificação e recontaminação do conteúdo;
- Verificar se os indicadores químicos indicam o contato com o vapor (se as listras da fita de autoclave ficaram escuras);
- Se houver dúvida no processo (as listras da fita de autoclave não enegrecerem), a esterilização desse lote deverá ser invalidada;
- Armazenar os materiais em local fechado depois de frios;
- Reesterilizar todo o material que perder a integridade (campo danificado, caixa entreaberta, papel rasgado) ou sete dias após a data de esterilização;

#### **ATENÇÃO!**

- Verificar o funcionamento do equipamento (autoclave). Solicitar manutenção e reparo, quando necessário e comunicar ao enfermeiro, registrando em planilha o motivo e o tipo de conserto realizado;
- Realizar limpeza semanal em autoclave;
- Realizar teste biológico conforme rotina da instituição;
- Registrar número de ciclos diários realizados, segundo rotina da instituição;
- Esgotar a água da autoclave 2 vezes por semana.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**

**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 25.10
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Preparo e Empacotamento de Artigos para Esterilização</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Embalagens adequadas;
- Equipamentos de proteção individual (EPI's) necessários;
- Artigos a serem esterilizados;

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Utilizar EPI's necessários: luvas, máscara;
- Inspeccionar o artigo antes de iniciar o empacotamento, referente à limpeza, integridade e a funcionalidade;
- Selecionar a embalagem de acordo com o artigo a ser esterilizado;
- Verificar se a embalagem:
  - É permeável ao agente esterilizante;
  - É resistente à umidade;
  - Não oferece dificuldade à abertura do pacote, permitindo observar os princípios da técnica asséptica;

- Verificar se o tecido duplo não apresenta dobra interna, para melhor proteção do pacote, quando se utiliza não-tecido;
- Selar com segurança, observando se a selagem está íntegra, sem orifícios, áreas queimadas ou enrugadas;
- Fazer a identificação na embalagem do artigo em etiqueta adequada, com as informações: descrição do conteúdo, método de esterilização, data da esterilização, data de validade e nome do preparador do artigo.

**Atenção:**

- Quando for preparar bandejas contendo instrumentos cirúrgicos, deve-se conferir a quantidade específica de cada bandeja, antes de embalar com o invólucro apropriado;
- Remover ar do interior das embalagens grau cirúrgico ou filme plástico antes de selar, já que a expansão do ar no interior da câmara de esterilização pode provocar abertura do pacote;

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**

**SEDUC – CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 25.11
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Uso de Indicadores Químicos no Preparo de Pacotes e Bandejas</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Tira de indicador químico de escolha da Instituição;
- Bandeja, pacote ou caixa com instrumentais a serem esterilizados;
- Fita zebrada termossensível para uso em autoclave;
- Luva de procedimentos e máscara.

**COMO FAZER:**

- Higienizar as mãos;
- Após montagem do pacote, bandeja ou caixa com instrumentais posicionar o indicador no centro da bandeja;
- Utilizar a embalagem apropriada para empacotar o material a ser esterilizado;
- Lacrar a embalagem com a fita zebrada termossensível de uso em autoclave;
- Encaminhar o material para ser esterilizado.



### **Observações**

1. O uso dos indicadores deve seguir as orientações do fabricante.
2. Os indicadores devem ser armazenados a temperatura ambiente, não podem ser armazenados em lugares com umidade ou com calor excessivo.
3. Verificar sempre a data de validade impressos nos indicadores e nas embalagens.
4. Os indicadores devem ser colocados em todas as bandejas, pacotes e caixas que são utilizados nos procedimentos invasivos.

**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 25.12
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 2
<b>Teste de Bowie-Dick</b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Autoclave;
- Caixa de teste.

**COMO FAZER:**

- Ligar a autoclave e aguardar aquecimento;
- Colocar a caixa de teste sobre dreno de saída de água, utilizando uma cesta para evitar contato direto com a parte interna (parede da câmara);
- Fechar a autoclave;
- Iniciar o ciclo, quando entrar na esterilização (botão esterilização);
- Marcar no relógio de pulso de 3,5 a 4 minutos; optamos por 4 minutos em esterilização;
- Abortar o ciclo, apertar o botão para interromper o processo de esterilização, na pressão interna de 2,2 a 2,3;
- Ligar novamente a autoclave até que a pressão interna chegue a zero e desarme a autoclave;
- Abrir a porta;
- Retirar a caixa;
- Abrir a caixa sobre a bancada e fazer a leitura.



**Leitura do teste:**

A mudança de coloração uniforme da fita indicadora assegura um completo e eficiente contato do vapor nos materiais.

**ATENÇÃO!**

- O teste de Bowie-Dick deve ser realizado diariamente, no primeiro ciclo de esterilização em autoclave aquecida com a câmara vazia.



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Educação*

**GRUPO 26: Preparo do corpo *pós-mortem***



**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**  
**SEDUC - CE**

<b>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</b>		Cód. 26.1
Data Emissão JAN/2012	Próxima Revisão	Página 1 de 3
<b>Preparo do corpo <i>pós-mortem</i></b>		

**QUEM EXECUTA:**

Enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- EPI: luvas de procedimentos, óculos de proteção e avental descartável;
- Bandeja ou carrinho de procedimento;
- Atadura de 10 ou 20cm;
- Seringa de 10 ml;
- Esparadrapo;
- Gaze;
- Algodão;
- Pinça anatômica ou Pean;
- Pacote de curativo;
- Lâmina de bisturi;
- Material para higiene corporal (bacia com água, sabão, compressa, toalha);
- Biombo;
- Hamper;
- Lençóis;
- Saco plástico.

### **COMO FAZER:**

- Verificar se realmente o óbito foi constatado;
- Certifica-se do registro de óbito pelo médico no prontuário;
- Preparar uma bandeja ou carrinho de procedimento com o material necessário para o procedimento;
- Promover privacidade, colocando biombo ao redor do leito;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimentos, colocar o avental descartável e óculo de proteção;
- Desligar equipamentos e infusões;
- Alinhar o corpo imediatamente após o óbito, deixando os membros alinhados e a cabeça ligeiramente elevada;
- Retirar travesseiros e coxins;
- Recolocar prótese ou ponte móvel imediatamente após o óbito, se houver;
- Fechar os olhos fazendo compressão nas pálpebras, se necessário;
- Retirar a roupa do corpo, colocando-a no hamper ou em um saco plástico identificado e fechado, se for de propriedade da família;
- Retirar todos os cateteres, sondas, drenos, usando lâmina de bisturi para retirar as suturas (pontos) e a seringa de 10ml para desinsuflar os balões de sonda e tubo orotraqueal;
- Desprezar todo o material no container branco (resíduo infectante)
- Higienizar o corpo, se necessário;
- Fazer os curativos nos locais de inserção de drenos, cateteres, e em outras soluções de continuidade da pele e mucosas, das quais possam drenar substâncias orgânicas, de forma compressiva com a utilização de gaze e esparadrapo, para que não haja vazamentos;
- Tamponar com algodão e auxílio da pinça anatômica ou Pean, ouvido, narinas, a orofaringe, vagina e ânus, introduzindo algodão o mais profundamente possível, de maneira que não fique aparecendo externamente.
- Fixar a mandíbula até que enrijeça, utilizando atadura de crepom;
- Conter os membros superiores e inferiores com ataduras de crepom;



- Colocar a 1ª etiqueta de identificação do corpo no tórax do cadáver; **Observação:** *na identificação deve ter nome do paciente, número do prontuário, leito, setor, data e hora do óbito e assinatura do profissional que realizou o preparo do corpo;*
- Envolver o corpo com um lençol;
- Colocar 2ª etiqueta de identificação do corpo sobre o lençol que está envolvendo o corpo, contendo os mesmos dados da 1ª etiqueta;
- Recolher todos os pertences do falecido em saco plástico, identificando-o. Entregar aos familiares.
- Manter o corpo no leito, coberto por um lençol e circundado por biombos até a chegada do maqueiro da câmara mortuária;
- Recolher todo o material, mantendo a unidade organizada;
- Encaminhar o material permanente e o resíduo ao expurgo;
- Auxiliar no transporte do corpo da cama para a maca;
- Retirar as luvas de procedimento, máscara, óculos e avental;
- Higienizar as mãos;
- Entregar ao maqueiro o prontuário e os formulários, notificação de óbito e boletim de óbito, devidamente preenchidos para acompanhar o corpo.
- Providenciar a limpeza terminal da unidade;
- Anotar todo o procedimento realizado e o registro de encaminhamento do paciente ao necrotério no prontuário.

#### **ATENÇÃO!**

- Após a confirmação do óbito pelo médico, proceda imediatamente aos cuidados de preparo pós-morte. Caso o médico solicite necropsia, o corpo não deve ser tamponado.



## REFERÊNCIAS

AHA, American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Novas Diretrizes RCP 2010**. Publicado por National Safety Council (NSC). Tradução e publicação de Rescue Training International (RTI). Ed. Randal Fonseca Ltda. out, 2010.

ALEXANDRE, L.B.S.P.; DAVID, R. **Vacinas: orientações práticas**. 3 ed. São Paulo: Martinari, 2011, 176p.

ANDERS, P. S.; TIPPLE, A. F. Veiga; PIMENTA, F. C. Kits para aerossol em um serviço de saúde: uma análise microbiológica após reprocessamento. **Rev. esc enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 276-81, jun. 2008.

ARANDA, C. M. S. S. et al. **Manual de Procedimentos para Vacinação**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 316 p.

BATISTA, O. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM. **Banho no Leito**. Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara. 2005. Disponível em: <[http://sistemas.isgh.org.br/intranet/hgwa/acreditacao/manuais\\_operacionais/uti\\_adulto/Pops/POP%20N%BA%2036%20-%20BANHO%20NO%20LEITO.pdf](http://sistemas.isgh.org.br/intranet/hgwa/acreditacao/manuais_operacionais/uti_adulto/Pops/POP%20N%BA%2036%20-%20BANHO%20NO%20LEITO.pdf)>. Acesso em: 16 nov. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente: higienização das mãos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 100 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, p. 52, 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: manual do curso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 282 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico – Adulto e Criança.** 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 28 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde reforça calendário de vacinação da criança.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/ministerio-da-saude-reforca-calendario-de-vacinacao-da-crianca/>>. Acesso em: 30 de jul. de 2012.

CAMPINAS, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas de Rotina de Sala para a Enfermagem.** 2009. Disponível em: [http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual\\_rot\\_sala/manual\\_rotinas\\_sala.pdf](http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_sala/manual_rotinas_sala.pdf)>. Acesso em: 20 de dez. 2011.

CARMAGNANI, M.I.S. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, 217p.

DIOGO, J. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM. **Coleta de Triagem Neonatal/Teste do Pezinho.** Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara. 2005. Disponível em: [http://sistemas.isgh.org.br/intranet/hgwa/acreditacao/manuais\\_operacionais/uti\\_neo/pops/POP%20N%BA%20115%20%20COLETA%20DE%20TRIAGEM%20NEONATAL%20TESTE%20D%20PEZINHO.pdf](http://sistemas.isgh.org.br/intranet/hgwa/acreditacao/manuais_operacionais/uti_neo/pops/POP%20N%BA%20115%20%20COLETA%20DE%20TRIAGEM%20NEONATAL%20TESTE%20D%20PEZINHO.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2011.

DIXTAL, B. **Eletrocardiógrafo.** Manual de Operação. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/REL/REL%5B14000-1-2%5D.PDF> >. Acessado em: 14 dez. 2011.

GROSSI, S.A.A.; PASCALI, P.M. **Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus.** Itapevi, SP: A.C. Farmacêutica, 2011, 180p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Instruções para coleta de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário Doação Não-Aparentada.** Disponível em: [http://www.inca.gov.br/publicacoes/coleta\\_ao\\_aparentado\\_set\\_2004.pdf](http://www.inca.gov.br/publicacoes/coleta_ao_aparentado_set_2004.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2011.

JARVIS, C. **Exame Físico e Avaliação de Saúde**. 3 ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2002. 900p.

LUZ, M.F.; BARBOSA, M.T.S. R. **Enfermagem: fundamentos técnicos do cuidar**. Rio de Janeiro: Imperial Novo Milênio. 2010. 156p.

LUZ, S. **Retirada de ponto**. Portal da Enfermagem. 2010. Disponível em: <[http://www.portaldaenfermagem.com.br/protocolos\\_read.asp?id=327](http://www.portaldaenfermagem.com.br/protocolos_read.asp?id=327)>. Acesso em 11 jan. 2012.

MELO, A.M. et al. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM. **Técnica de Luvas Estéreis**. Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara. 2005. Disponível em: <[http://sistemas.isgh.org.br/intranet/hgwa/acreditacao/manuais\\_operacionais/fisioterapia/pops\\_fisioterapia/POP%20N%C2%BA%20513%20-%20T%C3%89CNICA%20DE%20CAL%C3%87AR%20LUVAS%20EST%C3%89REIS.pdf](http://sistemas.isgh.org.br/intranet/hgwa/acreditacao/manuais_operacionais/fisioterapia/pops_fisioterapia/POP%20N%C2%BA%20513%20-%20T%C3%89CNICA%20DE%20CAL%C3%87AR%20LUVAS%20EST%C3%89REIS.pdf)>. Acesso em: 18 nov. 2011.

MOTTA, A.L.C. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. 5 ed. São Paulo: Iátria. 2008. 204p.

MOZACHI, N.; SOUZA, V.H. S. **O Hospital: manual do ambiente hospitalar**. Manual Real. 2011. 832p.

PASSOS, V.C.S.; VOLPATO, A.C.B.V. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2007. 272p.

PINHEIRO, A.R.M. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM. **Curativo em Ulcera Arterial**. Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara. 2005. Disponível em: <[http://sistemas.isgh.org.br/intranet/hgwa/acreditacao/manuais\\_operacionais/pad/pops/POP%20N%BA%20259%20-%20CURATIVO%20EM%20DALCERA%20ARTERIAL.pdf](http://sistemas.isgh.org.br/intranet/hgwa/acreditacao/manuais_operacionais/pad/pops/POP%20N%BA%20259%20-%20CURATIVO%20EM%20DALCERA%20ARTERIAL.pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2011.

PINTO, M. M.M. et al. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão – POP**. Hospital Universitário Antônio Pedro: Diretoria de Enfermagem. Universidade Federal Fluminense. 2011.



Disponível em: <http://www.huap.uff.br/intranet/Arquivos/8-605-manualdepopdohuapversaofinal.pdf>. Acesso em: 12 nov 2011.

SANTOS, S.C.S. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM. **Técnica de Higienização das Mãos.** Hospital Unimed. 2010. Disponível em: <<http://www.unimedlp.com.br/pdf/Manuais%20CCIH/POP%20N%C2%BA%2002%20HIGIENIZA%C3%87%C3%83O%20DAS%20M%C3%83OS.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2011.

SILVA, S.R.; SILVA, M.T. **Manual de procedimentos para estágio em enfermagem.** 2 ed. São Paulo: Martinari, 2008. 328p.

SOARES, C; SILVA, J. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM Enfermagem.** Universidade Federal do Sergipe. Hospital Universitário. 2010. Disponível em: <[http://www.hu.ufs.br/financeiro/arquivos/Pops\\_Enfermagem](http://www.hu.ufs.br/financeiro/arquivos/Pops_Enfermagem)>. Acesso em: 15 nov. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. Departamento de Hipertensão Arterial. **Consensos e Diretrizes.** Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/consensos.asp>. Acesso em: 15 dez. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol. v. 95, n. 1 (supl.1), p. 1-5. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. Tratamento e acompanhamento do Diabetes *Mellitus*. Diretrizes SBD 2006. Disponível em <<http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf>> Acesso em 15 de dez. 2011.

SOCIEDADE PARANAENSE DE CARDIOLOGIA - SPC. **Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar** - suporte básico de vida. Disponível em: <<http://sbc-pr.org/prescritores/index.php/Departamentos/Ressuscitacao/Diretrizes-de-Ressuscitacao-Cardiopulmonar-Suporte-basico-de-vida.html>>. Acesso em 14 out. 2011.

Y, B.K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem.** 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 912p.



## Hino Nacional

Ouviram do Ipiranga as margens plácidas  
De um povo heróico o brado retumbante,  
E o sol da liberdade, em raios fúlgidos,  
Brilhou no céu da pátria nesse instante.

Se o penhor dessa igualdade  
Conseguimos conquistar com braço forte,  
Em teu seio, ó liberdade,  
Desafia o nosso peito a própria morte!

Ó Pátria amada,  
Idolatrada,  
Salve! Salve!

Brasil, um sonho intenso, um raio vívido  
De amor e de esperança à terra desce,  
Se em teu formoso céu, risonho e límpido,  
A imagem do Cruzeiro resplandece.

Gigante pela própria natureza,  
És belo, és forte, impávido colosso,  
E o teu futuro espelha essa grandeza.

Terra adorada,  
Entre outras mil,  
És tu, Brasil,  
Ó Pátria amada!  
Dos filhos deste solo és mãe gentil,  
Pátria amada, Brasil!

Deitado eternamente em berço esplêndido,  
Ao som do mar e à luz do céu profundo,  
Fulguras, ó Brasil, florão da América,  
Iluminado ao sol do Novo Mundo!

Do que a terra, mais garrida,  
Teus risonhos, lindos campos têm mais flores;  
"Nossos bosques têm mais vida",  
"Nossa vida" no teu seio "mais amores."

Ó Pátria amada,  
Idolatrada,  
Salve! Salve!

Brasil, de amor eterno seja símbolo  
O lábaro que ostentas estrelado,  
E diga o verde-louro dessa flâmula  
- "Paz no futuro e glória no passado."

Mas, se ergues da justiça a clava forte,  
Verás que um filho teu não foge à luta,  
Nem teme, quem te adora, a própria morte.

Terra adorada,  
Entre outras mil,  
És tu, Brasil,  
Ó Pátria amada!  
Dos filhos deste solo és mãe gentil,  
Pátria amada, Brasil!

## Hino do Estado do Ceará

Poesia de Thomaz Lopes  
Música de Alberto Nepomuceno  
Terra do sol, do amor, terra da luz!  
Soa o clarim que tua glória conta!  
Terra, o teu nome a fama aos céus remonta  
Em clarão que seduz!  
Nome que brilha esplêndido luzeiro  
Nos fulvos braços de ouro do cruzeiro!

Mudem-se em flor as pedras dos caminhos!  
Chuvas de prata rolem das estrelas...  
E despertando, deslumbrada, ao vê-las  
Ressoa a voz dos ninhos...  
Há de florar nas rosas e nos cravos  
Rubros o sangue ardente dos escravos.  
Seja teu verbo a voz do coração,  
Verbo de paz e amor do Sul ao Norte!  
Ruja teu peito em luta contra a morte,  
Acordando a amplidão.  
Peito que deu alívio a quem sofria  
E foi o sol iluminando o dia!

Tua jangada afoita enfune o pano!  
Vento feliz conduza a vela ousada!  
Que importa que no seu barco seja um nada  
Na vastidão do oceano,  
Se à proa vão heróis e marinheiros  
E vão no peito corações guerreiros?

Se, nós te amamos, em aventuras e mágoas!  
Porque esse chão que embebe a água dos rios  
Há de florar em meses, nos estios  
E bosques, pelas águas!  
Selvas e rios, serras e florestas  
Brotem no solo em rumorosas festas!  
Abra-se ao vento o teu pendão natal  
Sobre as revoltas águas dos teus mares!  
E desfraldado diga aos céus e aos mares  
A vitória imortal!  
Que foi de sangue, em guerras leais e francas,  
E foi na paz da cor das hóstias brancas!



**GOVERNO DO**  
**ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Educação*