



Diário Oficial

ÓRGÃO DE DIVULGAÇÃO OFICIAL DE DOURADOS

FUNDADO EM 1999

ANO XVII | Nº 4.007

DOURADOS, MS | SEXTA-FEIRA, 10 DE JULHO DE 2015

39 PÁGINAS

PODER EXECUTIVO

RESOLUÇÕES

Resolução nº.GI/6/1029/2015/SEMAD

João Azambuja, Secretário Municipal de Administração, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos II e IV, do artigo 75, da Lei Orgânica do Município de Dourados...

RESOLVE:

Conceder ao(à) Servidor(a) Público(a) Municipal, VANESSA ARAGAO LIMA, Matrícula nº. "114766578"; ocupante do cargo de PROFIS DO MAGISTÉRIO MUNICIPAL, lotado(a) na Secretaria Municipal de EDUCACAO INFANTIL (527), "08" oito dias de "Licença Gala", conforme documentação em anexo, parte integrante deste ato de concessão, a partir do dia 26/06/2015.

Registre-se.
Publique-se.
Cumpra-se.

Ao Departamento de Recursos Humanos, para as anotações cabíveis.
Secretaria Municipal de Administração, aos 8 de julho de 2015

João Azambuja
Secretário Municipal de Administração

Resolução nº. Lg/6/1030/2015/SEMAD.

João Azambuja, Secretário Municipal de Administração, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos II e IV, do artigo 75, da Lei Orgânica do Município de Dourados...

RESOLVE:

Conceder à Servidora Pública Municipal ANA PAULA MEDINA FEITOZA, matrícula funcional nº. "90147-3" ocupante do cargo de PROFIS DO MAGISTÉRIO MUNICIPAL, lotada na EDUCACAO INFANTIL (SEMED), "120" (cento e vinte) dias de "LICENÇA à GESTANTE", com benefício restituído pelo INSS, conforme Lei Federal nº10.710 de 5 de agosto de 2003, com fulcro no artigo 125 da Lei Complementar nº. 007/91 (Estatuto do Servidor Público Municipal), c/c Lei Complementar nº. 031/99, conforme documentação em anexo, parte integrante deste ato de concessão, pelo período de "25/05/2015 a 21/09/15", "com base no art. 10, inc. II, alínea "b" da Constituição Federal de 88, fica vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa da servidora gestante desde a confirmação de gravidez até 05 (cinco) meses após o parto", o que caracteriza a "estabilidade provisória" sendo assim, a servidora acima citada, deverá se apresentar para retornar as suas atividades no dia 22/09/2015, um dia após o término de sua "licença a gestante" ou então a mesma será desligada na data final de sua licença, com suspensão de pagamento.

Registre-se.
Publique-se.
Cumpra-se.

Ao Departamento Recursos Humanos, para as anotações de cabíveis.
Secretaria Municipal de Administração, aos 9 de julho de 2015

João Azambuja
Secretário Municipal de Administração

Resolução nº. Ldf/6/1031/2015/SEMAD

João Azambuja, Secretário Municipal de Administração, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos II e IV, do artigo 75, da Lei Orgânica de Dourados...

RESOLVE:

Conceder ao(a) Servidor(a) Público(a) Municipal APARECIDA DOS SANTOS VIEIRA, matrícula nº. "153351", ocupante do cargo de AUX APOIO EDUCACIONAL, lotado(a) na SEC. MUN. DE EDUCACAO (ADM-CEIM-40%), "17" dias de Licença para Acompanhamento de Tratamento de Saúde de familiar, sem prejuízo de sua remuneração, conforme Art. 143 e §§ do Estatuto dos Servidores Públicos Municipais, no período de 15/06/2015 a 01/07/2015.

Registre-se.
Publique-se.
Cumpra-se.

Ao Departamento de Recursos Humanos, para as providências cabíveis.
Secretaria Municipal de Administração, 9 de julho de 2015.

João Azambuja
Secretário Municipal de Administração

Resolução nº.GI/6/1032/2015/SEMAD

João Azambuja, Secretário Municipal de Administração, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos II e IV, do artigo 75, da Lei Orgânica do Município de Dourados...

RESOLVE:

Conceder ao(à) Servidor(a) Público(a) Municipal, DANIELY HENSCHER, Matrícula nº. "114767355-2"; ocupante do cargo de ASSESSOR JURIDICO I, lotado(a) na Secretaria Municipal de PROCURADORIA GERAL (PGM), "08" oito dias de "Licença Gala", conforme documentação em anexo, parte integrante deste ato de concessão, a partir do dia 18/06/2015.

Registre-se.
Publique-se.
Cumpra-se.

Ao Departamento de Recursos Humanos, para as anotações cabíveis.
Secretaria Municipal de Administração, aos 8 de julho de 2015

João Azambuja
Secretário Municipal de Administração

Prefeitura Municipal de Dourados - Mato Grosso do Sul

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL E IMPRENSA

Rua Coronel Ponciano, 1.700

Parque dos Jequitibás - CEP.: 79.839-900

Fone: (67) 3411-7652 / 3411-7626

E-mail: diariooficial@dourados.ms.gov.br

Visite o Diário Oficial na Internet:

<http://www.dourados.ms.gov.br>

Prefeito	Murilo Zauith	3411-7664
Vice-Prefeito	Odilón Azambuja	3411-7665
Agência Municipal de Transportes e Trânsito de Dourados	Ahmed Hassan Gebara	3424-2005
Assessoria de Comunicação Social e Imprensa	3411-7626
Chefe de Gabinete	Lourdes Maria Mendes	3411-7664
Fundação de Esportes de Dourados	José Antonio Coca do Nascimento	3411-7702
Fundação Municipal de Saúde e Administração Hospitalar de Dourados	Roberto Djalma Barros	3410-3000
Guarda Municipal	João Vicente Chencarek	3424-2309
Instituto do Meio Ambiente de Dourados	Rogério Yuri Farias Kintschev	3428-4970
Procuradoria Geral do Município	Ilo Rodrigo de Farias Machado	3411-7761
Secretaria Municipal de Administração	João Azambuja	3411-7105
Secretaria Municipal de Agricultura Familiar e Economia Solidária	Landmark Ferreira Rios	3411-7299
Secretaria Municipal de Assistência Social	Ledi Ferla	3411-7710
Secretaria Municipal de Cultura	Carlos Fábio Selhorst dos Santos	3411-7709
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico Sustentável	Elizabeth Rocha Salomão	3411-7104
Secretaria Municipal de Educação	Marinisa Kiyomi Mizoguchi	3411-7158
Secretaria Municipal de Fazenda	Alessandro Lemes Fagundes	3411-7722
Secretaria Municipal de Governo	José Jorge Filho	3411-7672
Secretaria Municipal de Infraestrutura e Desenvolvimento	Jorge Luis De Lúcia	3411-7788
Secretaria Municipal de Planejamento	Luis Roberto Martins de Araujo	3411-7112
Secretaria Municipal de Saúde	Sebastião Nogueira Faria	3410-5500
Secretaria Municipal de Serviços Urbanos	Márcio Wagner Katayama	3424-3358

RESOLUÇÕES**Resolução nº.Laf/7/1033/2015/SEMAD**

João Azambuja, Secretário Municipal de Administração, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos II e IV, do artigo 75, da Lei Orgânica do Município de Dourados...

RESOLVE:

Conceder ao(a) Servidor(a) Público(a) Municipal, AMARILDO LEITE DE ALMEIDA, matrícula funcional nº. "114760342", ocupante do cargo efetivo de AUXILIAR DE SERVICOS ESPECIALI, lotado(a) na Secretaria Municipal de SEC MUN DE SAUDE (ADM GERAL) (SEMS), "02" (dois) anos, de "Licença, para Trato de Interesse Particular (TIP), sem remuneração", nos termos do artigo 133, da Lei Complementar nº. 107/06 (Estatuto do Servidor Público Municipal), com base no Parecer nº. 672/2015, do Processo Administrativo nº. 430/2015, a partir do dia 23/07/2015.

Registre-se.
Publique-se.
Cumpra-se.

Ao Departamento de Recursos Humanos, para as devidas providências.
Secretaria Municipal de Administração, aos 8 de julho de 2015

João Azambuja
Secretário Municipal de Administração

Resolução nº. Rt/07/1034/2015/SEMAD

João Azambuja, Secretário Municipal de Administração, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos II e IV, do artigo 75, da Lei Orgânica do Município de Dourados...

RESOLVE:

Retornar da Licença para trato de interesse particular (TIP), o (a) Servidor (a) Público (a) Municipal MARCIA AQUINO MAGALHAES, matrícula funcional nº. "77391-1" ocupante do cargo de ASSISTENTE DE APOIO EDUCACIONAL, lotado (a) na SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO (SEMED), à sua função, a pedido, com base no Parecer nº 674/2015, constante no Processo Administrativo nº 439/2015, a partir do dia 25/06/2015.

Registre-se.
Publique-se.
Cumpra-se.

Ao Departamento de Recursos Humanos, para as providências e anotações necessárias.
Secretaria Municipal de Administração, aos 09 de Julho de 2015.

João Azambuja
Secretário Municipal de Administração.

Resolução nº.Laf/6/1035/2015/SEMAD

João Azambuja, Secretário Municipal de Administração, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos II e IV, do artigo 75, da Lei Orgânica do Município de Dourados...

RESOLVE:

Conceder ao(a) Servidor(a) Público(a) Municipal, MICHEL JONE DA SILVA CAVALCANTE, matrícula funcional nº. "114766461-1", ocupante do cargo efetivo de AUXILIAR DE SERVICOS BASICOS, lotado(a) na Secretaria Municipal de SEC. MUN. DE EDUCACAO (ADM-CEIM-40%) (SEMED), "02" (dois) anos, de "Licença, para Trato de Interesse Particular (TIP), sem remuneração", nos termos do artigo 133, da Lei Complementar nº. 107/06 (Estatuto do Servidor Público Municipal), com base no Parecer nº. 673/2015, do Processo Administrativo nº. 438/2015, a partir do dia 29/06/2015.

Registre-se.
Publique-se.
Cumpra-se.

Ao Departamento de Recursos Humanos, para as devidas providências.
Secretaria Municipal de Administração, aos 9 de julho de 2015

João Azambuja
Secretário Municipal de Administração

Resolução nº. Av/07/1.036/15/SEMAD

João Azambuja, Secretário Municipal de Administração, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos II e IV, do artigo 75, da Lei Orgânica do Município de Dourados...

RESOLVE:

Conceder ao(à) Servidor(a) Público(a) Municipal CREUSA FERREIRA DE OLIVEIRA, matrícula funcional nº "43211-3", ocupante do cargo efetivo de PROFISSIONAL DO MAGISTÉRIO MUNICIPAL, lotado(a) na SECRETARIA

MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO (SEMED), Averbação do Tempo de Serviço de "3.152" (três mil, cento e cinquenta e dois) dias de serviços prestados à empresa vinculadas ao INSS, conforme CTC/INSS nº 06021010.1.00134/14-4 do dia 21/05/2015, que serão considerados somente para fins de aposentadoria, no período compreendido de: 08/09/1980 a 30/01/1981; 26/02/1986 a 21/03/1987; 01/10/1989 a 22/01/1995 e de 20/02/1998 a 30/12/1999, em conformidade com os artigos 170 e 72 da Lei Complementar nº 107/06 (Estatuto do Servidor Público Municipal), nos termos do Parecer nº. 670/2015 constante do Processo Administrativo nº 436/2015.

Registre-se.
Publique-se.
Cumpra-se.

Ao Departamento de Recursos Humanos, para as providências e anotações necessárias.
Secretaria Municipal de Administração, aos 09 de Julho de 2015.

João Azambuja
Secretário Municipal de Administração

Resolução nº. Av/07/1.037/15/SEMAD

João Azambuja, Secretário Municipal de Administração, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos II e IV, do artigo 75, da Lei Orgânica do Município de Dourados...

RESOLVE:

Conceder ao(à) Servidor(a) Público(a) Municipal CREUSA FERREIRA DE OLIVEIRA, matrícula funcional nº "43211-1", ocupante do cargo efetivo de PROFISSIONAL DO MAGISTÉRIO MUNICIPAL, lotado(a) na SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO (SEMED), Averbação do Tempo de Serviço de "415" (quatrocentos e quinze) dias de serviços prestados à empresa vinculadas ao INSS, conforme CTC/INSS nº 06021010.1.00134/14-4 do dia 21/05/2015, que serão considerados somente para fins de aposentadoria, no período compreendido de: 01/02/1995 a 21/03/1996, em conformidade com os artigos 170 e 72 da Lei Complementar nº 107/06 (Estatuto do Servidor Público Municipal), nos termos do Parecer nº. 668/2015 constante do Processo Administrativo nº 426/2015.

Registre-se.
Publique-se.
Cumpra-se.

Ao Departamento de Recursos Humanos, para as providências e anotações necessárias.
Secretaria Municipal de Administração, aos 09 de Julho de 2015.

João Azambuja
Secretário Municipal de Administração

Resolução nº. Av/07/1.038/15/SEMAD

João Azambuja, Secretário Municipal de Administração, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos II e IV, do artigo 75, da Lei Orgânica do Município de Dourados...

RESOLVE:

Conceder ao(à) Servidor(a) Público(a) Municipal CREUSA FERREIRA DE OLIVEIRA, matrícula funcional nº "43211-3", ocupante do cargo efetivo de PROFISSIONAL DO MAGISTÉRIO MUNICIPAL, lotado(a) na SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO (SEMED), Averbação do Tempo de Serviço de "144" (cento e quarenta e quatro) dias de serviços prestados ao Estado do Mato Grosso do Sul, que serão considerados somente para fins de aposentadoria, conforme CTC nº 1.019/2014 dia 22/08/2014, no período compreendido de 10/03/1981 a 31/07/1981, em conformidade com os artigos 170 e 72 da Lei Complementar nº 107/06 (Estatuto do Servidor Público Municipal), nos termos do Parecer nº. 669/2015 constante do Processo Administrativo nº 435/2013.

Registre-se.
Publique-se.
Cumpra-se.

Ao Departamento de Recursos Humanos, para as providências e anotações necessárias.
Secretaria Municipal de Administração, aos 09 de Julho de 2015.

João Azambuja
Secretário Municipal de Administração

Resolução nº. Av/07/1.039/15/SEMAD

João Azambuja, Secretário Municipal de Administração, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos II e IV, do artigo 75, da Lei Orgânica do Município de Dourados...

RESOLVE:

Conceder ao(à) Servidor(a) Público(a) Municipal JACIRA ARCELINA DE ARAUJO, matrícula funcional nº "941-1", ocupante do cargo efetivo de AUXILIAR DE SERVIÇOS BÁSICOS, lotado(a) na SECRETARIA MUNICIPAL

RESOLUÇÕES

DE ADMINISTRAÇÃO (SEMAD), Averbação do Tempo de Serviço de “150” (cento e cinquenta) dias de serviços prestados à empresa vinculadas ao INSS, conforme CTC/INSS nº 06021010.1.00128/15-2 do dia 30/06/2015, que serão considerados somente para fins de aposentadoria, no período compreendido de: 05/01/1988 a 04/06/1988, em conformidade com os artigos 170 e 72 da Lei Complementar nº 107/06 (Estatuto do Servidor Público Municipal), nos termos do Parecer nº. 667/2015 constante do Processo Administrativo nº 424/2015.

Registre-se.
Publique-se.
Cumpra-se.

Ao Departamento de Recursos Humanos, para as providências e anotações necessárias.

Secretaria Municipal de Administração, aos 09 de Julho de 2015.

João Azambuja
Secretário Municipal de Administração

Resolução nº. Can/07/1040/15/SEMAD

João Azambuja, Secretário Municipal de Administração, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos II e IV, do artigo 75, da Lei Orgânica do Município de Dourados...

RESOLVE:

CANCELAR, Averbação de Tempo de Contribuição da Servidora Pública Municipal, NADIR SPOLADOR DOBBINS, matrícula funcional nº “28671-1”, ocupante do cargo efetivo de PROFISSIONAL DO MAGISTÉRIO MUNICIPAL, lotada na Secretaria Municipal de Educação (SEMED), Resolução nº AV02/296/13/SEMAD, que concedeu (somente para fins de aposentadoria) de “2.400” (dois mil e quatrocentos) dias de Serviços prestados a Empresas vinculadas ao INSS, conforme parecer nº 671/2015 constante no Processo Administrativo nº 427/2015.

Registre-se.
Publique-se.
Cumpra-se.

Ao Departamento de Recursos Humanos, para as providências e anotações necessárias.

Secretaria Municipal de Administração, 09 de Julho de 2015.

João Azambuja
Secretário Municipal de Administração

Resolução nº. Lt/7/1045/2015/SEMAD

João Azambuja, Secretário Municipal de Administração, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos II e IV, do artigo 75, da Lei Orgânica do Município de Dourados...

RESOLVE:

Conceder ao (a) Servidor (a) Público (a) Municipal GERSON DO NASCIMENTO, matrícula funcional nº. “12951-1” ocupante do cargo de AUXILIAR DE SERVICOS BASICOS, lotado (a) SEC MUN DE SAUDE (GESTAO PLENA) (SEMS) 08 (oito) dias de “Licença Luto” pelo falecimento de seu Pai: Pedro do Nascimento, conforme documentação em anexo, parte integrante deste ato de concessão, a partir do dia 25/06/2015.

Registre-se.
Publique-se.
Cumpra-se.

Ao Departamento de Recursos Humanos, para as devidas providências.
Secretaria Municipal de Administração, aos 9 de julho de 2015.

João Azambuja
Secretário Municipal de Administração

Resolução nº. Lt/7/1046/2015/SEMAD

João Azambuja, Secretário Municipal de Administração, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos II e IV, do artigo 75, da Lei Orgânica do Município de Dourados...

RESOLVE:

Conceder ao (a) Servidor (a) Público (a) Municipal WANDERLEI CARDOSO DA SILVA, matrícula funcional nº. “114763618-2” ocupante do cargo de TECNICO DE SAUDE PUBLICA I, lotado (a) SEC MUN DE SAUDE (SAMU) (SEMS) 02 (dois) dias de “Licença Luto” pelo falecimento de sua sogra: Celina da Conceição, conforme documentação em anexo, parte integrante deste ato de concessão, a partir do dia 09/06/2015.

Registre-se.
Publique-se.
Cumpra-se.

Ao Departamento de Recursos Humanos, para as devidas providências.
Secretaria Municipal de Administração, aos 9 de julho de 2015.

João Azambuja
Secretário Municipal de Administração

EDITAIS**EDITAL/SEMAS N.º 02/2015 - HABILITAÇÃO DAS ENTIDADES SELECIONADAS NO EDITAL DE PROJETOS DE PROGRAMAS E PROJETOS SOCIAIS 001/2015**

A Secretária Municipal de Assistência Social, no uso de suas atribuições legais, torna público as entidades habilitadas para seleção de projetos de programas e projetos sociais, de acordo com as normas e condições constantes neste Edital e no EDITAL/SEMAS N.º 001/2015 – SELEÇÃO DE PROJETOS DE PROGRAMAS E PROJETOS SOCIAIS.

1.0 - DA SELEÇÃO DAS ENTIDADES HABITADAS

1.1 – A Secretaria Municipal de Assistência Social - SEMAS, no exercício de suas atribuições, em cumprimento ao Item 6.4 do Edital de Projetos de Programas e Projetos Sociais 01/2015, publicado em 17/06/2015, torna público as entidades habilitadas e aptas para a celebração de convênios;

- a) Ação Familiar Cristã
- b) Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE
- c) Casa da Criança Feliz
- d) Centro de Integração do Adolescente Dom Alberto – CEIA
- e) Centro Social Maristas de Dourados – CESOMAR
- f) Fraternidade Aliança Toca de Assis
- g) Instituto Agrícola do Menor – IAME
- h) Lar de Crianças Santa Rita
- i) Lar do Idoso
- j) Lar Ebenezzer
- k) Sociedade Pestalozzi de Dourados

2.0 - DO VALOR

2.1 – Fica determinado o valor global de R\$ 100, 000,00 (cem mil reais) do Fundo Municipal de Investimento Social – FMIS. Que serão divididos entre as 11 (onze) entidades de atendimentos habilitadas e aptas para participarem como conveniente na aplicação em programas e projetos sociais.

2.2 – O valor unitário dos projetos será de R\$ 9.090,00 (nove mil e noventa reais) por entidade.

2.3 – As entidades poderão encaminhar apenas 01 (um) projeto; com um único objeto que também poderá financiar reformas/ampliação ou aquisições de materiais permanentes. Sendo que em caso de reforma ou ampliação deverá ser respeitado o parágrafo único do item 3.3 do Edital 001/2015.

2.4 – Os projetos deverão ser apresentados de acordo com o roteiro, em uma (1) via

(original, estando todas as suas páginas numeradas e rubricadas, sendo a última página assinada e carimbada pelo presidente da entidade;

2.5 – Modelo do plano de trabalho, de acordo com a tipificação nacional de serviços socioassistenciais e a declaração de contrapartida se necessária deverá ser solicitados na sede da Secretaria Municipal de Assistência Social, Departamento de Gestão do SUAS – no Núcleo de Apoio e Articulação com a Rede Socioassistencial – Núcleo de Convênios, que serão entregues digitalizados (via pen drive ou e-mail);

2.6 – A entidade somente poderá encaminhar 01 (um) projeto;

2.7 – O não cumprimento das características descritas neste edital implicará no imediato indeferimento do projeto;

2.8 – Os projetos apresentados e seus anexos não serão devolvidos independentes da aprovação ou não do referido projeto.

3.0 – Os projetos apresentados pelas entidades, deverão obrigatoriamente seguir as diretrizes previstas no item 4. “DA CARACTERÍSTICA DO PROJETO” do Edital 001/2015, sob pena de indeferimento do projeto.

4.0 - DOS PRAZOS PARA ENTREGA DOS PROJETOS

4.1 – As entidades deverão entregar os projetos juntamente com ofício de solicitação para celebração de convênio para o Núcleo de Apoio e Articulação com a Rede Socioassistencial da Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS com sede a Rua João Rosa Goes n.º 395- Centro, até o dia 17 de Julho de 2015, no horário das 08h às 13h.

4.2 – Os documentos ou projetos entregues fora do período estabelecido serão automaticamente eliminados do processo de Seleção.

5.0 – Ratifica-se os demais itens do EDITAL/SEMAS N.º 001/2015 – SELEÇÃO DE PROJETOS DE PROGRAMAS E PROJETOS SOCIAIS, publicado em 17/06/2015.

6.0 - DOS ANEXOS

6.1 – Anexo I – Projeto e Plano Trabalho.

Anexo II – Declaração de Contrapartida.

Dourados, 08 de julho de 2015.

Ledi Ferla
Secretária Municipal de Assistência Social

EDITAIS**EDITAL DE PROJETOS DE PROGRAMAS E PROJETOS SOCIAIS 01/2015
ANEXO I
PROJETO E PLANO DE TRABALHO****1. DADOS CADASTRAIS**

1.1 Entidade / Órgão Conveniente:
 1.2 CNPJ:
 1.3 Endereço:
 1.4 Cidade: Dourados U.F.: MS C.E. P:
 1.5 Telefone: Fax:
 1.6 Banco: Conta Corrente: Agência:

Obs: Abrir conta especifica para a transferência do recurso do convênio

1.7 Nome do Responsável Legal:
 1.8 C.P.F.:
 1.9 R.G./Órgão Expedidor / Data de Emissão:
 1.10 Endereço
 1.11 C.E. P:

2. DESCRIÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

2.1 Tipificação do Serviço (RESOLUÇÃO Nº 109, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009)

2.2 Descrição do Objeto. A descrição do objeto deverá responder a pergunta o que vai fazer. E os tipos de recursos que serão utilizados Ex. Pintura da sede da entidade, com aquisição de materiais de consumo e contratação de serviços de terceiros.

2.3 Público alvo. Deverá responder a pergunta para quem e para quantos.

2.4 Introdução. A introdução deverá apresentar sucintamente o projeto, como será desenvolvido, contemplando, entre outros, seu objeto e população alvo.

2.5 Justificativa da proposição. A justificativa deverá apresentar a importância e a contextualização do projeto.

2.6 Objetivo Geral, a descrição clara e sucinta do objetivo, mostrando ser exequível viável e coerente com o objeto apresentado.

2.7 Metodologias (desenvolvimento das ações como será executado) descrever estratégias, ações e atividades contemplando os objetivos propostos, cronograma de execução e metas definidas.

2.8 Cronograma de execução deverá apresentar a planilha de visualização do projeto, com descrição das ações propostas a serem executadas no período a contar da data do repasse financeiro.

META	ATIVIDADE	DURAÇÃO	
		Início	Término
1			
2			

* Aqui a entidade poderá incluir mais linhas conforme a necessidade

2.9 Avaliação (estratégia a ser utilizada para acompanhar e analisar se o objetivo do projeto está sendo alcançado)

PLANO DE APLICAÇÃO

Obs. Observar as vedações da Resolução Nº 01/2015

O Plano de Aplicação deverá ser descrita a categoria da despesa.

Materiais de consumo e serviços de terceiros.

Aquisição de Materiais Permanentes.

Contratação de Pessoal 60% do valor global do convênio de acordo com a NOB/RH (Se permitido).

Item	CATEGORIA DA DESPESA	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
1	Materiais de consumo/Serviços de terceiros (descrever os materiais e serviços que serão contratados)			
2	Aquisição de Materiais Permanentes (descrição dos bens permanentes adquiridos)			
3				
4				
5				
TOTAL				
CONTRAPARTIDA (se houver)				
TOTAL GERAL				

* Aqui a entidade poderá incluir mais linhas conforme a necessidade

Dourados, MS ____ de _____ de 2015

Carimbo/Assinatura Diretor/coord. Carimbo/Assinatura do Presidente

**ANEXO II
DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE CONTRAPARTIDA**

Declaro, em conformidade com o orçamento vigente da entidade, que dispomos dos recursos financeiros, no valor de R\$ XX. 000,00 (XXX mil reais) para participação na contrapartida ao repasse de recursos destinados. Publicado por meio da Resolução Nº 01/2015 - pela Secretaria Municipal de Assistência Social, em Diário Oficial de Dourados. Declaro também que, na hipótese de eventual necessidade de um aporte adicional de recursos, esta entidade se compromete pela sua integralização, durante a vigência do Convênio que vier a ser celebrado.

Dourados/MS,

Assinatura do Presidente da Entidade

EDITAL FAPEMS/PREVID 006/2015**CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O QUADRO DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE DOURADOS/MS**

RAFAEL DORNELAS DE FARIA, Diretor Administrativo do Instituto de Previdência Social dos Servidores do Município de Dourados/MS, em substituição legal ao Diretor Presidente, conforme portaria nº021/2015/ADM/Previd, publicada no diário oficial de 30 de junho de 2015, no uso de suas atribuições, DIVULGA, no Anexo I o resultado da prova prática.

1.1. O candidato poderá recorrer no prazo de 2 (dois) dias úteis, tendo como termo inicial o 1º dia útil subsequente ao da publicação deste edital, publicado nos endereços eletrônicos www.fapems.org.br e www.previd.ms.gov.br e no Diário Oficial do Município.

1.1.1. O pedido de reconsideração deverá ser interposto por meio eletrônico, no endereço www.fapems.org.br, acessando o Sistema de Inscrição no horário das 8h do primeiro dia e às 17h do segundo dia para essa finalidade.

1.2. Não serão aceitos recursos interpostos via fax, e-mail ou outro meio que não seja o especificado neste Edital.

Dourados/MS, 10 de julho de 2015.

Rafael Dornelas de Faria
Diretor Administrativo - Previd
Em substituição legal ao Diretor Presidente

ANEXO I**ADVOGADO**

INSCRIÇÃO	NOME	DO. DE IDENTIFICAÇÃO	EXPEDIDOR	PRÁTICA
12088	ANA PAULA PIRES DE AZEVEDO	1588639	SEJUSP	74
12353	CAMILA MARI BRASIL DALLA-LANA	75374879	SSP-PR	58
12099	GILBERTO BANDEIRA ASSUNÇÃO	36152	OAB/SC	67
11922	ÍCARO MATTEDI TOMAZINI	2114053	SSP/MS	66
12456	JANIELI VASCONCELOS DA PAZ	1.663.125	SSP/MS	72
11515	LAIS KUROKI ITO	1489110	SSP/MS	51
10142	LEONARDO SIMAS FIEL	1537867	SEJUSP/MS	67
12207	LEONARDO WARMLING CANDIDO DA SILVA	1675726	SSP/MS	76
12395	LUCAS XAVIER DOS SANTOS	1400340	SSP/MS	45
11557	OLIVIA CARLA NEVES DE SOUZA	1626852	SEJUSPMS	74
11940	RICARDO RAMOS BEZERRA	20184534-9	SSP/SP	78
11163	SANDRA PAULA FERREIRA ROCHA	1064889	SSP/MS	58

EDITAIS**CONTADOR**

INSCRIÇÃO	NOME	DO. DE IDENTIFICAÇÃO	EXPEDIDOR	PRÁTICA
12167	DANIEL DE BRITO ARAGÃO	13729571-7	SSP/PR	AUSENTE
10237	MAIQUELLE DE OLIVEIRA DIAS PIVETTA	1695165	SSP/MS	HABILITADO
11153	PALOMA GANCEDO	1225354	SSP/MS	HABILITADO
12050	RAMÃO REGINALDO BORGES DA SILVA JUNIOR	1507104	SSP/MS	HABILITADO

ECONOMISTA

INSCRIÇÃO	NOME	DO. DE IDENTIFICAÇÃO	EXPEDIDOR	PRÁTICA
11677	AUGUSTO MASSAMI ARAKAKI	1156095	SSP/MS	AUSENTE
12401	AZIZ EDUARDO CALZOLAIO	4124926512	SSP/RS	AUSENTE
11711	RICARDO DA SILVA SOUZA	104153860	SSP/PR	HABILITADO
11616	SANG KOO MONOMI	37039196-2	SSP/SP	HABILITADO
10211	SUZI CRISTINY DA COSTA MARQUES	1714653	SEJUSP/MS	HABILITADO

TÉCNICO ADMINISTRATIVO

INSCRIÇÃO	NOME	DO. DE IDENTIFICAÇÃO	EXPEDIDOR	PRÁTICA
11723	ANA CAROLINA GONINO BARRETO	47.369.448-7	SSP/SP	HABILITADO
11450	ANAIA BEATRIZ CAPPI	266397359	SSP/SP	AUSENTE
11258	BRUNA ESTELAI DE FAVERI	473832033	SSP/SP	HABILITADO
11615	DHIEGO TROQUEZ	1577545	SSPMS	HABILITADO
11937	EDIMAR ZUNTINI	1628583	SSP/MS	HABILITADO
10166	FAGNER FERNANDO SANTANA	1151658	SSP/MS	HABILITADO
11983	FELIPE DAPOLITO	2041892	SEJUSP/MS	HABILITADO
10853	FERNANDA ARAN COLMAN BATISTA BARROS	1589616	SEJUSP/MS	HABILITADO
10765	FERNANDA VASCONCELOS NOGUEIRA	1625929	SEJUSP/MS	HABILITADO
10188	FERNANDO ABREU PINTO	1513951	SSP/MS	HABILITADO
11878	FILIPE ALVES BARBOSA	365850068	SSP/SP	AUSENTE
12232	GUILHERME SILVA MICHELS	1554315	SSP/MS	HABILITADO
11665	JANAINA SANTANA DOS SANTOS	1503102	SSP-MS	HABILITADO
12033	JUNIOR RODRIGUES RIBEIRO	1879860	SEJUSP/MS	HABILITADO
11914	KELLY CRISTHIANE SILVA	1538437	SSP/MS	HABILITADO
12113	LETICIA BORGES POSSAMAI	23135417	SSP/MT	HABILITADO
10002	MAIKSON LUIZ VARGAS FRIBEL	1218251	SSP/MS	HABILITADO
12523	MILENA ALVES CRAVEIRO	1338948	SSP/MS	HABILITADO
10523	PATRICIA FERREIRA DUARTE	1177862	SSP/MS	HABILITADO
12010	PAULO HENRIQUE ANDREO BARONCELI	108172681	SSP/PR	HABILITADO
12388	RODRIGO CONCEIÇÃO SOUZA	23578063-7	SSP/SP	HABILITADO
12267	SANDRA KAORU YAMANARI	645297	SSP MS	AUSENTE
12411	SANDY LARRANHAGA DE NORONHA	17465598	PC/MG	HABILITADO

TÉCNICO ADMINISTRATIVO – VAGA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

INSCRIÇÃO	NOME	DO. DE IDENTIFICAÇÃO	EXPEDIDOR	PRÁTICA
11583	ETIANE ALEXANDRE NANTES	1368860	SSP	HABILITADO
11127	FERNANDA WILLEMANN DE SOUZA	1613155	SSPMS	AUSENTE
12284	GEFERSON DEODATO SOARES	1332324	SSP/MS	NÃO HABILITADO
11154	LEONARDO LANDEIRA	1951496	SEJUSP/MS	HABILITADO

LICITAÇÕES**RESULTADO DE JULGAMENTO
PREGÃO PRESENCIAL Nº 061/2015**

O Município de Dourados, Município de Dourados, Estado de Mato Grosso do Sul, por intermédio do Pregoeiro, designado através do Decreto nº 1.529, de 08 de janeiro de 2015, publicado no Diário Oficial de 20/01/2015, no uso de suas atribuições, torna público o resultado final do certame licitatório em epígrafe, relativo ao Processo nº 218/2015/DL/PMD, tendo por objeto a “CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA INTERMEDIÇÃO DE AQUISIÇÃO DE COMBUSTÍVEIS (ETANOL, GASOLINA COMUM, DIESEL COMUM E DIESEL B S10) ATRAVÉS

DO SERVIÇO DE SISTEMA DE GERENCIAMENTO INFORMATIZADO POR MEIO DE CARTÃO, OBJETIVANDO ATENDER OS ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA E INDIRETA DO PODER EXECUTIVO DO MUNICÍPIO DE DOURADOS-MS”, que teve como vencedora e adjudicatária no lote 01, a proponente TAURUS DISTRIBUIDORA DE PETRÓLEO LTDA.

Dourados-MS, 08 de julho de 2015.

Jorge Pessoa de Souza Filho
Pregoeiro

EXTRATOS**EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 331/2014/DL/PMD
DE LOCAÇÃO DE IMÓVEL**

PARTES:
Município de Dourados-MS
Janaina Mara Pacco Mendes e Everton Basílio Pacco Mendes.

PROCESSO: Dispensa de Licitação nº 069/2014.

OBJETO: Faz-se necessário a prorrogação do prazo de vigência contratual por mais 12 (doze) meses, com início em 08 de Julho de 2015 e término previsto para 08 de Julho de 2016, e alteração do valor mensal do aluguel em virtude da correção de valores, comprovados pelo índice IGP-M (FGV), conforme item 04.02 da Cláusula Quarta do Contrato originário, passando desta forma a ser de R\$ 2.847,47 (dois mil oitocentos e quarenta e sete reais e sete centavos).

O novo valor mensal será praticado a partir de 08/07/2015.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:
Lei n.º 8.666/93 e Alterações Posteriores.
Dourados/MS, 01 de Julho de 2015.
Secretaria Municipal de Fazenda.

EXTRATO DO 1º APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº 347/2014/DL/PMD

LOCADOR: Marinalva da Silva Costa
LOCATÁRIO: Prefeitura Municipal de Dourados

PROCESSO: Dispensa de Licitação nº 078/2014.

OBJETO: Faz-se necessário a correção de valores constantes do contrato originário, comprovados pelo índice do IGP-M (FGV), passando o valor mensal do aluguel a ser de R\$ 344,53 (trezentos e quarenta e quatro reais e cinquenta e três centavos).

O novo valor será praticado a partir de 23/07/2015.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Lei n.º 8.666/93 e Alterações Posteriores.
Dourados/MS, 03 de Julho de 2015.
Secretaria Municipal de Fazenda

EXTRATO DO CONTRATO Nº 217/2015/SEMS/PMD

PARTES:
Município de Dourados-MS
Bonini Oftalmologia Ltda – EPP.

EXTRATOS

PROCESSO: Chamada Pública nº 001/2015/SEMS, Processo de Inexigibilidade de Licitação nº 001/2015.

OBJETO: Contratação de prestador credenciado para a execução de serviços de saúde em atendimento da demanda do procedimento cirúrgico de facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável, objeto do acordo judicial promovido nos autos de n. 0001301-08.2014.403.6002 que tramitou na 2ª Vara Federal de Dourados.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

Lei n.º 8.666/93 e Alterações Posteriores.

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

12.00 – Secretaria Municipal de Saúde

12.02 – Fundo Municipal de Saúde

10.302.015 – Atenção de Média e Alta Amb. Hosp. Urgência e Emerg

2.095 – Manutenção da Rede de Atenção a Saúde Especializada, Ambulatorial e Hospitalar

33.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica

VIGÊNCIA CONTRATUAL: 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de assinatura do Contrato.

VALOR DO CONTRATO: R\$ 231.480,00 (duzentos e trinta e um mil quatrocentos e oitenta reais).

DATA DE ASSINATURA: 01 de Julho de 2015.

Secretaria Municipal de Fazenda.

EXTRATO DO CONTRATO Nº 218/2015/SEMS/PMD

PARTES:

Município de Dourados-MS

Katayama Serviços Médicos S/S.

PROCESSO: Chamada Pública nº 001/2015/SEMS, Processo de Inexigibilidade de Licitação nº 001/2015.

OBJETO: Contratação de prestador credenciado para a execução de serviços de saúde em atendimento da demanda do procedimento cirúrgico de facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável, objeto do acordo judicial promovido nos autos de n. 0001301-08.2014.403.6002 que tramitou na 2ª Vara Federal de Dourados.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

Lei n.º 8.666/93 e Alterações Posteriores.

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

12.00 – Secretaria Municipal de Saúde

12.02 – Fundo Municipal de Saúde

10.302.015 – Atenção de Média e Alta Amb. Hosp. Urgência e Emerg

2.095 – Manutenção da Rede de Atenção a Saúde Especializada, Ambulatorial e Hospitalar

33.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica

VIGÊNCIA CONTRATUAL: 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de assinatura do Contrato.

VALOR DO CONTRATO: R\$ 231.480,00 (duzentos e trinta e um mil quatrocentos e oitenta reais).

DATA DE ASSINATURA: 01 de Julho de 2015.

Secretaria Municipal de Fazenda.

EXTRATO DO CONTRATO Nº 220/2015/SEMS/PMD

PARTES:

Município de Dourados-MS

Leticia Mendonça Cattelan.

PROCESSO: Chamada Pública nº 001/2015/SEMS, Processo de Inexigibilidade de Licitação nº 001/2015.

OBJETO: Contratação de prestador credenciado para a execução de serviços de saúde em atendimento da demanda do procedimento cirúrgico de facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável, objeto do acordo judicial promovido nos autos de n. 0001301-08.2014.403.6002 que tramitou na 2ª Vara Federal de Dourados.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

Lei n.º 8.666/93 e Alterações Posteriores.

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

12.00 – Secretaria Municipal de Saúde

12.02 – Fundo Municipal de Saúde

10.302.015 – Atenção de Média e Alta Amb. Hosp. Urgência e Emerg

2.095 – Manutenção da Rede de Atenção a Saúde Especializada, Ambulatorial e Hospitalar

33.90.36.00 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Física

VIGÊNCIA CONTRATUAL: 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de assinatura do Contrato.

VALOR DO CONTRATO: R\$ 231.480,00 (duzentos e trinta e um mil quatrocentos e oitenta reais).

DATA DE ASSINATURA: 07 de Julho de 2015.

Secretaria Municipal de Fazenda.

EXTRATO DO CONTRATO Nº 221/2015/SEMS/PMD

PARTES:

Município de Dourados-MS

Marcos Massato Hirahata.

PROCESSO: Chamada Pública nº 001/2015/SEMS, Processo de Inexigibilidade de Licitação nº 001/2015.

OBJETO: Contratação de prestador credenciado para a execução de serviços de saúde em atendimento da demanda do procedimento cirúrgico de facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável, objeto do acordo judicial promovido nos autos de n. 0001301-08.2014.403.6002 que tramitou na 2ª Vara Federal de Dourados.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

Lei n.º 8.666/93 e Alterações Posteriores.

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

12.00 – Secretaria Municipal de Saúde

12.02 – Fundo Municipal de Saúde

10.302.015 – Atenção de Média e Alta Amb. Hosp. Urgência e Emerg

2.095 – Manutenção da Rede de Atenção a Saúde Especializada, Ambulatorial e Hospitalar

33.90.36.00 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Física

VIGÊNCIA CONTRATUAL: 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de assinatura do Contrato.

VALOR DO CONTRATO: R\$ 231.480,00 (duzentos e trinta e um mil quatrocentos e oitenta reais).

DATA DE ASSINATURA: 01 de Julho de 2015.

Secretaria Municipal de Fazenda.

EXTRATO DO CONTRATO Nº 219/2015/SEMS/PMD

PARTES:

Município de Dourados-MS

Nogueira Neofalmo Ltda – EPP.

PROCESSO: Chamada Pública nº 001/2015/SEMS, Processo de Inexigibilidade de Licitação nº 001/2015.

OBJETO: Contratação de prestador credenciado para a execução de serviços de saúde em atendimento da demanda do procedimento cirúrgico de facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável, objeto do acordo judicial promovido nos autos de n. 0001301-08.2014.403.6002 que tramitou na 2ª Vara Federal de Dourados.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

Lei n.º 8.666/93 e Alterações Posteriores.

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

12.00 – Secretaria Municipal de Saúde

12.02 – Fundo Municipal de Saúde

10.302.015 – Atenção de Média e Alta Amb. Hosp. Urgência e Emerg

2.095 – Manutenção da Rede de Atenção a Saúde Especializada, Ambulatorial e Hospitalar

33.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica

VIGÊNCIA CONTRATUAL: 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de assinatura do Contrato.

VALOR DO CONTRATO: R\$ 242.411,00 (duzentos e quarenta e dois mil quatrocentos e onze reais).

DATA DE ASSINATURA: 01 de Julho de 2015.

Secretaria Municipal de Fazenda.

EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 326/2014/DL/PMD

PARTES:

Município de Dourados/MS

I. A. Campagna Junior & Cia Ltda – EPP.

PROCESSO: Pregão Presencial nº 041/2014.

OBJETO: Faz-se necessário a prorrogação do prazo de vigência contratual inicialmente estabelecido por mais 06 (seis) meses, com início em 17/07/2015 com previsão de vencimento em 17/01/2016, bem como o acréscimo ao valor inicial, perfazendo um novo montante.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

Lei n.º 8.666/93 e Alterações Posteriores.

Dourados/MS, 01 de Julho de 2015.

Secretaria Municipal de Fazenda.

REPUBLICA-SE POR INCORREÇÃO**EXTRATO DO CONVÊNIO Nº 304/2015**

PARTES:

CONCEDENTE: MUNICÍPIO DE DOURADOS

CNPJ Nº: 03.155.926/0001-44

INTERVENIENTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

Secretária: Marinisa Kiyomi Mizoguchi

CPF Nº: 404.903.431-04

CONVENIENTE: ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE DOURADOS-APAE

CNPJ Nº: 03.368.578/0001-93

Responsável Legal: Luis Carlos Rodrigues Moraes

CPF Nº: 437.616.078-49

OBJETO: Repasse de recursos financeiros pelo Município à Associação Pestalozzi de Dourados para aquisição de gêneros de alimentação visando atender ao Programa Nacional de Alimentação Escolar (Alimentação Escolar – Pré-Escola, Ensino Fundamental, EJA e AEE).

VALOR: R\$ 9.080,00 (nove mil e oitenta reais), transferido em 10 (dez) parcelas de R\$ 908,00 (novecentos e oito reais).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

13.00 – Secretaria Municipal de Educação

13.01 – Secretaria Municipal de Educação

12.306.104 – Programa de aprimoramento e oferta de ensino de qualidade

2.063 – Programa de alimentação escolar

33.50.41.01 – Convênios

Ficha – 1700

Fonte – 115051

VIGÊNCIA: 06/05/2015 a 31/12/2015

Dourados-MS, 12 de Maio de 2015.

MARINISA KIYOMI MIZOGUCHI
Secretária Municipal de Educação

EXTRATOS**EXTRATO DE EMPENHO Nº 020/2015.****PARTES:**

Município de Dourados
Fundo Municipal de Proteção e Defesa do Consumidor
Mega Ponto Com Comércio e Serviços Ltda-ME CNPJ nº 14.125.604/0001-79

PROCESSO: DISPENSA DE LICITAÇÃO 071/2015

OBJETO: Aquisição de toners e cilindros para atender o PROCON.
FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:
Lei n.º 8.666/93, Art. 24, Inciso II e Instrução Normativa Conjunta SEMFIR/SEMAD Nº 005, de 04 de agosto de 2011.
Valor: R\$ 538,00 (quinhentos e trinta e oito reais).
DATA DE EMPENHO: 08/07/2015.
Secretaria Municipal de Fazenda

EXTRATO DE PORTARIAS DE CONCESSÃO DE AUXÍLIO DOENÇA

O Diretor Presidente do Instituto de Previdência Social dos Servidores do Município de Dourados - PREVID, no uso de suas atribuições legais, conferidas pelo Art. 35 DA LEI MUNICIPAL Nº 108/ 2006, CONCEDE AUXÍLIO DOENÇA E PRORROGAÇÃO DE AUXÍLIO DOENÇA aos servidores efetivos e períodos abaixo relacionados, que passaram pela perícia médica no dia **29 DE JUNHO DE 2015**.

Matrícula	Nome do servidor	Portaria	Dias	Licença Inicial		Dias	Prorrogação	
				Início	Final		Início	Final
000114760386001	ANDREIA CRISTINA URNAU	722/2015	15	30/06/2015	14/07/2015			
000000290052002	EUNICE IZIDORO DE SOUZA	723/2015				30	26/06/2015	25/07/2015
000114764057001	GLEYSO PAULO GRANELA	724/2015				11	30/06/2015	10/07/2015
00000032591001	LEICY DE FATIMA CARNEIRO FUCHS DOS SANTO	725/2015				60	26/06/2015	24/08/2015
00000028961001	LUZIA MORAES DE LIMA	726/2015	30	16/07/2015	14/08/2015			
000000064131001	MARILENA APARECIDA GUBERT	727/2015				20	22/06/2015	11/07/2015

Laércio Arruda
Diretor Presidente

Gleicir Mendes Carvalho
Diretora de Benefícios

EXTRATO DE PORTARIAS DE CONCESSÃO DE AUXÍLIO DOENÇA

O Diretor Presidente do Instituto de Previdência Social dos Servidores do Município de Dourados - PREVID, no uso de suas atribuições legais, conferidas pelo Art. 35 DA LEI MUNICIPAL Nº 108/ 2006, CONCEDE AUXÍLIO DOENÇA E PRORROGAÇÃO DE AUXÍLIO DOENÇA aos servidores efetivos e períodos abaixo relacionados, que passaram pela perícia médica no dia **30 DE JUNHO DE 2015**.

Matrícula	Nome do servidor	Portaria	Dias	Licença Inicial		Dias	Prorrogação	
				Início	Final		Início	Final
000000090419003	APARECIDA VANDA TETILIA DIAS ASSAD	728/2015	15	07/07/2015	21/07/2015			
000000083041001	BLAVETT DA ROCHA FUCKS	729/2015				15	28/06/2015	12/07/2015
000000089881001	DEVANI DOS SANTOS E SILVA	730/2015				90	30/06/2015	27/09/2015
000000063831001	ELISA DA SILVA OLIVEIRA DE MELLO	731/2015	02	09/07/2015	10/07/2015			
000000063831003	ELISA DA SILVA OLIVEIRA DE MELLO	732/2015	02	09/07/2015	10/07/2015			
000000005751001	FATIMA FRANCINET MACEDO MOREIRA TARGAS	733/2015				185	30/06/2015	31/12/2015
000000069521003	GILDELICE SILVA OLIVEIRA AMORIM	734/2015				15	30/06/2015	14/07/2015
000000131201001	MARINALVA PEREIRA	735/2015	14	27/06/2015	10/07/2015			
000000147571002	ROSALINA SAIS FURTADO	736/2015				42	20/06/2015	31/07/2015
000000051111002	SIMONE CRISLEY DE LIMA SOUZA	737/2015	01	10/07/2015	10/07/2015			

Laércio Arruda
Diretor Presidente

Gleicir Mendes Carvalho
Diretora de Benefícios

EXTRATO DE PORTARIAS DE CONCESSÃO DE AUXÍLIO DOENÇA

O Diretor Presidente do Instituto de Previdência Social dos Servidores do Município de Dourados - PREVID, no uso de suas atribuições legais, conferidas pelo Art. 35 DA LEI MUNICIPAL Nº 108/ 2006, CONCEDE AUXÍLIO DOENÇA E PRORROGAÇÃO DE AUXÍLIO DOENÇA aos servidores efetivos e períodos abaixo relacionados, que passaram pela perícia médica no dia **01 DE JULHO DE 2015**.

Matrícula	Nome do servidor	Portaria	Dias	Licença Inicial		Dias	Prorrogação	
				Início	Final		Início	Final
000114760599001	ADEMAR RODRIGUES ALVES	738/2015				65	02/07/2015	04/09/2015
000000150591003	ANDREA DE OLIVEIRA BERWING	739/2015	05	11/07/2015	15/07/2015			
000000034831001	CLAUDETTE SABINO LEITE	740/2015	15	14/07/2015	28/07/2015			
000114765092003	CLEIA GOMES FREITAS ARAUJO	741/2015	15	11/07/2015	25/07/2015			
000000150621003	JANICE RODRIGUES SILVA LOURENCO	742/2015	45	15/07/2015	28/08/2015			
0000000502128002	SIRLENE RIBEIRO LOPES	743/2015	45	16/06/2015	30/07/2015			

RAFAEL DORNELAS DE FARIA
Diretor Administrativo em subst. Ao Diretor Presidente - PREVID

ELEANDRO AP. MIQUELETTI
Diretor Financeiro em subst. a Diretora de Benefícios - PREVID

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD**PORTARIA Nº 069 DE 01 DE DEZEMBRO DE 2014**

O PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE DOURADOS - FUNSAUD, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pelo inciso IV, do artigo 22 do Estatuto da Fundação de Serviços de Saúde de Dourados, homologado pelo decreto 1.072 de 14 de maio de 2014. Aprova a Portaria que regulamenta a Implantação do Manual de Procedimentos Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem da UPA Drº Afrânio Martins.

Considerando que o Procedimento Operacional Padrão (POP), é essencial para garantia da padronização de tarefas a ser realizadas com os pacientes/usuários do SUS. Garantindo aos usuários uma assistência de enfermagem de qualidade, pois permite a equipe de enfermagem sistematizar suas ações e seguir uma rotina padronizada, a ser realizada em todos os setores da unidade de saúde destinados aos cuidados de enfermagem.

Considerando que O POP é a descrição sistematizada e padronizada de uma atividade técnica-assistencial, com o intuito de garantir/atingir o resultado esperado por ocasião de sua realização, livre de variações indesejáveis. O Procedimento Operacional Padrão (POP), descreve cada passo crítico e seqüencial.

Diante do exposto, de setembro a novembro de 2014, a equipe de enfermagem da UPA Drº Afrânio Martins iniciou as discussões e elaboração/edição do primeiro Manual de Procedimentos Operacionais (POP) de Enfermagem, apresentado um

trabalho elaborado por enfermeiros e organizado pela Direção Técnica da FUNSAUD, Coordenador de Assistência à Saúde da UPA e a Gerência de Desenvolvimento e Qualidade na Saúde e terá validade por um período de 02 anos.

Resolve:

Implantar o primeiro Manual de Procedimento Operacional do serviço de Enfermagem da UPA Drº Afrânio Martins.

AGRADECIMENTOS

“O grande desafio a ser enfrentado por todos nós, trabalhadores da saúde, gestores e usuários, na construção e na efetivação do SUS como política pública, é transpor os princípios aprovados para o setor de saúde nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde”. (Brasil, 2010)

A construção desse material não teria sido possível sem a colaboração valiosa de vários enfermeiros que se tornaram co-autores desse Manual.

Coordenação Geral

Enfermeira Terezinha Picolo da Silva - Direção Técnica - FUNSAUD

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

Coordenação Técnica de Elaboração do Manual
 Enfermeiro Wagner da Silva Costa – Coordenador de Assistência à Saúde – UPA
 Coordenação técnica de elaboração/revisão:
 Enfermeira Alessandra de Cássia Leite - Coren-MS 116.682
 Enfermeira Célia Maria Moreira - Coren-MS 218.651
 Enfermeiro Eduardo de Almeida Miranda - Coren-MS 349.573
 Enfermeira Elaini Cristina Amaro - Coren-MS 113.286
 Enfermeira Heloisa Honório do Amaral - Coren-MS 124.870
 Enfermeira Marlene Nascimento Barbosa Telles - Coren-MS 114842
 Enfermeira Vânia Rocha Cabral - Coren-MS 222886

Apoio:

Enfermeira Josiane França Peralta Dan – Gerência de Desenvolvimento e Qualidade na Saúde

SUMÁRIO

COD	PROCEDIMENTO	PG
1	Admissão paciente	08/set
2	Administração de medicação via oral	10/dez
3	Administração de medicamento por via ocular	13/15
4	Administração de medicamento por via otológica	16/18
5	Administração de medicamento por via nasal	19/21
6	Administração de medicação via retal	22/26
7	Administração de medicamento por via vaginal	27/29
8	Administração de medicamento por via sublingual	30/32
9	Administração de medicamento por via intradérmica	33/35
10	Administração de medicamento por via subcutânea	36/39
11	Administração de medicamento por via intramuscular	40/43
12	Administração de medicamento por via auricular	44/46
13	Aerosolterapia	47/49
14	Administração de dieta enteral	50/60
15	Administração de nutrição parenteral total	61/63
16	Anotação de enfermagem	64/66
17	Alta do paciente	67/68
18	Aspiração das vias aéreas superiores	69/73
19	Avaliação pupilar	74/76
20	Baciloscopia de escarro ou coleta de amostra de escarro para BK	77/80
21	Higiene genital masculino e feminino	81/85
22	Banho de aspersão com auxílio	86/88
23	Cateterismo vesical de alívio	89/91
24	Eletrocardiograma	92/94
25	Verificação de SSVV	95/99
26	Aplicação de compressa fria	100/101
27	Aplicação de compressa morna	102/103
28	Autorização de acompanhante	104/106
29	Higienização das mãos	107/108
30	Preparo do corpo após a morte	109/111
31	Cuidado ao paciente com pediculose	112/113
32	Troca de solução do dreno de tórax	114/115
33	Teste de glicemia periférica	116/117
34	Posicionamento terapêutico	118/121
35	Verificação da pressão venosa central (PVC)	122/124
36	Retirada de cateter venoso central	125/127
37	Esvaziamento do frasco do dreno de KHER	128/129
38	Esvaziamento do dreno PORTOVAC	130/131
39	Esvaziamento do saco coletor do dreno de PENROSE	132/133
40	Cateterismo vesical de demora masculino	134/137
41	Cateterismo vesical de demora feminino	138/141
42	Sondagem nasoentérica	142/144
43	Aferição do sinal vital – dor	145/147
44	Sondagem nasogástrica	148/151
45	Técnica para realização de curativos	152/156
46	Lavagem gástrica	157/159
47	Lavagem intestinal	160/163
48	Troca de bolsa de colostomia / ileostomia / urostomia	164/167
49	Limpeza hospitalar	168/171
50	Tricotomia	172/173
52	Carro de emergência	174/175
53	Cuidados com os pacientes com traumatismo crânio encefálico(TCE)	176/177
54	Cuidados de enfermagem ao paciente com choque hipovolêmico	178/179
55	Ventilação manual ambú	180/182
56	Cuidados de enfermagem na cardioversão	183/184
57	Cuidados de enfermagem na emergência do iam	185/187

Fabio José Judacewski
 Diretor Presidente da FUNSAUD

Procedimento Operacional Padrão	Codificação:	Página:
Admissão paciente	0001	008-009
Edição/Revisão: 001/2014		Implantado: 18/12/2014 Validade: 02 anos
Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Enfermeira Célia Maria Moreira COREN-MS 218.651		

ADMISSÃO DO PACIENTE

1 Definição

A admissão do paciente na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ocorre quando há necessidade de ocupar o leito na instituição por um período de 24 horas (internação) ou permanecer por 12 horas (observação). O paciente é recebido pelo profissional da enfermagem e encaminhado para determinada área (vermelha, amarela, verde e azul). Deve ser recebido com gentileza e cordialidade para aliviar suas apreensões e ansiedade.

2 Objetivo

- Proporcionar ações uniformes da Equipe de Enfermagem;
- Manter ambiente harmônico com a equipe multidisciplinar;
- Sistematizar a assistência;
- Atingir a excelência no atendimento ao cliente;
- Otimizar custos.

3 Material utilizado

- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Termômetro
- Oxímetro de pulso
- Lanterna
- Prontuário do paciente

4 Procedimento

- Receber o paciente na unidade/área;
- Orientá-lo, juntamente com seus familiares, os procedimentos que serão realizados (sempre que possível);
- Conferir o prontuário quanto do leito e nome do paciente;
- Realizar procedimento de admissão (verificação de sinais vitais e iniciar terapêutica medicamentosa prescrita)
- Manter avaliação hemodinâmica / balanço hídrico de 6/6;
- Realizar evolução de enfermagem admissional em impresso próprio;
- Anotar no censo / livro próprio a admissão;
- Verificar exames e procedimentos que devem ser realizados;
- Iniciar / manter terapêutica proposta pelo médico assistente / plantonista;
- Arrumar o prontuário;
- Comunicar o serviço de nutrição a internação.

5 Responsabilidade

Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner.Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
 PÖTTER, P.A.; PERRY,A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão	Codificação:	Página:
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL	0002	10-12
Edição/Revisão: 001/2014		Implantado: 18/12/2014 Validade: 02 anos
Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Enfermeira Célia Maria Moreira COREN-MS 218.651		

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL

1 Definição

É a administração de medicamentos pela boca sob a forma de comprimidos, drágeas, pós, cápsulas ou líquidos com a finalidade da absorção pelo trato digestivo.

2 Objetivo

Utilizar o trato digestivo para absorver o medicamento;
 Acarretar efeitos locais no trato digestivo e sistêmicos, após absorção na circulação sanguínea.

3 Material utilizado

- Bandeja
- Copinho descartável
- Rótulo de identificação
- Medicamento prescrito
- Seringa se necessário (s/n)
- Conta gotas s/n
- Triturador de comprimidos s/n
- Espátula s/n
- Canudinho s/n
- Copo com água s/n.

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

4 Procedimento

- Realizar a higienização das mãos
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente.
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Colocar o rótulo do medicamento no copo descartável;
- Colocar o medicamento no copinho (diluir s/n);
- Levantar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;
- Entregar o copinho com o medicamento e o copo com água ao paciente;
- Esperar o paciente deglutir todos o(s) medicamento(s);
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%.
- Realizar a higienização das mãos
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.

• Caso o paciente esteja impossibilitado, colocar o medicamento direto em sua boca (necessidade do uso da luva de procedimento) e verificar sua efetiva deglutição;

- Nunca deixar o medicamento sobre a mesa;
- Verificar se o paciente ingeriu a medicação;
- Essa via é contra indicada em pacientes comatosos ou com dificuldade de deglutição e naqueles que apresentem náuseas e vômitos;
- Apresentação em pó deve ser diluída antes de ser ingerida;
- Conferir necessidade de refrigeração e prazo de validade após reconstituição do medicamento;
- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;

5 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

6 Referências
BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S.. Brunner.Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Riode Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
PÖTTER, P.A.; PERRY, A.G.Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Célia Maria Moreira COREN-MS 218.651	Codificação: 0003 Revisado por:	Página: 13-15 Implantado: 18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
---	---	---

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR**1 Definição**

É a administração de medicamentos em gotas ou em pomadas na região ocular.

2 Objetivo

Aplicar antibióticos, antifúngicos, anti-inflamatórios ou lubrificante na região dos olhos.

3 Material utilizado

- Bandeja
- Lenço de papel ou gaze
- Medicamento
- Álcool a 70%
- Luva de procedimento (s/n).

4 Procedimento

- Realizar a higienização das mãos;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente.
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente e a prescrição médica;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Colocar a identificação no medicamento;
- Levantar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Posicionar o paciente de forma que o pescoço fique em leve hiperextensão;
- Limpar os olhos com gaze do canto interno para o externo (não pode ter secreção);
- Solicitar que o paciente olhe para cima e depositar o medicamento no saco conjuntival;
- Solicitar que o paciente feche os olhos suavemente;

- Solicitar ao paciente que movimente o globo ocular com as pálpebras cerradas e com o pescoço em hiperextensão;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Lavar a cuba rim com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.

- Cuidados Relacionados:

- Não colocar a medicação diretamente na córnea;
- Pomadas são aplicadas depositando uma fina camada no saco conjuntival do canto interno para o externo, seguindo as indicações descritas acima.
- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- Em caso de presença de secreção, o profissional deverá usar luvas de procedimento.

5 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S.. Brunner.Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
PÖTTER, P.A.; PERRY, A.G.Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OTOLÓGICA Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Célia Maria Moreira COREN-MS 218.651	Codificação: 0004 Revisado por:	Página: 16-18 Implantado: 18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
--	---	---

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OTOLÓGICA**1 Definição**

É a administração de medicamentos pelo ouvido para tratamento local.

2 Objetivo

Administrar medicamento local para o tratamento de afecção otológica

3 Material utilizado

- Gaze
- Luva de procedimento
- Medicamento prescrito
- Bandeja
- Etiqueta de identificação.

4 Procedimento

- Realizar a higienização das mãos;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Levantar a bandeja até a unidade do paciente;
- Colocar o paciente sentado, com a cabeça ligeiramente inclinada para o lado;
- Na presença de secreção, usar luvas de procedimento;
- Segurar a porção superior do pavilhão auricular puxar suavemente o lóbulo, para cima e para fora;
- Instilar a quantidade de gotas prescritas sem contaminar o frasco do medicamento;
- Solicitar ao paciente que permaneça em decúbito lateral por 2 a 3 minutos;
- Repetir o procedimento no lado oposto se houver prescrição;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%.
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.

- Cuidados Relacionados:

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico.

5 Responsabilidade

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S.. Brunner . Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PÖTTER, P.A.; PERRY,A.G.Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA NASAL Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0005	Página: 19-21
Elaborado por: Enfermeiro Eduardo de Almeida Miranda COREN-MS 349.573	Revisado por:	Implantado: 18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA NASAL

1 Definição

É a administração de medicamentos de forma líquida no orifício nasal.

2 Objetivo

Auxiliar no tratamento de doenças inflamatórias e/ou infecciosas do trato aéreo superior;

Servir de meio de administração medicamentoso com absorção sistêmica.

Aliviar a congestão nasal.

3 Material utilizado

- Lenço de papel ou gaze
- Conta-gotas
- Medicamento prescrito
- Bandeja

4 Procedimento

- Realizar a higienização das mãos;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Realizar a higienização das mãos;
- Levantar a bandeja até a unidade do paciente;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;
- Solicitar para que o paciente limpe as narinas com lenço de papel (na ausência deste, gaze);
- Colocar o paciente sentado ou elevar a cabeceira, solicitando que incline a cabeça para trás;
- Pingar as gotas nas narinas, sem tocá-las com o frasco medicamento;
- Orientar ao paciente para permanecer na mesma posição por 2 minutos;
- Oferecer lenço de papel ou gaze para o paciente colocar debaixo do nariz, mas solicitar para não assuar durante alguns minutos;
- Auxiliar o paciente a retornar a uma posição confortável após o medicamento ser absorvido;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%.
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.
- Cuidados Relacionados:
- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;

5 Responsabilidade

Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S.. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PÖTTER, P.A.; PERRY,A.G.Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0006	Página: 22-26
Elaborado por: Enfermeiro Eduardo de Almeida Miranda COREN-MS 349.573	Revisado por:	Implantado: 18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL

1 Definição

É a administração de medicamentos no reto, permitindo a absorção de diversos fármacos pela mucosa intestinal, podendo, inclusive, gerar efeitos sistêmicos.

2 Objetivo

- Efetuar o esvaziamento do conteúdo intestinal;
- Utilizar a via retal para absorção medicamentosa sistêmica;
- Evitar a desativação da função medicamentosa pelas enzimas do estômago;
- Evitar a irritação estomacal;
- Administrar medicamentos quando a via oral não é a de eleição.

3 Material utilizado

- Bandeja
- Luvas de procedimento
- Máscara cirúrgica
- Óculos de proteção
- Solução com medicamento prescrito
- Sonda retal
- Soro
- Biombo
- Forro impermeável
- Comadre
- Toalha
- Gaze
- Comadre
- Gel anestésico (não havendo, poderá ser utilizado vaselina).

4 Procedimento

- Supositórios
- Realizar a higienização das mãos;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Realizar a higienização das mãos;
- Colocar a identificação no medicamento;
- Levantar a bandeja até a unidade do paciente;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Isolar o leito com um biombo;
- Calçar as luvas;
- Colocar o paciente em posição de Sims;
- Colocar forro impermeável sob o paciente;
- Colocar uma toalha sobre o paciente, expondo-o o mínimo necessário;
- Preservar a intimidade do paciente;
- Lubrificar a cânula de aplicação com gel anestésico;
- Introduzir a cânula do aplicador no reto;
- Administrar a medicação conforme prescrição;
- Retirar a cânula do reto;
- Solicitar que o paciente aguarde o máximo de tempo que conseguir sem evacuar;
- Oferecer comadre ao paciente ou encaminhá-lo ao banheiro se não conseguir aguardar;
- Auxiliar o paciente a retornar a uma posição confortável após o medicamento ser absorvido;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%.
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.
- Enteroclistma (mais que 150 ml de solução) ou clister (até 150 ml de solução):
- Realizar a higienização das mãos;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Realizar a higienização das mãos;
- Colocar a identificação no medicamento;
- Levantar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;
- Isolar o leito com um biombo;
- Calçar as luvas;
- Colocar o paciente em posição de Sims;
- Colocar forro impermeável sob o paciente;
- Colocar uma toalha sobre o paciente, expondo-o o mínimo necessário;
- Acoplar o frasco com a solução prescrita no suporte de soro;
- Realizar a higiene íntima do paciente ou solicitar ao paciente que o faça;
- Lubrificar a sonda retal ou o bico do frasco do enema com gel anestésico;
- Colocar o EPI (luvas de procedimento, máscara comum e óculos de proteção);
- Introduzir a sonda retal +/- 10 cm ou o bico do frasco do clister.
- Abrir o equipo e introduzir lentamente todo o volume da solução (no clister, apertar o frasco até esvaziá-lo);
- Retirar a sonda ou frasco do clister e encaminhar o paciente ao banheiro (ou oferecer comadre);
- Pedir ao paciente que retenha a solução (de 5 à 15 minutos);
- Observar o efeito do procedimento após a eliminação intestinal;
- Deixar o paciente confortável e recolher o material do quarto;
- Encaminhar os resíduos para a sala de utilidades;
- Retirar as luvas de procedimento;

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%;
 - Realizar a higienização das mãos;
 - Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
 - Fazer anotação de enfermagem, indicando o local onde foi realizada a aplicação ou qualquer intercorrência.
- Cuidados Relacionados**
- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
 - Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
 - Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
 - Verificar a característica das eliminações e registrar.

5 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner.Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
PÖTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA VAGINAL</p> <p>Edição/Revisão:001/2014</p> <p>Elaborado por:</p> <p>Enfermeiro Eduardo de Almeida Miranda COREN-MS 349.573</p>	<p>Codificação: 0007</p> <p>Página: 27-29</p> <p>Implantado: 18/12/2014</p> <p>Validade: 02 anos</p> <p>Validado por:</p> <p>Assinatura e Carimbo</p>
---	---

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA VAGINAL

1 Definição

É a administração de medicamentos na via vaginal para a absorção local.

2 Objetivo

Tratar doenças ginecológicas.

3 Material utilizado

- Bandeja
- Medicamento prescrito
- Luvas de procedimento
- Traçado
- Aplicador vaginal
- Comadre.

4 Procedimento

- Se possível, a paciente deverá fazer a auto-aplicação.
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Realizar a higienização das mãos;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Isolar o leito com um biombo;
- Solicitar que a paciente esvazie a bexiga, se possível;
- Realizar a higienização das mãos;
- Solicitar para a paciente realizar a higiene íntima e, na impossibilidade, realizar pela paciente;
- Calçar as luvas;
- Colocar forro impermeável sob a paciente;
- Colocar um traçado sobre a paciente, expondo-a o mínimo necessário;
- Colocar a paciente em posição ginecológica;
- Preservar a intimidade da paciente;
- Introduzir a medicação com o aplicador na paciente;
- Solicitar que a paciente aguarde 15 minutos antes de levantar;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%.
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Detalhar na anotação de enfermagem, quaisquer intercorrências;

-Cuidados Relacionados:

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- O aplicador é de uso individual.

5 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner.Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
PÖTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA SUBLINGUAL</p> <p>Edição/Revisão:001/2014</p> <p>Elaborado por:</p> <p>Enfermeira Elaine Cristina Amaro</p> <p>COREN-MS 113.286</p>	<p>Codificação: 0008</p> <p>Página: 30-32</p> <p>Implantado: 18/12/2014</p> <p>Validade: 02 anos</p> <p>Validado por:</p> <p>Assinatura e Carimbo</p>
--	---

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA SUBLINGUAL

1 Definição

Administração de medicamento por Via Sublingual

2 Objetivo

- Absorver a medicação de forma mais rápida;
- Administrar medicamento que é inativado pelo suco gástrico.

3 Material utilizado

- Bandeja
- Medicamento prescrito
- Copinho plástico descartável
- Rótulo de identificação.

4 Procedimento

- Realizar a higienização das mãos;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Realizar a higienização das mãos;
- Colocar o rótulo do medicamento no copinho descartável;
- Colocar o medicamento no copinho;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Entregar o medicamento ao paciente e orientar para colocar parado sob a língua, sem mastigar ou engolir.
- Checar se o procedimento foi efetivo;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências;
- Registrar em evolução de enfermagem quaisquer intercorrências.

-Cuidados Relacionados:

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- Nem todo medicamento via oral pode ser administrado via sublingual;
- No caso de pacientes com nível de consciência rebaixado, a terapia deve ser revista junto ao médico.

5 Responsabilidade

Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
PÖTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADÉRMICA</p> <p>Edição/Revisão:001/2014</p> <p>Elaborado por:</p> <p>Enfermeira Elaine Cristina Amaro</p> <p>COREN-MS 113.286</p>	<p>Codificação: 0009</p> <p>Página: 33-35</p> <p>Implantado: 18/12/2014</p> <p>Validade: 02 anos</p> <p>Validado por:</p> <p>Assinatura e Carimbo</p>
--	---

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADÉRMICA****1 Definição**

É a administração de medicamentos na derme.

2 Objetivo

- Realizar teste de hiper sensibilidade;
- Realizar o PPD.

3 Material utilizado

- Bandeja
- Luvas de procedimento
- Agulha para aspiração 40x12
- Agulha 13 X 4,5
- Seringa de 1 ml
- Gaze estéril
- Álcool a 70%
- Medicamento prescrito
- Clorexidina alcoólica.

4 Procedimento

- Realizar a higienização das mãos;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a higienização das mãos;
- Desinfetar a ampola ou frasco ampola com clorexidina alcoólica ou álcool a 70%;
- Preparar o medicamento utilizando a agulha de aspiração e a seringa de 1 ml;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Levantar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Realizar a higienização das mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a antisepsia do local com gaze umedecida em álcool a 70%;
- Distender a pele do local de aplicação;
- Introduzir o bisel da agulha em um ângulo de 15 graus, quase paralelamente à superfície da pele;
- Injetar lentamente, empurrando o bisel com a mão oposta à que segura a seringa, e observar a formação de pápula;
- Retirar a agulha;
- Orientar o paciente para não coçar o local;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Descartar o material perfuro cortante no Descarpax® (sem desconectar a agulha da seringa e sem reencapá-la);
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%.
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.

- Cuidados Relacionados:

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- Administrar um volume máximo de 0,5 ml;
- A injeção ID pode ser feita sem antisepsia para não interferir na absorção do medicamento;
- Os locais para aplicação ID são: a face anterior do antebraço e a região subescapular;
- Não se deve fazer massagem no local após a aplicação.

5 Responsabilidade

Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA SUBCUTÂNEA**1 Definição**

É a administração de medicamentos por baixo da derme, no tecido conjuntivo.

2 Objetivo

- Administrar vacinas, adrenalina, insulina e anticoagulantes;
- Lentificar o tempo de absorção sistêmica do medicamento administrado.

3 Material utilizado

- Bandeja
- Luvas de procedimento
- Agulha para aspiração 40x12
- Agulha 13 x 4,5
- Seringa de 1 ml
- Gaze
- Estéril
- Álcool a 70%
- Medicamento prescrito
- Clorexidina alcoólica

4 Procedimento

- Realizar a higienização das mãos;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a higienização das mãos;
- Preparar o medicamento utilizando a agulha de aspiração e a seringa de 1 ml;
- Retirar a agulha de aspiração e inserir a agulha 13 x 4,5 mm na seringa;
- Colar o rótulo de identificação no medicamento;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Levantar a bandeja até a unidade do paciente;
- Informar e explicar o procedimento ao paciente;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;
- Realizar a higienização das mãos;
- Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a antisepsia do local
- Pinçar com os dedos a pele do local de administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão dominante o profissional deve segurar a seringa como se fosse um dardo, deixando a palma da mão para cima);
- Inserir em um único movimento a seringa com a agulha 13x4,5 mm no tecido subcutâneo em um ângulo de 90°;
- Injetar lentamente o medicamento com a mão oposta que segura a seringa (soltar a prega do tecido);
- Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;
- Aplicar leve compressão ao local com gaze;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Descartar o material perfuro cortante no Descarpax® (sem desconectar a agulha da seringa e sem reencapá-la);
- Retirar a luva de procedimento;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.

- Cuidados Relacionados:

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- Administrar um volume máximo entre 0,5 ml e 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível à soluções irritantes e grandes volumes de medicamento);
- Locais mais indicados para aplicação de medicamentos por via subcutânea: deltoide, face externa do braço, face externa da coxa, parede abdominal e região escapular;
- Introduzir a agulha em ângulo de 90° quando hipodérmica ou 45° quando agulhas comuns ou hipodérmicas em crianças;
- Após aplicação de insulina ou heparina, o local não deve ser massageado;
- Realizar rodízio nos locais de aplicação;
- Não reencapar a agulha.

5 Responsabilidade

Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA SUBCUTÂNEA Edição/Revisão: 001/2014	Codificação: 0010	Página: 36-39
Elaborado por: Enfermeira Elaine Cristina Amaro COREN-MS 113.286	Revisado por:	Implantado: 18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por:
		Assinatura e Carimbo

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

Procedimento Operacional Padrão ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Elaini Cristina Amaro COREN-MS 113.286	Codificação: 0011 Revisado por:	Página: 40-43 Implantado: 18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
---	---	--

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR

1 Definição

É a administração de medicamentos no tecido muscular.

2 Objetivo

- Proporcionar a absorção mais rápida do medicamento do que pela via oral;
- Administrar medicamentos irritantes ao trato digestivo ou ao tecido subcutâneo

3 Material utilizado

- Bandeja
- Rótulo de identificação
- Luvas de procedimento
- Seringa
- Agulha 40x12
- Agulha 25x7 ou 30x8
- Medicamento prescrito
- Gaze estéril
- Algodão
- Clorexidina alcoólica
- Álcool a 70%.

5 Procedimento

- Realizar a higienização das mãos;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a higienização das mãos;
- Separar o material necessário;
- Fazer o rótulo de identificação do medicamento: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Fazer a desinfecção no frasco ou ampola com algodão umedecido em clorexidina alcoólica ou álcool a 70%;
- Fazer a reconstituição com o líquido recomendado, s/n;
- Aspirar o conteúdo do frasco;
- Trocar a agulha (para 25x7 ou 30x8);
- Retirar o ar da seringa;
- Colocar o rótulo de identificação do medicamento na seringa;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Levantar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Informar e explicar o procedimento ao paciente;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;
- Realizar a higienização das mãos;
- Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Expor a área de aplicação e definir o local da administração;
- Palpar o músculo (medição do local);
- Fazer a antisepsia do local;
- Pinçar com os dedos a pele ao redor do local da administração;
- Inserir a agulha da injeção em um ângulo de 90° em relação ao músculo;
- Aspirar lentamente o êmbolo da seringa e certificar-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
- Injetar lentamente o conteúdo da seringa;
- Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;
- Aplicar leve compressão ao local com gaze;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Descartar o material perfuro cortante no Descarpax® (sem desconectar a agulha da seringa e sem reencapá-la);
- Retirar a luva de procedimento;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%.
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.
- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- Realizar rodízio nos locais de aplicação;
- Não reencapar a agulha;
- Músculos indicados para administração e volume permitido em adultos são:
 - Vasto lateral da coxa: até 4 ml
 - Região Dorso Glútea – Quadrante Superior Externo: até 5ml.
 - Região Vento Glútea: até 4ml.
 - Deltoide: até 2ml.

5 Responsabilidade

Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA AURICULAR Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Elaini Cristina Amaro COREN-MS 113.286	Codificação: 0012 Revisado por:	Página: 44-46 Implantado: 18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
---	---	--

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA AURICULAR

1 Definição

É a administração de medicamentos em gotas ou em pomadas na região Auricular.

2 Objetivo

- Preparar o paciente para exames auriculares;
- Administrar medicação prescrita em pacientes em tratamento de patologias otológicas, para diminuir o cerúmen, aliviar a dor e anestesiá-lo.

3 Material utilizado

- Bandeja
- Gaze
- Medicamento
- Álcool a 70%
- Luva de procedimento (s/n)
- Conta-gotas.

4 Procedimento

- Realizar a higienização das mãos;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente.
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente e a prescrição médica;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Colocar a identificação no medicamento;
- Levantar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Posicionar o paciente sentado ou deitado, com a cabeça lateralizada;
- Realizar a higienização das mãos;
- Calçar as luvas de procedimento na presença de secreção;
- Segurar a porção superior do pavilhão auricular, puxar suavemente o lóbulo para cima e para trás;
- Observar presença de secreção, se houver, o canal auditivo deve ser cuidadosamente limpo com gaze;
- Pingar a quantidade prescrita do medicamento (não encostar no paciente);
- Pedir ao paciente para permanecer com a cabeça lateralizada por 3 minutos e supervisionar;
- Administrar a medicação no ouvido paralelo se estiver prescrito, e repetir o mesmo procedimento;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Encaminhar a bandeja para a sala de utilidades onde deverá ser lavada com água e sabão, secada com papel toalha e desinfetada com álcool a 70% 3 vezes de forma unidirecional;
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem (técnico de enfermagem);
- Realizar evolução de enfermagem (enfermeiro).

- Cuidados Relacionados:

- Atentar a presença de vertigem, ajudando o paciente se necessário;
- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- Em caso de presença de secreção, o profissional deverá usar luvas de procedimento;
- Atentar para pacientes em isolamento de contato, utilizando as precauções padrão para evitar contaminação cruzada.

5 Responsabilidade

Equipe de Enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

Procedimento Operacional Padrão AEROSOLTERAPIA Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeiro Alessandra de Cássia Leite COREN-MS 116682	Codificação: 0013 Revisado por:	Página: 47-49 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
--	---------------------------------------	---

AEROSOLTERAPIA

1 Definição

É a administração de medicação nas vias aéreas superiores (VAS) por meio de dispositivos que liberam pequenas partículas de agentes farmacológicos no tecido epitelial mucoso do trato respiratório.

2 Objetivo

Umidificar a via aérea superior;
 Facilitar a drenagem de muco das VAS superiores e pulmonares;
 Liquefazer secreção brônquica resistentes associando à nebulização ou mucolítico;
 Diminuir a inflamação através da associação de corticoides à nebulização;

3 Material utilizado

- Kit de nebulização
- Soro fisiológico 0,9%
- Fonte de O₂
- Ar comprimido
- Medicação prescrita
- Bandeja
- Fluxômetro
- Etiqueta de identificação.

4 Procedimento

- Conferir a prescrição médica;
- Conferir os nove itens: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Separar o material a ser utilizado na bandeja;
- Fazer a etiqueta do medicamento seguindo os itens de segurança do paciente;
- Levantar o material até a unidade do paciente (quando internado) ou na sala de inalação;
- Realizar higiene das mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Instruir o paciente (se colaborativo) para limpar as vias aéreas antes do procedimento;
- Preparar a inalação de acordo com a prescrição médica;
- Conferir a solução preparada com a prescrição médica;
- Colocar o paciente em posição sentada ou em posição de Fowler no leito;
- Conectar o inalador a fonte de O₂ ou ao ar comprimido;
- Abrir válvula do fluxômetro aproximadamente 4 a 6 l/min;
- Observar o funcionamento do inalador pela névoa que se forma;
- Adaptar a máscara do inalador ao paciente, mantendo o recipiente do inalador na posição vertical;
- Manter a inalação durante o tempo indicado, observando o paciente;
- Orientar o paciente (se colaborativo) para que respire lenta e profundamente;
- Orientar o paciente (se colaborativo) para que permaneça com os olhos fechados em quanto durar a nebulização;
- Fechar a válvula do fluxômetro quando a névoa parar de sair;
- Desconectar a extensão do inalador;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Recolher o material utilizado;
- Deixar a unidade do paciente em ordem
- Realizar higiene das mãos;
- Checar o aprazamento da prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem relacionada ao procedimento (técnico ou auxiliar de enfermagem);
- Fazer evolução de enfermagem relacionada ao procedimento realizado (enfermeiro).
- Certificar-se que a montagem do kit de nebulizador ficou estável;
- Interromper a medicação se ocorrer reações ao medicamento e comunicar imediatamente ao médico responsável;
- Trocar o kit de nebulização a cada uso, enviando para a sala de utilidades e posteriormente ao SEME (Serviço de Material Esterilizado);
- O kit de nebulização é de uso individual;
- Registrar na anotação de enfermagem ou na evolução de enfermagem a resposta do cliente a aerossol terapia, alterações significativas na frequência cardíaca ou qualquer outra reação adversa;

- Risco Relacionado:

- Desenvolver reação alérgica ou reação adversa relacionada a determinado fármaco utilizado.

5 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G, SUDDARTH, D.S. Brunner.Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
 SILVA LD, PEREIRA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005.

Procedimento Operacional Padrão ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeiro Vânia Rocha Cabral COREN-MS 222886	Codificação: 0014 Revisado por:	Página: 50-60 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
--	---------------------------------------	---

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL

1 Definição

Consiste em administrar a nutrição enteral (NE) por via oral ou através de cateteres posicionados no estômago, duodeno ou jejuno, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais.

2 Objetivo

Fornecer nutrientes para a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

3 Indicações e contraindicações:

- Indicação: pacientes que não satisfazem 60% de suas necessidades nutricionais diárias com a alimentação oral, mas que possuam a função do trato intestinal parcial ou totalmente íntegra.
- Contraindicação absoluta: Trato gastrointestinal não funcionante.
- Contra indicações relativas: Condições do paciente considerando homeostase, perfusão esplênica adequada e peristalse.
- Íleo intestinal grave
- Fístula enterocutânea de alto débito (> 500 ml / dia)
- Instabilidade Hemodinâmica
- Síndrome do intestino curto (menos de 50 cm de jejuno com o cólon intacto ou menos de 100 cm de jejuno sem o cólon direito)
- Pancreatite complicada (Critérios de Ranson)

4 Material utilizado

- Bandeja ou cuba rim não estéril
 - Equipos de dieta enteral (azul com o terminal adaptável ao final do cateter.
- Somente para uso em enteral
- Luva de procedimento
 - Gaze não estéril
 - Almotolia com álcool a 70%
 - Almotolia com álcool a 70% glicerinado
 - Toalha de papel
 - Lixeira ou descarte apropriado
 - Material para uso específico:

Administração com cateter por gotejamento:

- Cateter enteral ou dispositivo entérico "button" bem posicionado e permeável;
- Seringa para lavar o cateter: 05ml para neonatal e 20 ml para adultos
- Frasco com a dieta enteral conforme prescrição médica;
- Equipos para dieta enteral: em neonatal pode-se utilizar o perfusor
- Bomba infusora ou Bomba infusora de seringa (para neonatal)
- Suporte de soro.

Administração com cateter por gavagem:

- Seringa com bico para administrar a dieta: de 10 ml, 20 ml ou 60 ml conforme volume
- Seringa com bico para lavar o cateter: de 05 ml (para neo natal) ou 20 ml (para adulto)
- Frasco com a dieta enteral conforme prescrição médica
- Água filtrada ou flaconete de água destilada estéril (para neonatal)
- Recipiente graduado
- Estetoscópio

5 Procedimento

- Ler a prescrição do paciente;
- Conferir o rótulo da dieta com o que está prescrito pelo médico;
- Realizar higienização das mãos;
- Separar uma bandeja para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70% e aguardar secagem espontânea, unidirecional, repetindo o movimento três vezes;
- Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- Seguir os passos a seguir para ALIMENTAÇÃO POR GOTEJAMENTO e caso seja a ADMINISTRAÇÃO POR GAVAGEM siga instruções;
- Checar permeabilidade do cateter, confirma o posicionamento do dispositivo para administração de dieta com gotejamento contínuo:
- Via nasal ou oral: conforme recomendação do protocolo;
- Via gastrostomia ou jejunostomia: confirme o tipo de dispositivo utilizado sobre a superfície cutânea: cateter de Foley ou outro tipo similar, ou um Button, para esse último tipo pode ser necessário a colocação de um conector intermediário para unir ao equipo de soro.
- Checar a bomba infusora correspondente, se está em boas condições para o uso e posicionada no suporte de soro próximo do paciente;

- Preparar o material:

- Observar se a nutrição enteral está em temperatura ambiente
- Adaptar o equipo para bomba infusora no frasco da dieta enteral, retirar o ar;
- Fechar a pinça do equipo; colocar na bandeja;
- Levantar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- Checar os dados de identificação do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Posicionar adequadamente o paciente no leito, em Fowler;
- Higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Atenção para os métodos de administração em conformidade com o acesso

PARA ADMINISTRAÇÃO POR GOTEJAMENTO

- Colocar o frasco da dieta enteral na bomba infusora no suporte de soró; confirmar para que esteja bem segura;
- Ao retirar a tampa de vedação do cateter enteral ou do dispositivo correspondente utilizado na gastrostomia ou jejunostomia faça-o pinçando-o para que evite entrada de ar no TGI;
- Conectar o circuito (NE e equipo) ao dispositivo de acesso ao TGI;
- Programar a bomba conforme gotejamento previamente calculado;
- Abrir a pinça;

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL por gavage:

- Medir a quantidade prescrita da dieta a ser administrada no recipiente graduado ou seringa observando a vedação para evitar que a dieta extravase;
- Posicione a seringa afastada das vias aéreas superiores ao infundir a dieta.
- Colocar uma toalha de papel ou compressa de gaze não estéril na região da inserção do cateter enteral e tórax;
- Para os dispositivos ao nível da superfície cutânea tipo button (quando não há extensão) deve-se conectar o circuito da alimentação observando a estrita vedação para que a dieta não extravase;
- Conectar uma seringa de 60 ml sem rosca, com o êmbolo removido, até a extremidade do cateter ou do extensor do equipo de alimentação; mantendo o dispositivo pinçado até que seja colocada a dieta na seringa, para então liberar o fluxo;

PARA AS GASTROSTOMIAS

- Deve-se previamente aspirar o conteúdo gástrico para avaliar o resíduo gástrico; se o resíduo obtido for maior que a metade do volume a ser administrado, em adultos até 200 ml, ou se for uma pequena quantidade, retorne o aspirado e continue com o procedimento;
- Elevar o a seringa com o bico sem rosca até um nível que a dieta seja administrada por cerca de 15 minutos, adicionando gradualmente o volume total prescrito, possibilite para que haja fluxo por gravidade (levantar ou abaixar a seringa para adequar a velocidade);
- Observe o paciente atentamente durante o procedimento no caso de ocorrer intolerância e complicações;
- Manter a permeabilidade do cateter enteral ou jejunostomia, injetando 30 ml de água filtrada com uma seringa, antes e após administração da dieta e/ou medicamento; vide orientação específica para neonatal em cuidados especiais;
- Em caso do cateter não estar sendo utilizado para a dieta, manter o cateter pérvio com a lavagem com água a cada 4 ou 6 h em paciente adulto;
- Limpar com gaze qualquer resíduo de dieta que tenha extravasado sobre o paciente ou leito;
- Manter a organização da unidade do paciente;
- Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- Realizar higienização das mãos;
- Checar o horário da instalação da dieta na prescrição;
- Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução);
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado.

- CUIDADOS ESPECIAIS:

- O trato gastrointestinal em funcionamento é detectável por ruídos intestinais audíveis por estetoscópio, eliminação de flatos e ou fezes, condição para a nutrição ser digerida.
- Toda dieta enteral deve ser administrada por um cateter de material biocompatível: de poliuretano e/ou silicone, pois apresenta o mínimo de reações de alérgicas, inflamatórias ou tóxicas, possibilita a longa permanência, fomentando qualidade nas ações para segurança do paciente.
- Com relação à classificação da administração relacionada com o tempo, temos as seguintes definições:
 - a) Intermitente - não se refere à forma de introduzir o alimento, mas ao tempo em que a dieta vai ser infundido no período de 24 horas, significa que podemos fracionar o volume ao longo de 18 ou 24 horas.
 - b) Contínuo - significa que o paciente vai receber a alimentação de forma ininterrupta por um período de 18 ou 24 horas
 - c) Contínuo - intermitente - o paciente recebe durante todo o período o volume calculado de forma fracionada, mas com o intervalo das trocas menor do que 30 minutos
 - Para a conservação da dieta ao chegar no setor, deve-se observar que se forem manipuladas/produzidas pelo setor de enteral, as dietas enterais devem ser conservadas em geladeira (2 a 8 graus), com validade máxima, mesmo em geladeira, de 24 hs e o tempo máximo de infusão nunca deve ultrapassar a 6 horas. A nutrição industrializada não necessita de conservação em geladeira, mas após ser aberta, seu tempo máximo de infusão é de 24 horas. A validade é determinada pelo fabricante.
 - Nada deve ser acrescentado à formulação.
 - O gotejamento está discriminado no rótulo. Se houver alguma intercorrência, re programe o gotejamento para que o tempo de exposição da dieta à temperatura ambiente não ultrapasse a seis horas quando for uma dieta produzida pelo HUPE. No caso da industrializada, a dieta pode permanecer válida por 24 horas após aberto o recipiente.
 - Antes da infusão da dieta, avalie o resíduo gástrico, se maior do que 200 ml, adie a instalação da dieta. Se persistir, entre em contato com a Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN). Interrompa a dieta nas seguintes situações: vômitos, desposicionamento do cateter, Instabilidade hemodinâmica e sangramento digestivo.
 - Quando o gotejamento for contínuo-intermitente, o volume total de 24 horas será dividido em 4 horários padrões: 10:00, 16:00, 20:00, 06:00 horas. Preservando dessa forma o repouso intestinal de 6 horas.

- O método mais comum de administração de dieta enteral é por meio de bomba de alimentação que controla a infusão.
- Com uma manutenção adequada, os cateteres de nutrição enteral têm durabilidade de aproximadamente 30 a 60 dias (silicone) e seis meses (poliuretano).
- A condição para checar o posicionamento do cateter para administrar a dieta é a confirmação por RX simples tóraco-abdominal.
- Os estomas de alimentação utilizados são a gastrostomia e a jejunostomia, os quais podem se apresentar com kit específico (button) ou com uso de cateter siliconado (por exemplo: o cateter de Foley).
- Recomenda-se a ausculta da peristaltica previamente à introdução da dieta.
- Checar sempre o posicionamento do cateter a cada troca de plantão, ou em caso de suspeita de desposicionamento (distensão, vômito, alteração da fixação do cateter, exteriorização do cateter)
 - Em caso de episódios de vômito, regurgitação, tosse intensa, a extremidade do cateter pode retornar ao esôfago ou enovelar na cavidade oral ou mesmo em porção não visível (esôfago), mesmo quando bem fixada externamente, sendo necessária a reavaliação radiológica para tomada de decisão de reiniciar a dieta ou troca do cateter para reposicionamento.
 - No caso da ocorrência de refluxo e bronco aspiração, deve-se parar a dieta, testar posicionamento do cateter, manter cabeceira elevada, realizar aspiração endotraqueal, comunicar ao médico, registrando o ocorrido.
 - Quando houver distensão abdominal suspender a infusão da dieta, avisar o médico, e registrar o ocorrido.
 - Em caso episódios de diarreia, manter a dieta e entrar em contato com a nutrição para possível reajuste da formulação e gotejamento. Registrar para a investigação das causas da diarreia.
 - Em caso de obstrução do cateter, recomenda-se injetar água sob pressão moderada, em seringa de 20 ml ou mais, não conseguindo retirar a sonda, lavá-la internamente com uma seringa para desobstruí-la, se o cateter estiver em boas condições pode-se repassar o mesmo cateter com o guia metálico guardado do paciente, ou opte por um novo cateter. Nunca reintroduza o guia metálico para qualquer procedimento.
 - Também no caso de retirada acidental do cateter enteral, e se houver necessidade, este poderá ser repassado no mesmo paciente, desde haja o guia metálico do próprio e o cateter estiver em boas condições.
 - Para que o cateter enteral possa ser reutilizado no mesmo paciente deve-se atentar para as boas condições do mesmo que deve ser preservado seguindo os passos: lavar previamente a luz do cateter com uma seringa de 20 ml com água filtrada, fazer a lavagem quantas vezes for necessária; e verificar a integridade do material caso apresente sinais como rigidez, rachaduras, furos ou secreções aderidas, deverá ser desprezada.
 - Reforçam-se os cuidados com o cateter nasoenteral para não tracionar a asa do nariz, pois, além de desconforto, poderá provocar isquemia, ulceração e necrose.
 - Recomenda-se girar o cateter ou button em 360 graus uma vez ao dia para evitar aderência à pele.
 - O "jejum para exames ou procedimentos", por dias consecutivos, é muito prejudicial para os pacientes. Verificar, com o médico, a real necessidade de jejum, solicitar que libere a dieta logo que possível e planejar os procedimentos de forma a evitar períodos desnecessários de jejum.
 - Ao enfermeiro: Identificar a necessidade e a indicação da dieta enteral, discutir os riscos e benefícios para o paciente com a equipe médica e de nutrição.

- Contingências específicas para Estomas de alimentação:

- A gastrostomia (GTT): pode ser realizada através de cirurgia aberta, cirurgia laparoscópica, método radiológico e mais comumente, através do método endoscópico, com utilização de dispositivos.
- A jejunostomia (JTT): pode ser implantada por via endoscópica, laparoscópica ou por cirurgia aberta.
- Os dispositivos utilizados podem ser cateteres convencionais: cateter de Pezzer, cateter de Foley, cateter radiológico e cateter endoscópico ou dispositivos de gastrostomia de baixo perfil ("button"), os quais são de material biocompatível.
- Deve-se avaliar diariamente a área perióstio quanto à presença de intercorrências ou complicações, por exemplo: obstrução do cateter, desconexão espontânea do tubo de extensão, entrada do balonete ou da parte interna do cateter dentro do trajeto fistuloso, dermatite, drenagem, lesões ulceradas, infecção, tecido de hipergranulação e prolapso da mucosa gástrica.
- As formas de dispositivos podem ser: balonada ou sem balão. A balonada possui um anteparo interno em forma de balão que fica permanentemente insuflado, o outro tipo é posicionado pelo com anteparo interno e um externo, sendo que o interno fica localizado na cavidade gástrica junto à mucosa e outro externo, que se ajusta na parede abdominal.
- Em algumas técnicas há pontos de fixação. Na extremidade externa tem-se o dispositivo que permite a infusão de dieta e medicação, e se for do tipo balonada possui também uma saída para inflar o balão.
- Deve-se tomar cuidado para que não se infunda dieta ou medicação no dispositivo que infla o balão.
- Com relação ao tempo de troca dos dispositivos inseridos na parede abdominal é o recomendado pelo fabricante, de 6 até 12 meses.
- No caso da retirada acidental do cateter deve-se comunicar o médico, o mais rápido possível, para realizar a troca com urgência, pois pode fechar o óstio.

Terminologia e expressões utilizadas:

- Nutrição Enteral (NE): alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por cateteres ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar.
- Nutrição Enteral em Sistema Aberto: NE que requer manipulação prévia à sua

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

administração, para uso imediato ou atendendo à orientação do fabricante.

- Nutrição Enteral em Sistema Fechado: NE industrializada, estéril, acondicionada em recipiente hermeticamente fechado e apropriado para conexão ao equipo de administração.
- Gavage: É também chamada de bolus.
- Gastróclise: Alimentação por gotejamento contínuo à nível gástrico recomendável o uso da bomba infusora.
- Enteróclise: É a alimentação por gotejamento contínuo à nível intestinal sendo necessário o uso da bomba de infusão.
- Cateter enteral ou cateter Dobhoff: Denominam o mesmo produto hospitalar desde que o cateter seja de poliuretano, com fio guia e em sua extremidade com cápsula de peso de tungstênio.

6 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

7 Referências

POTTER, PA. et al. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009. p.1108-1128. BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. HUPÉ-UERJ. POP por gastrostomia. Núcleo Perinatal, mimeografo, 2011. 5f.

<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL</p> <p>Edição/Revisão: 001/2014</p> <p>Elaborado por:</p> <p>Enfermeiro Vânia Rocha Cabral</p> <p>COREN-MS 222886</p>	<p>Codificação: 0015</p> <p>Revisado por:</p>	<p>Página: 61-63</p> <p>Implantado: 18/12/2014</p> <p>Validade: 02 anos</p> <p>Validado por:</p> <p>Assinatura e Carimbo</p>
--	---	--

ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL**1 Definição**

Refere-se à administração de nutrientes diretamente no sistema venoso. Pode ser administrado a qualquer cliente incapaz de ingerir ou absorver nutrientes em quantidade suficientes pelo trato gastrointestinal.

2 Objetivo

Garantir a administração da solução de forma segura, evitando riscos de contaminação e danos para o cliente.

3 Material utilizado

- Luvas de procedimento estéril.
- Máscara descartável.
- Clorexedine alcoólico 0,5%.
- Equipo para bomba de infusão fotossensível ou não.
- Álcool a 70%.
- Bolas de algodão ou gaze estéril.

4 Procedimento

- Higienizar as mãos.
 - Providenciar material necessário.
 - Inspeccionar o frasco da solução antes de administrá-la, quanto à cor, aspecto e presença de partículas.
 - Observar a temperatura da solução (deve ser administrada a temperatura ambiente).
 - Retirar da geladeira pelo menos uma hora antes do uso.
 - Verificar rótulo, observando o nome do cliente, composição e gotejamento.
 - Colocar horário do início e término no rótulo.
 - Colocar capote, máscara e calçar luvas estéreis.
 - Fazer assepsia do frasco com clorexedine alcoólico ou álcool a 70%, adaptar o equipo de acordo com a solução.
 - Efetuar assepsia com solução de clorexedine alcoólico ou álcool a 70%, antes de conectar o equipo com a extremidade do sistema, usando luvas e gazes estéreis.
 - Proibir abrir o frasco para fazer acréscimo de medicamentos, pois provoca contaminação ou precipitação.
 - Remover crostas de sangue e limpar o cateter, quando houver coágulos
 - Controlar rigorosamente o gotejamento da solução, em bomba de infusão.
 - Trocar a cada 24 horas o frasco de NPT, mesmo que não tenha terminado a solução.
 - Evitar que o sol ou focos luminosos incidam no frasco da solução.
 - Instalar solução de SG 10% (ver concentração e possível prescrição médica) termine a solução e não haja outra preparação para substituí-la imediatamente.
 - Evitar usar o sistema de infusão para outros fins (medida de PVC, hemocomponentes, medicamentos, coleta de sangue, reposição de perdas anormais), administrar em cateter de duplo lúmen ou outra via os aditivos e complementos necessários.
 - Observar a temperatura ambiente: podem aparecer partículas macroscópicas em soluções de aminoácidos e lipídios após 24 horas em temperaturas iguais ou superior a 30°C. Usar seringa de 10cc com água destilada para testar a permeabilidade do sistema de infusão.
 - Higienizar as mãos.
 - Anotar procedimento em relatório de enfermagem.
 - Manter o cliente em constante observação.
 - Observar o sistema de infusão a cada hora:
 - Se o cateter está dobrado ou obstruído em algum ponto.
 - Se as conexões estão firmes.
 - Presença de flebite.
 - Se a bomba de infusão está ligada e funcionando perfeitamente.
- ADVERTÊNCIAS:

- Os frascos contendo soluções nutrientes e o equipo, devem ser trocados diariamente ou sempre que ocorrer solução de continuidade no sistema.
- Ao trocar os frascos e o equipo, deve-se ter o cuidado de estar com o novo sistema completamente preparado antes de ser desconectado o antigo.
- Nunca utilizar antibióticos tópicos (aumentam a colonização por cândida). Os curativos devem ser feitos com solução a base de clorexidine a 0,5%.
- Nunca utilizar antibióticos profilaticamente: aumentam a infecção por fungos e bactérias resistentes.
- Monitore o cliente em busca de sinais e sintomas de distúrbios do metabolismo de glicose, desequilíbrio hídrico e de eletrólitos, e alteração do estado nutricional. Inicialmente monitore os níveis de glicose a cada 6 h, subsequentemente, uma vez por dia.
- Monitore em busca de sinais de inflamação, infecções e sepse, as complicações mais comuns da NPT. A causa habitual é a contaminação microbiana no dispositivo de acesso venoso.

5 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

6 Referências

ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos. revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina de Souza. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM</p> <p>Edição/Revisão: 001/2014</p> <p>Elaborado por:</p> <p>Enfermeira Heloisa Honório do Amaral</p> <p>COREN-MS 124.870</p>	<p>Codificação: 0016</p> <p>Revisado por:</p>	<p>Página: 64-66</p> <p>Implantado: 18/12/2014</p> <p>Validade: 02 anos</p> <p>Validado por:</p> <p>Assinatura e Carimbo</p>
--	---	--

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**1 Definição**

São dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidado/intervenção de enfermagem; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados, respectivas respostas do Paciente e resultados esperados e desenvolvidos da Evolução de Enfermagem.

A Anotação de Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem, pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência.

Devem ser registradas em formulários/documentos, com cabeçalho devidamente preenchido com nome completo do paciente, de acordo com os critérios estabelecidos pela instituição.

2 Objetivo

- Identificar alterações do estado e condições do paciente
- Favorecer na detecção de novos problemas
- Favorecer na avaliação dos cuidados prestados
- Possibilitar a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados.

3 Material utilizado

- Prontuário
- Caneta azul diurno
- Caneta vermelha noturno
- Procedimento

- Durante a admissão:

- Nome completo, data e hora da admissão
- Condições de chegada (andando, cadeira de rodas, maca, muleta e /ou andador, ambulância SAMU/ bombeiro ou ambulância municipal)
- Presença de acompanhante ou responsável;
- Condições de higiene;
- Queixas relacionadas ao motivo da internação;
- Procedimentos/cuidados realizados, tais como: sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames e orientações prestadas.

- Anotações da dieta:

- Indicar dieta oferecida (geral, leve, branda, pastosa, hipossódica, para DM, por sonda)
- Aceitação da dieta (total ou parcial)
- Dieta por sonda (quantidade da dieta e da hidratação, presença de refluxo gástrico)
- Dieta zero (motivo)
- Necessidade de auxílio ou não;
- Em caso de recusa deve-se indicar o motivo (disfagia, mastigação dolorosa, falta de apetite, náuseas, etc.)

- Anotação diurese:

- Ausência ou presença de diurese (quando sonda ou balanço medir quantidade características (coloração e odor)
- Presença de anormalidade (hematúria, piúria, disúria, etc)
- Forma de eliminação (espontânea, por dispositivo urinário, sonda vesical de demora/ostomias urinárias).

- Anotação evacuação:

- Episódio (nos respectivos horários)
- Quantidade (pequena, média, grande)
- Consistência (pastosa, líquida, semipastosa)
- Via de eliminação (reto ou ostomias)

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

• Queixas

- Anotação de administração de medicamentos:
- Chegar os itens administrados, quando diurno caneta azul, quando noturno caneta vermelha.
- Anotar intercorrências,
- Registra local fazendo referência “lado direito” ou “lado esquerdo”.
- Se acaso não administrar o medicamento apontar o motivo.

5 Responsabilidade

Técnico e auxiliar de enfermagem

6 Referências

ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos. revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina de Souza. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S.. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Procedimento Operacional Padrão	Codificação: 0017	Página: 67-68
ALTA DO PACIENTE Edição/Revisão: 001/2014		Implantado: 18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por:
Elaborado por: Enfermeira Heloisa Honório do Amaral COREN-MS 124.870	Revisado por:	Assinatura e Carimbo

ALTA DO PACIENTE

1 Definição

A alta hospitalar é a finalização do período de internação ou observação que ocorre pela melhora do estado do paciente ou óbito. Pode também ocorrer por outros motivos: pedido do paciente ou acompanhante, necessidade de transferência para hospitais especializados, recusa do paciente/responsável em acatar o tratamento indicado, etc.

2 Objetivo

Otimizar a alta do cliente sistematizando o atendimento.

3 Material utilizado

- Prontuário do paciente
- Receituário médico
- Resumo de alta com todas as informações pertinentes

4 Procedimento

- Entregar e explicar ao paciente ou responsável o resumo de alta
- Orientar sobre dieta, retorno, complicações e uso de equipamento temporário ou realização de curativos
- Informar a alta ao serviço de portaria, Serviço social e Serviço de nutrição
- O procedimento de alta hospitalar é responsabilidade da equipe médica, cabe a equipe de enfermagem orientar orientações pertinentes e contactar os setores para dar os encaminhamentos necessários à saída do paciente e seus familiares

5 Referências

ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos. revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina de Souza. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Procedimento Operacional Padrão	Codificação: 0018	Página: 69-73
ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES Edição/Revisão: 001/2014		Implantado: 18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por:
Elaborado por: Enfermeira Heloisa Honório do Amaral COREN-MS 124.870	Revisado por:	Assinatura e Carimbo

ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES

1 Definição

Consistem na remoção de secreções das vias aéreas superiores (naso e orofaringe) com a utilização de um cateter

2 Indicações

- Cliente com cânula de traqueostomia ou tubo endotraqueal na presença de:
- Secreções visíveis na cânula e de sons audíveis durante a respiração.
- Sons adventícios (roncos) detectados na ausculta pulmonar.

3 Objetivo

Promover a permeabilidade das vias aéreas, garantindo ventilação e oxigenação adequada;
Prevenir acúmulo de secreção do trato respiratório inferior e pneumonia, por êxtase.

4 Material utilizado

- Bolsa ventilatória manual (AMBU com reservatório) conectada ao sistema de oxigênio (extensão de silicone/látex, fluxômetro de oxigênio, copo umidificador com água destilada), se necessário.
- Frasco coletor intermediário contendo solução padronizada pela instituição

- Frasco redutor de pressão
- 2 extensões de silicone/látex esterilizadas
- oxímetro de pulso
- Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (luvas esterilizadas, luvas de procedimento, óculos de proteção e máscara cirúrgica)
- Compressa esterilizada
- Cateter para aspiração – medindo um terço do calibre interno da cânula (adulto-12 e 14)
- Frasco de soro fisiológico (SF) 0,9% de 100ml
- Gazes esterilizadas
- Seringa de 5 ml com 5 ml de SF 0,9%, se necessário

5 Procedimento

- Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao familiar e realizar exame físico específico.
 - Higienizar as mãos.
 - Reunir os materiais necessários e encaminhá-los a unidade.
 - Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira.
 - Colocar o biombo ao redor do leito, se necessário.
 - Colocar o cliente na posição de fowler ou semi-fowler, se não contra-indicado.
 - Paramentar-se com os EPIs.
 - Solicitar ao profissional auxiliar que abra o pacote de gazes e da compressa estéril e a do frasco de solução fisiológica e que ligue o sistema de vácuo.
 - Colocar a compressa esterilizada sobre o tórax e colocar as gazes esterilizadas sobre essa.
 - Solicitar ao profissional auxiliar que abra a embalagem do cateter de aspiração na extremidade que fica a válvula de controle de pressão.
 - Retirar o cateter da embalagem com a mão dominante, enrolando-o na mão.
 - Solicitar ao profissional auxiliar pegar a extensão de silicone.
 - Conectar o cateter à extensão de silicone com a mão não-dominante.
 - Levantar a mão não-dominante o suficiente para desenrolar o cateter na mão dominante.
 - Solicitar ao profissional auxiliar que desconecte o intermediário da cânula, sem encostar a extremidade de encaixe em qualquer outra superfície.
 - Ocluir a válvula de controle do cateter ou dobrar a extensão de silicone com o polegar da mão não-dominante.
 - Introduzir o cateter pela cânula até sentir resistência, e logo em seguida, recuar um centímetro.
 - Desocluir a válvula do controle do cateter ou desdobrar a extensão de silicone da mão não dominante.
 - Aplicar sucção fazendo movimentos rotatórios, no máximo por 10 segundos e retirar o cateter da cânula.
 - Solicitar ao profissional auxiliar que conecte a conexão do ventilador mecânico à cânula.
 - Retirar a secreção retida na parte externa do cateter utilizando a gaze esterilizada que está sob o tórax do cliente.
 - Solicitar ao profissional auxiliar que pegue o frasco de SF 0,9%.
 - Introduzir a extremidade do cateter no interior do frasco de SF 0,9%, sem encostar em qualquer outra superfície, e aspirar a sua solução até a remoção das secreções retidas internamente no cateter.
 - Aguardar de três a cinco ventilações ou mais tempo, quando a saturação de oxigênio (SO₂) não alcançar o valor esperado.
 - Repetir, no máximo, 3 vezes a aspiração, utilizando o mesmo cateter, seguindo os passos de 15 a 24.
 - Aspirar as vias aéreas superiores, conforme “Procedimento Operacional Padrão “Aspiração de vias aéreas superiores”.
 - Adaptar a extensão de silicone/látex ao gargalo do frasco do SF até a sucção completa da solução restante.
 - Solicitar ao profissional auxiliar que desligue o sistema de aspiração.
 - Recolher os materiais.
 - Retirar os EPIs.
 - Recompôr a unidade e o cliente.
 - Colocar o cliente em posição, confortável, adequada e segura.
 - Dar destino adequado aos materiais e encaminhar os descartáveis, ao expurgo.
 - Higienizar as mãos.
 - Proceder as anotações de enfermagem no prontuário do cliente constando: descrição da quantidade e das características da secreção aspirada e presença de ocorrências adversas e medidas tomadas.
- Intervenções de enfermagem/Observações:
- Avaliar as condições respiratórias do cliente para o aprazamento das aspirações.
 - Deixar instalado o AMBU no sistema de oxigênio umidificado (12 a 15 litros/min em adultos) e, utilizá-lo caso o cliente apresente desconforto respiratório e permanência da hipóxia entre as aspirações, mesmo após a conexão da cânula ao ventilador. O AMBU deverá ter, referencialmente, reservatório. O uso do AMBU não é indicado como primeira opção para hiperoxigenação com hiperinflações entre as aspirações, pois provocam aumentos significativamente maiores da pressão arterial média, do débito cardíaco e da pressão nas vias aéreas quando comparado ao uso do ventilador.
 - Realizar, sempre, o procedimento de aspiração de vias aéreas inferiores em clientes entubados com dois profissionais. O profissional auxiliar deverá estar paramentado com luvas de procedimento, máscara cirúrgica e óculos protetor.
 - Aplicar estratégias para evitar a formação de rolhas, tais como: hidratação do cliente, umidificação pelo ventilador mecânico e nebulização com soro fisiológico de 10 a 20 minutos antes da aspiração.
 - Evitar instilar soluções na cânula de aspiração e ventilar com o AMBU concomitantemente, com intuito de fluidificar secreções, pois esse procedimento desloca microrganismos e rolhas de dentro do tubo para brônquios e bronquíolos.
 - Evitar instilar SF 0,9% na cânula durante a aspiração, a não ser que a secreção permaneça espessa após a nebulização. Caso seja indicada a instilação, fazê-la utilizando, no máximo, 2 ml.
 - Desprezar as secreções contidas no frasco coletor intermediário e lavá-lo ao final de cada plantão, preenchendo-o, posteriormente, com solução padronizada pela

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

instituição.

6 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

7 Referências

ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos. revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina de Souza. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S.. Brunner. Tratado de Enfermagem. Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Procedimento Operacional Padrão AVALIAÇÃO PUPILAR Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Alessandra de Cássia Leite COREN-MS 116.682	Codificação: 0019 Revisado por:	Página: 74-76 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
--	---	---

AVALIAÇÃO PUPILAR

1 Definição

As pupilas são normais quando apresentam formas circulares, centradas e de diâmetro normais. Sua avaliação faz-se por meio de um estímulo luminoso no olho e que espera-se obter resposta pupilar bilateral e simétrica, pela ativação do nervo oculomotor.

2 Objetivo

Avaliar a reatividade pupilar. Observar o diâmetro, a simetria, o reflexo ao estímulo luminoso e a velocidade da resposta do estímulo a luz.

3 Material utilizado

- Lanterna
- Luvas de procedimento

4 Procedimento

- Fechar o olho;
 - Aguardar alguns segundos;
 - Levantar rapidamente a pálpebra dirigindo o foco de luz diretamente sobre a área da pupila;
 - Repetir no outro olho o mesmo procedimento;
 - Na incidência da luz espera-se que a pupila apresente constrição e na retirada do foco luminoso retorno à dilatação;
 - Quanto a velocidade da reação a luz devemos considerar constrição rápida como normal (fotorreagente), a constrição lenta (bradireagente) e arreativa ou fixa como dados de avaliação de anormalidade.
 - Avalie as pupilas quanto à simetria, diâmetro, fotorreatividade e velocidade da resposta ao estímulo luminoso.
 - Ainda quanto à reação ao estímulo luminoso pupilar espera-se que ao incidir a luz em uma das pupilas a outra produza um reflexo consensual àquela que recebe o foco de luz direto.
- OBSERVAÇÕES
- Realização das intervenções utilize sempre equipamentos de proteção individual (EPI), como óculos, luvas e máscara facial.
 - Uma alteração pupilar significa uma situação de gravidade neurológica e, portanto o médico regulador ou assistencialista deve ser comunicado imediatamente



5 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

6 Referências

PHTLS - Pré-hospitalar trauma life support. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 7ª. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
MARIANI, P.P., PARANHOS, W.Y. Traumatismo cranioencefálico. In: Atuação no trauma: uma abordagem para Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009, pág. 263.
BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
SILVA LD, PEREIRA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiótica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005.

Procedimento Operacional Padrão BACILOSCOPIA DE ESCARRO OU COLETA DE AMOSTRA DE ESCARRO PARA BK Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Heloisa Honório do Amaral COREN-MS 124.870	Codificação: 0020 Revisado por:	Página: 77-80 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
---	---	---

BACILOSCOPIA DE ESCARRO OU COLETA DE AMOSTRA DE ESCARRO PARA BK

1 Definição

Consiste na coleta de secreção brônquica para exames diagnósticos e, investigação de tuberculose.

2 Objetivo

- Obter secreção brônquica para identificar microrganismos patogênicos;
- Determinar sensibilidade aos medicamentos e servir de guia para tratamento medicamentoso;
- Identificar a presença de células anormais e possivelmente malignas.

3 Material utilizado

- 01 cuba rim ou bandeja
- Almotolia com álcool à 70%
- Almotolia com álcool glicerinado à 70%
- Luvas de procedimentos
- 01 frasco de coletor simples, preferencialmente, de plástico transparente com capacidade de 35-50 ml, altura mínima de 40 mm, de boca larga e com tampa rosqueável de 50 mm de diâmetro.
- Etiqueta de identificação do material.
- Papel toalha
- Máscara cirúrgica ou máscara N95, nos casos de investigação de tuberculose
- Óculos de proteção
- Gorro
- Capote não estéril

4 Procedimento

- Ler o pedido de exame do paciente;
- Fazer a etiqueta de identificação do material contendo nome completo do paciente, registro, enfermagem, leito, data e hora da coleta. A etiqueta deve ser fixada na parte externa do pote em local que não comprometa a observação da graduação do volume nem sobre a tampa do pote.
- Realizar higienização das mãos;
- Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- Higienizar as mãos com álcool glicerinado à 70%;
- Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- Colocar a etiqueta de identificação no frasco de coleta do material.
- Levantar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Checar os dados de identificação do paciente
- Avaliar a capacidade do paciente para realizar o procedimento;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento.
- Promover privacidade, utilizando biombo, se necessário;
- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- Higienizar as mãos com álcool glicerinado à 70%;
- Calçar as luvas de procedimentos
- Orientar a enxaguar previamente a boca para remover a microbiota superficial, sem escovar os dentes ou utilizar soluções antissépticas, no caso de investigação de tuberculose
- Certificar-se que o paciente está em jejum no caso de investigação de tuberculose
- Colocar máscara cirúrgica N95, durante todo período de atendimento de sintomáticos respiratórios ou de casos que ainda têm baciloscopia positiva, óculos de proteção e luvas de procedimento;
- Solicitar ao paciente que tussa ou escarre (não cuspir), em casos sem suspeita de tuberculose. No caso de pacientes hospitalizados para investigação de tuberculose, o mesmo deverá ser encaminhado para sala de escarro induzido.
- Coletar o material.
- Observar as características do material coletado.
- Fechar a tampa do frasco adequadamente para evitar vazamentos e contaminação do lado de fora do recipiente.
- Deixar o paciente confortável.
- Manter a organização da unidade do paciente.
- Desprezar os materiais utilizados nos locais apropriados.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Realizar higienização das mãos
- Realizar as anotações necessárias, incluindo as características da secreção coletada, assinando e carimbando o relato;
- Certificar-se de que o material foi entregue ao laboratório adequadamente registrando o recebimento no livro de protocolo do setor
- Cuidados especiais:
 - Para exame de BK, coletar 03 amostras em dias consecutivos. Deve ser colhido em jejum, o primeiro escarro da manhã.
 - Para cultura de escarro, indica-se o frasco coletor estéril.
 - Após coletado o material, deve ser encaminhado imediatamente ao laboratório, pois o ambiente aquecido resulta em crescimento excessivo de microrganismos. Quando necessário, o material poderá ser acondicionado em geladeira (2 a 8°C) específica para materiais biológicos até o seu transporte para o laboratório.

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

• Quando não é possível amostra de escarro satisfatória para o exame pode ser realizado o escarro induzido, este deve ser realizado em ambiente adequado na sala específica no setor de pneumologia, não deve ser realizado em enfermarias devido ao risco de contaminação para profissional de saúde e outros pacientes internados.

• Em pacientes entubados e traqueostomizados o material pode ser colhido através da aspiração traqueal com auxílio do frasco para coleta de secreção (bronquinho), utilizando técnica asséptica paramentação adequada.

• Crianças: quando houver a impossibilidade de coleta espontânea de escarro para pesquisa do Bacilo de Koch na suspeita de Tuberculose, indica-se a realização do aspirado gástrico e lavado gástrico.

- Lavado gástrico:
• Instalar sonda gástrica
• Injetar através da sonda na técnica em bolus 5 ml de água destilada em lactente e pré-escolar 10 ml em escolar;

• Aguardar um minuto e aspirar o máximo do volume introduzido;
• Colocar o conteúdo no segundo frasco, rotulado como lavado gástrico
• Vale lembrar que uma boa amostra de escarro é a que provém da árvore brônquica, obtida após esforço de tosse, e não a que se obtém da faringe ou por aspiração de secreções nasais, nem tampouco a que contém somente saliva. O aspecto ideal da amostra é mucopurulento. Amostras liquefeitas, com resíduos de alimentos, aspecto de saliva ou sanguinolentas interferem na sensibilidade e, conseqüentemente, no resultado dos testes.

5 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

6 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da Tuberculose e outras Micobactérias. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Procedimento Operacional Padrão HIGIENE GENITAL MASCULINO E FEMININO Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0021	Página: 81-85 Implantado: 18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por:
Elaborado por: Enfermeira Heloisa Honório do Amaral COREN-MS 124.870	Revisado por:	Assinatura e Carimbo

HIGIENE GENITAL MASCULINO E FEMININO**1 Definição**

Prática de higiene destinada a identificar pacientes em risco de desenvolver infecção da genitália, do trato urinário ou do trato reprodutivo e assegurar conforto físico.

2 Objetivo

Proporcionar conforto e segurança
Realizar avaliações e intervenções
Promover a estrutura e a função normal dos tecidos corporais
Manter padrões de higienização
Prevenir infecções
Promover boa imagem corporal.

3 INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

• Indicação: Remover sujidades e preservar a saúde
• Contra indicações relativas: Pacientes hemodinamicamente instáveis e cirurgias urológicas.

- Material utilizado
• Carro de curativo ou superfície fixa e/ou mesa auxiliar
• Biombo
• 01 Bacia de inox
• 01 jarro de inox
• Água
• Hamper
• 01 Impermeável
• Sabonete líquido com ph neutro, sem perfume ou corante e de uso individual;
• 01 lençol protetor do paciente
• 01 Toalha de banho ou papel toalha ou luva atoalhada e/ou compressa cirúrgica
• 01 fralda descartável, se necessário
• Luvas de procedimento
• Equipamentos de proteção individual (capote ou avental não-estéril, luvas de procedimento, óculos de proteção, máscara)
• Comadre ou patinho

4 Procedimento

• Ler a prescrição de enfermagem;
• Realizar a higienização das mãos
• Separar o material necessário;
• Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
• Checar a identificação do paciente;
• Avaliar nível de consciência, função cognitiva e músculo esquelética para solicitar a colaboração do paciente;
• Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
• Promover a privacidade do paciente com uso de biombo, quando necessário;
• Colocar os equipamentos de proteção individual: capote ou avental não-estéril, óculos de proteção, máscara;

• Realizar higienização das mãos com álcool a 70% glicerinado;
• Calçar as luvas de procedimentos;
• Levantar a grade da cama do lado oposto do qual o profissional irá realizar o procedimento;

• Posicionar o paciente adequadamente;
• Paciente masculino: decúbito dorsal paciente feminino: decúbito dorsal com os membros inferiores fletidos com os pés apoiados no leito
• Colocar o impermeável sob a região glútea;
• Inspeccionar a genitália quanto a sinais de inflamação, solução de continuidade ou infecção;
• Manter o lençol protetor do cliente, evitando a exposição;

HIGIENE GENITAL MASCULINA:

• Levantar delicadamente o pênis e colocar uma toalha por baixo;
• Segurar o pênis e se o cliente foi circuncidado, retraíndo o prepúcio;
• Lavar primeiro a glândula realizando em movimentos circulares a partir do meato uretral;

• Enxaguar e secar bem, voltar o prepúcio a posição a posição natural;
• Lavar o pênis com movimentos delicados para baixo;
• Instruir o cliente para afastar um pouco as pernas e limpar a bolsa escrotal e as dobras cutâneas subjacentes;

• Limpar o perineo na direção do ânus, de cima para baixo
• Enxaguar e secar bem toda a área evitando que o local fique umedecido;
• Retirar o impermeável e demais acessórios;
• Colocar a fralda, se necessário;
• Retirar as luvas de procedimento;
• Colocar o paciente em posição de conforto;

HIGIENE GENITAL FEMININA:

• Iniciar a higiene do perineo com água morna e sabão;
• Umedecer e lavar os pelos pubianos;
• Lavar os grandes lábios em direção do perineo para o reto, da frente para trás;
• Separar e lavar os pequenos lábios e o meato uretral com movimentos de cima para baixo;

• Enxaguar e secar para não manter a umidade no local;
• Retirar o impermeável e demais acessórios;
• Colocar a fralda, se necessário;
• Retirar as luvas de procedimentos;
• Colocar o paciente em posição de conforto

- Após execução do procedimento:

• Levantar as grades;
• Retirar todos os materiais utilizados e acondicionar em local correto;
• Realizar limpeza do carro de curativo ou superfície fixa e/ou mesa auxiliar;
• Retirar os equipamentos de proteção individual utilizados;
• Higienizar as mãos com água e sabão;
• Realizar o registro da atividade realizada, carimbando e assinando.

- Cuidados especiais:

• Caso o paciente encontre-se em Isolamento manter precaução padrão e destino adequado do material utilizado.
• Caso tenha material fecal realizar a retirada com lenço umedecido/compressa/gaze não estéril/algodão antes de iniciar a higiene íntima
• Limpar as nádegas e o ânus de frente para trás, lavando e enxaguando com água e sabão.
• Trocar a luva de procedimento para reduzir a transmissão de microrganismos do ânus para a uretra ou genitália feminina
• Caso o paciente apresente fimose ou para fimose não forçar a retração do prepúcio.
• Avaliar a necessidade do uso de cremes para prevenção ou tratamento de assaduras (óxido de zinco e ou nistatina).
• Atentar para a higiene diária dos pacientes em uso de dispositivo para incontinência urinária com consequente troca do mesmo.

5 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PÖTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão BANHO DE ASPERSÃO COM AUXÍLIO Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0022	Página: 86-88 Implantado: 18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por:
Elaborado por: Enfermeira Vânia Rocha Cabral COREN-MS 222886	Revisado por:	Assinatura e Carimbo

BANHO DE ASPERSÃO COM AUXÍLIO**1 Definição**

É a higienização do corpo realizada no chuveiro com o auxílio da enfermagem em pacientes com dificuldade de locomoção e que podem sair do leito.

2 Objetivo

Proporcionar higiene e conforto ao paciente com dificuldade de locomoção;
Reduzir o potencial de infecções em pacientes com dificuldade de locomoção.

3 Material utilizado

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

- Roupas de uso Pessoal
- Sabonete
- Shampoo
- Condicionador
- Toalha de Banho
- Roupa de Cama
- Cadeira higiênica
- Álcool A 70%
- Luvas de procedimento
- Plástico para ocluir curativos e dispositivos invasivos
- Esparradrapo

4 Procedimento

- Conferir a prescrição de enfermagem;
- Checar a necessidade da realização do procedimento;
- Realizar a desinfecção da cadeira de banho com álcool à 70%;
- Realizar a higienização das mãos
- Explicar o procedimento ao paciente e auxiliá-lo a separar seus objetos de uso pessoal (quando possível);
- Assegurar a privacidade do paciente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Auxiliar e/ou despir o paciente;
- Posicionar o paciente de forma adequada na cadeira higiênica;
- Cobrir o paciente com a toalha de banho;
- Encaminhar o paciente ao chuveiro;
- Lavar ou auxiliar o paciente na higienização dos cabelos e cabeça;
- Lavar ou auxiliar o paciente na higienização do rosto;
- Lavar ou auxiliar o paciente a lavar o corpo com sabão retirando-o logo em seguida;
- Lavar ou auxiliar o paciente na higiene da região genital e nádegas;
- Secar o paciente com a toalha ou auxiliá-lo;
- Auxiliar ou vestir o paciente, ou cobri-lo com lençol ou toalha para vesti-lo no leito;
- Encaminhar o paciente para sua unidade;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Realizar a higienização das mãos;
- Deixar o paciente confortável;
- Deixar a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos (se houver);
- Higienizar a cadeira de banho com álcool à 70%;
- Realizar a higienização das mãos
- Checar o horário do cuidado de enfermagem efetuado na prescrição de enfermagem;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências (técnico de enfermagem);
- Registrar em evolução de enfermagem a qualidade e efetividade do cuidado (enfermeiro).

- Cuidados Relacionados:

- Estimular o autocuidado;
- Se houver curativos, estes devem ser realizados logo após o banho;
- Em pacientes em precaução de contato o profissional deverá estar paramentado durante o procedimento e o banheiro higienizado logo após o banho;
- Proteger dispositivos invasivos do contato da água;
- Sorolizar/hidratar acesso quando possível.

5 Responsabilidade
Equipe de enfermagem.

6 Referências

- BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
PÓTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0023	Página: 89-91 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por:
Elaborado por: Enfermeira Alessandra de Cássia Leite COREN-MS	Revisado por:	Assinatura e Carimbo

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

1 Definição

É a introdução de um cateter, sem "cuff", por meio da uretra até a bexiga o esvaziamento momentâneo da urina.

2 Objetivo

- Promover o esvaziamento vesical na retenção urinária;
- Verificar a presença de volume residual;
- Realizar coleta de amostra de urina para exames.

3 Material utilizado

- 01 par de luvas estéreis;
- 01 sonda uretral n. 12 ou 14;
- 01 lubrificante estéril (gel anestésico);
- 01 bandeja de cateterismo vesical estéril;
- 01 frasco de polivinilpirrolidono-iodo (PVC-I) tópico 1% ou clorexidina aquosa 0,2%;

- 01 seringa de 20 ml;
- 02 pares de luvas de procedimento;
- 01 saco para lixo;
- Comadre ou papagaio.

4 Procedimento

- Lavar as mãos;
- Reunir os materiais;
- Levantar o material ao quarto do paciente;
- Explicar ao paciente e familiares o procedimento;
- Calçar luvas de procedimento;
- Higienizar a região perineal com água e sabão (técnica de higiene íntima);
- Desprezar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Abrir a bandeja e os pacotes de gaze estéril;
- Calçar luvas estéreis;
- Fazer assepsia com solução polivinilpirrolidono-iodo (PVC-I) tópico 1% ou clorexidina aquosa 0,2% na região perineal;
- Lubrificar a sonda vesical de alívio com xilocaína, quando homem introduzir 20 ml de xilocaína;
- Introduzir a sonda de alívio na uretra do paciente e colocar a ponta no recipiente (papagaio ou comadre);
- Aguardar a drenagem da diurese;
- Retirar a sonda vesical de alívio após esvaziamento da bexiga;
- Retirar as luvas e anotar o débito e as características da diurese no prontuário.

5 Responsabilidade
Equipe enfermagem

6 Referências

- BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
PÓTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão ELETROCARDIOGRAMA Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0024	Página: 92-94 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por:
Elaborado por: Enfermeira Marlene Nascimento Barbosa Telles COREN-MS 114842	Revisado por:	Assinatura e Carimbo

ELETROCARDIOGRAMA

1 Definição

O ECG é um exame não-invasivo, de baixo custo e de realização rápida e fácil que realiza o processamento da atividade elétrica cardíaca. Os sinais elétricos do coração são adquiridos através de eletrodos aplicados na superfície do tórax.

2 Objetivo

- Promover o diagnóstico de problemas estruturais cardíacos
- Realizar o registro da atividade elétrica do coração

3 Material utilizado

- Aparelho de ECG
- Gel
- 01 par de luvas
- Rolo de fita ou papel para ECG
- Eletrodo com cola adesiva apropriada, descartável e de tamanho adequado.

4 Procedimento

- Derivação padrão I ou D1: um eletrodo no punho direito (pólo negativo), e outro no punho esquerdo (pólo positivo)
- Derivação padrão II ou simplesmente D2: um eletrodo no punho direito (pólo negativo), e outro no tornozelo esquerdo (pólo positivo)
- Derivação padrão III ou D3: um eletrodo no punho esquerdo (pólo negativo), e outro no tornozelo esquerdo (pólo positivo).
- A fim de se obter um registro mais estável, pode ser colocado um eletrodo também no tornozelo direito.
- V1: no 4º espaço intercostal, na borda direita do esterno.
- V2: no 4º espaço intercostal, na borda esquerda do esterno.
- V4: no 5º espaço intercostal esquerdo, sobre uma linha vertical que desce do meio da clavícula.
- V3: a meia distância entre V2 e V4.
- V5: na interseção da linha horizontal, que parte de V4, com a linha axilar anterior.
- V6: na interseção da linha horizontal, que parte de V4, com a linha axilar média.
- As doze derivações habituais são, portanto, as seguintes:
- 3 derivações clássicas ou padrão (D1, D2 e D3).
- 3 derivações unipolares dos membros (aVR, aVL e aVF).
- 6 derivações unipolares precordiais (V1, V2, V3, V4, V5 e V6).



FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

5 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PÖTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>VERIFICAÇÃO DE SSVV Edição/Revisão:001/2014</p> <p>Elaborado por: Enfermeira Alessandra de Cássia Leite COREN-MS 116682</p>	<p>Codificação: 0025</p> <p>Revisado por:</p>	<p>Página: 95-99</p> <p>Implantado:18/12/2014</p> <p>Validade: 02 anos</p> <p>Validado por:</p> <p>Assinatura e Carimbo</p>
---	---	---

VERIFICAÇÃO DE SSVV

1 Definição

Sinais vitais são aqueles que evidenciam o funcionamento e as alterações da função corporal.

2 Objetivo

Identificar alterações nos parâmetros vitais

3 Material utilizado

- Luvas de procedimento não estéril se necessário;
- Bandeja;
- Biombo;
- Termômetro;
- Estetoscópio;
- Relógio com ponteiros de segundos;
- Algodão embebido em álcool a 70%;
- Oxímetro de pulso se houver;
- Equipamentos de Proteção Individual.

4 Procedimento

- Reunir o material;
- Identificar o paciente;
- Explicar ao paciente sobre o procedimento;
- Aferição de Temperatura
- Temperatura axilar:
 - Lavar as mãos
 - Colocar o paciente em posição confortável;
 - Realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% na direção da ponta para o bulbo em movimento único;
 - Secar a região axilar do cliente se necessário;
 - Colocar o bulbo do termômetro na região axilar do cliente, dobrando seu braço sobre o peito;
 - Manter o termômetro por 3 a 5 minutos ou até que seja emitido sinal sonoro do equipamento;
 - Realizar a leitura da Temperatura;
 - Realizar a desinfecção do termômetro com álcool a 70% e guardá-lo em local adequado.
- Contraindicações:
 - Furunculose axilar, pessoas muito fracas ou magras.
- Observação: Não deixar o paciente sozinho com o termômetro.

- Temperatura inguinal

- Lavar as mãos
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% na direção da ponta para o bulbo em movimento único;
- Secar a região inguinal do cliente se necessário;
- Colocar o bulbo do termômetro na região inguinal do cliente, mantendo a coxa flexionada sobre o abdome;
- Manter o termômetro por 3 a 5 minutos ou até que seja emitido sinal sonoro do equipamento;
- Realizar a leitura da Temperatura;
- Realizar a desinfecção do termômetro com álcool a 70% e guardá-lo em local adequado.

- Temperatura bucal

- Lavar as mãos;
- Explicar ao paciente o que vai ser feito;
- Colocar o termômetro sob a língua do paciente, recomendando que o conserve na posição, mantendo a boca fechada por 7 minutos;
- Retirar o termômetro, limpar com algodão, ler a temperatura e anotá-la, escrevendo a letra B para indicar o local onde foi verificado;
- Fazer o mercúrio descer e levar o termômetro com água e sabão antes de guardá-lo.
- Observação:
 - O termômetro apropriado (longo e chato) propicia mais segurança e rapidez de aquecimento;
 - Não verificar temperatura bucal de paciente em delírio, inconsciente, que estejam com lesões na boca, problemas nas vias respiratórias.
 - É contraindicado a verificação de temperatura bucal logo após a ingestão de alimentos gelados ou quentes.
 - Também não se deve verificar a temperatura bucal em crianças e doentes mentais.
 - O termômetro deve ser individual;

- Temperatura retal

- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Colocar o paciente em decúbito lateral;
- Lubrificar o termômetro introduzindo 2cm pelo ânus;
- Retirar o termômetro depois de 7 minutos e ler a temperatura;
- Desinfetar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
- Fazer o mercúrio descer e lavar o termômetro com água e sabão;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar a temperatura escrevendo a letra "R" para indicar o local onde foi verificado;
- Observação:
 - Este processo é mais usado nas maternidades e serviços de pediatria, devendo cada criança ter um termômetro individual, de tipo apropriado, isto é, com o reservatório de mercúrio curto, arredondado e de vidro mais grosso. É indicado também para pacientes adultos em estado grave ou inconscientes;
 - Em se tratando de criança, segurar-lhe as pernas para evitar que se debata enquanto está sendo verificada a temperatura.
 - É contraindicado verificar a temperatura retal em caso de inflamação, obstrução ou alteração do reto.

- Aferição do Pulso

- Colocar paciente em posição confortável;
- Com os 02 (dois) dedos médios da mão, localizar a artéria escolhida (radial, braquial, carótida, femoral, pediosa);
- Não pressionar o local da artéria, apenas apoiar os dedos para senti-la;
- Contar o pulso durante 1 minuto;
- Comunicar o enfermeiro em caso de eventuais anormalidades, tais como: arritmias, taquicardias, bradicardias entre outras anormalidades relacionadas ao pulso.
- Se necessário, aferir a frequência apical com estetoscópio posicionado acima do ápice do coração por um minuto.

- Aferição da Frequência Respiratória

- Colocar o paciente em posição confortável;
- Contar durante 1 minuto os movimentos respiratórios;
- Comunicar a enfermeira em caso de eventuais anormalidades, tais como: assimetria, bradipnéia, taquipnéia, apnéia, entre outras anormalidades relacionadas a frequência respiratória.

- Aferição da Saturação Periférica de Oxigênio

- Colocar o paciente em posição confortável;
- Realizar a desinfecção do sensor do pulso-oxímetro com algodão embebido em álcool a 70%;
- Remover esmalte de unhas, se necessário.
- Instalar pulso-oxímetro em extremidades (quirodáticos, pododáticos ou lóbulos auriculares);
- Realizar a leitura da Saturação Periférica de Oxigênio;
- Retirar o sensor do pulso-oxímetro a cada 2 horas avaliando sinais de pressão
- Realizar a desinfecção do sensor do pulso-oxímetro com algodão embebido em álcool a 70%;
- Comunicar a enfermeira em caso de eventuais anormalidades, tais como: Saturação Periférica de Oxigênio inferior a 90%, cianose ou frialdade em extremidades entre outras anormalidades relacionadas a Saturação Periférica de Oxigênio

5 Responsabilidade

Equipe de enfermagem

- REGISTRO E INDEXAÇÃO

Registrar os valores obtidos, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial.

6 Referência

TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592 p.

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>APLICAÇÃO DE COMPRESSA FRIA Edição/Revisão:001/2014</p> <p>Elaborado por: Enfermeira Marlene Nascimento Barbosa Telles COREN-MS 114842</p>	<p>Codificação: 0026</p> <p>Revisado por:</p>	<p>Página: 100-101</p> <p>Implantado:18/12/2014</p> <p>Validade: 02 anos</p> <p>Validado por:</p> <p>Assinatura e Carimbo</p>
---	---	---

APLICAÇÃO DE COMPRESSA FRIA

1 Definição

Compressa fria é a prática de aplicar um pacote de gelo, ou alguma outra forma de agente de refrigeração sobre a pele, como parte do tratamento para uma lesão musculoesquelética

2 Objetivo

Diminuir hipertermia, diminuir dor e conter edema e hematoma. Diminuir a inflamação por meio da redução do fluxo sanguíneo.

3 Material utilizado

- Bolsa plástica ou térmica;

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

- Gelo ou água gelada;
- Compressa ou lençóis.

4 Procedimento

- Verificar a prescrição do paciente;
- Higienizar as mãos;
- Preencher o interior da(s) luva(s) com água gelada ou gelo e amarrar a parte do punho ou preencher o interior da bolsa térmica e fechá-la firmemente;
- Verificar se não há vazamento;
- Testar a temperatura da luva/bolsa térmica no seu próprio braço;
- Envolver a luva/bolsa térmica em compressa ou lençol;
- Aplicar na região indicada;
- Acompanhar o procedimento;
- Registrar na evolução de enfermagem / checar na prescrição.
- Para baixar a temperatura corporal, aplicar compressas de gelo preferencialmente nas regiões fronto-temporal, axilar e inguinal bilateral, devido à superficialidade de vasos calibrosos, o que facilita a liberação de calor e promove a redução da temperatura;
- Providenciar banho morno - o banho morno gera menos desconforto do que o banho frio;
- Durante o período de calafrios, cobrir o paciente e protegê-lo de correntes de ar;
- O resfriamento intenso de uma área corporal pode produzir queimaduras;
- Observar locais de hiperemia principalmente em pacientes comatosos e crianças;
- Aumentar a ingestão de líquidos, se não houver contra-indicação.

5 Responsabilidade
Equipe enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão APLICAÇÃO DE COMPRESSA MORNA Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0027	Página: 102-103
Elaborado por: Enfermeira Marlene Nascimento Barbosa Telles COREN-MS 114842	Revisado por:	Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo

APLICAÇÃO DE COMPRESSA MORNA

1 Definição

A compressa quente faz os vasos sanguíneos dilatarem, aumentando o fluxo de sangue, ajudando conter o processo inflamatório.

Quando formação de hematoma ou edema auxilia na reabsorção do líquido pelo organismo.

2 Objetivo

- Favorecer a vasodilatação
- Proporcionar aquecimento
- Aliviar a dor e espasmo local
- Facilitar processos supurativos
- Dar conforto ao cliente

3 Material utilizado

- Luvas de procedimento;
- Água morna;
- Compressas/ lençóis;
- Bolsa Térmica.

4 Procedimento

- Verificar a prescrição do paciente;
- Higienizar as mãos
- Solicitar água morna na copa/serviço de nutrição;
- Verificar a temperatura da água antes de colocá-la na bolsa térmica;
- Verificar as características da pele antes e após o procedimento.
- Preencher o interior da bolsa térmica e fechar firmemente;
- Verificar se não há vazamento;
- Testar a temperatura bolsa térmica no seu próprio braço;
- Envolver a bolsa térmica em compressa ou lençol;
- Aplicar na região a ser aquecida;
- Acompanhar o procedimento;
- Retirar a bolsa térmica após o esfriamento;
- Registrar na evolução de enfermagem/chechar na prescrição.

5 Responsabilidade
Equipe enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão AUTORIZAÇÃO DE ACOMPANHANTE Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0028	Página: 104-106
Elaborado por: Enfermeira Alessandra de Cássia Leite COREN-MS	Revisado por:	Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo

AUTORIZAÇÃO DE ACOMPANHANTE

1 Definição

Documento expresso pelo enfermeiro que autorizará um acompanhante maior de 18 anos permanecer com seu familiar na Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

2 Objetivo

Promover uma assistência humanizada.

3 Material utilizado

Humanização da Assistência (HUMANIZASUS)

4 Procedimento

- TERÃO DIREITO A 01 ACOMPANHANTE

- Crianças e Adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA);
- Idosos acima de 60 anos (Estatuto do Idoso) e com justificativa Médica;
- Pacientes com dificuldade de locomoção, realização do auto cuidado, acamados, com prognóstico reservado (doenças terminais), pacientes graves internados em enfermaria, POI e pacientes com distúrbios mentais que não estejam internados na Unidade de Psiquiatria.

- Etapa do Procedimento

- Receber o paciente na unidade de internação ou na área (vermelha, amarela, azul ou verde);
- Verificar a necessidade e possibilidade de acompanhante;
- O acompanhante deverá ser orientado pela Assistente Social ou recepcionista quanto ao uso do crachá de identificação;
- O acompanhante deverá ser orientado pela Assistente Social ou Enfermeiro do setor quanto as normas e rotinas do setor;

- Observações Gerais

- Ser maior de 18 anos;
- Será autorizado acompanhante do mesmo sexo/gênero do cliente, exceto avaliação/autorização por escrito do enfermeiro do plantão;
- O acompanhante deverá permanecer junto ao seu familiar;
- Não é permitido o acesso a outras áreas;
- Não é permitido o acesso ao posto de enfermagem;
- Não é permitido sentar ou deitar no leito do paciente.
- Também não é permitido dormir no chão, usar colchonetes e roupas da UPA.
- O acompanhante poderá realizar atividades junto ao seu familiar como: auxílio no auto cuidado, higiene pessoal, alimentação, locomoção e outras de acordo com a avaliação/autorização do enfermeiro assistencial.
- Não poderá realizar procedimentos de enfermagem, mesmo sendo profissional de enfermagem devidamente comprovado, deverá ter autorização previa do enfermeiro responsável pelo setor. Exceto em caso onde o acompanhante está em período de treinamento para cuidados domiciliares;
- O acesso à UPA para acompanhamento dar-se-á até às 21 horas;
- O acompanhante deverá trajar-se adequadamente não sendo permitido o uso de short, mini saia, mini blusa, bermudas curtas, vestidos curtos, roupas decotadas e transparentes, deverá trajar roupas adequadas para o ambiente;
- Evitar transitar na UPA com pertences pessoais de valor, a UPA não se responsabiliza por problemas advindos do extravio dos mesmos;
- O direito ao acompanhamento poderá ser suspenso a qualquer momento desde que haja comportamento incompatível com o ambiente tais como: agressão física, agressão moral, desrespeito às normas da instituição previamente estabelecidas.
- Em caso de necessidade (procedimentos e intercorrência) o enfermeiro ou equipe de enfermagem poderá solicitar a saída do acompanhante.
- Não é permitido estender roupas (toalhas, lençóis, etc.) nas janelas das áreas ou em qualquer outro local;
- Não é permitido trazer alimentos para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA);
- Não é permitido fumar nas áreas ou próximo as janelas da UPA.

5 Responsabilidade

Enfermeiro

6 Referência

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Procedimento Operacional Padrão HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0029	Página: 107-108
Elaborado por: Enfermeira Alessandra de Cássia Leite COREN-MS 116682	Revisado por:	Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

1 Definição

É a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

2 Objetivo

É o ato de lavar as mãos com água e sabão, visando remoção de bactérias transitórias e algumas residentes, células descamativas, pelos, suor, sujidades e oleosidade da pele.

3 Material utilizado

- Água;
- Sabão líquido;
- Papel toalha.

4 Procedimento

• Molhar as mãos e ensaboá-las com sabão líquido. O efeito emulsivo do sabão líquido desprende a sujeira e/ou bactérias que ficam em suspensão na espuma;

- Fricioná-las por aproximadamente 30 segundos, em todas as faces, espaços interdigitais, articulações, unhas e extremidades dos dedos e punho;
- Enxaguar as mãos, dos dedos para o punho;
- Retirar duas toalhas do porta papel toalha, enxugar as mãos e fechar a torneira com a toalha de papel, desprezando-a em seguida.

5 Periodicidade

- Sempre que estiverem sujas;
- Antes e após:
- Administrar medicamentos;
- Realizar trabalhos hospitalares;
- Realizar funções fisiológicas: alimentar, limpar e assoar o nariz, fumar, pentear os cabelos, tocar qualquer parte do corpo;
- Manusear pacientes;
- Preparar e manipular materiais e equipamentos: respiradores, monitores, bombas de infusão, nebulizadores, etc.;
- Coleta de materiais para exames.

6 Responsabilidade

Equipe enfermagem

7 Referências

BARE, B.G., SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
PÖTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Marlene Nascimento Barbosa Telles COREN-MS 114842	Codificação: 0030 Revisado por:	Página: 109-111 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
---	---	---

PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE**1 Definição**

A preparação do corpo antes de levá-lo ao morgui.

2 Objetivo

Adequar e posicionar o corpo antes que ocorra a rigidez cadavérica.

3 Material utilizado

- Luvas de procedimento;
- Algodão;
- Kit de curativo (pinças);
- Ataduras;
- Lençol;
- Compressas;
- Jarra com água

4 Procedimento

- Higienizar as mãos
- Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
- Explicar o procedimento a família do paciente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar sondas, soros, cateteres, drenos e demais dispositivos;
- Usar atadura de crepe para fixação de mandíbula, unir e prender mãos e pés;
- Colocar etiqueta de identificação no corpo; (nome completo, número do leito, clínica, data e horário)
- Cobrir o corpo com lençol e transferi-lo para maca sem colchão;
- Colocar etiqueta de identificação no corpo; (nome completo, número do leito, clínica, data e horário)
- Encaminhar o corpo ao morgue;
- Recompôr a unidade e registrar o óbito na evolução de enfermagem;
- Observações
- Solicitar aos familiares e demais pacientes para ausentarem-se da enfermagem durante a realização do procedimento;
- O preparo do corpo somente poderá ser iniciado após o médico ter constatado o óbito;
- A recepção deve providenciar a declaração de óbito (DO) para que o médico possa preenchê-la;
- Na ausência do Assistente social a recepção deve entregar a via amarela da DO para um familiar ou responsável pelo paciente (Registro Civil), a via branca fica na pasta verde (Controle de atestados de Óbito – Chefia de Internamento) e a via rosa fica

no prontuário (Unidade de Saúde).

- Comunicar o óbito as áreas de apoio.
- Os pertences do paciente deverão ser encaminhados ao serviço social e/ou familiares.

5 Responsabilidade

Equipe enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
PÖTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão CUIDADO AO PACIENTE COM PEDICULOSE Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Marlene Nascimento Barbosa Telles COREN-MS 114842	Codificação: 0031 Revisado por:	Página: 112-113 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
--	---	---

CUIDADO AO PACIENTE COM PEDICULOSE**1 Definição**

Quando uma criança ou adulto tem prurido intenso na cabeça, é sinal que ela pode estar com pediculose, que pode ser confirmada pela presença de lêndeas ou piolhos no couro cabeludo.

2 Objetivo

São os cuidados da afecção do couro cabeludo e outras áreas pilosas pelo piolho.

3 Material utilizado

- Luva de procedimento;
- Toalha;
- Cuba rim;
- Gaze;
- Touca descartável;
- Roupa de cama;
- Medicamento prescrito;
- Bacia;
- Bolas de algodão.

4 Procedimento

- Reunir o material e levá-lo a unidade do paciente;
- Explicar o paciente o que será feito;
- Colocar a touca;
- Calçar as luvas;
- Proteger os ouvidos do paciente com bolas de algodão;
- Diluir a medicação na cuba rim;
- Dividir o cabelo em mechas e aplicar a solução friccionando o couro cabeludo com gaze;
- Deixar o medicamento agir conforme prescrição médica;
- Após o tempo necessário, lavar o cabelo do paciente;
- Enxugar o cabelo;
- Trocar a roupa de cama;
- Recolher o material e deixar a unidade em ordem.

5 Responsabilidade

Equipe enfermagem

6 Referências

BARE, B.G., SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
PÖTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão TROCA DE SOLUÇÃO DO DRENO DE TÓRAX Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Marlene Nascimento Barbosa Telles COREN-MS 114842	Codificação: 0032 Revisado por:	Página: 114-115 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
--	---	---

TROCA DE SOLUÇÃO DO DRENO DE TÓRAX**1 Definição**

O dreno torácico consiste num tubo que é inserido no tórax para drenagem de gases (pneumotórax, pneumomediastino) ou exudatos (derrame pleural, empiema pleural, etc).

2 Objetivo

Evitar refluxo de líquido drenado, prevenir infecções e medir volume drenado.

3 Material utilizado

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

- Luvas de procedimento;
- Soro fisiológico ou água estéril 500 ml;
- Aparadeira estéril;
- Frasco graduado S/N;
- Campo estéril.

4 Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Abrir o frasco de soro fisiológico ou água estéril;
- Abrir o pacote de compressa estéril;
- Clampar o dreno o mais próximo possível do tórax do paciente;
- Abrir o frasco de drenagem;
- Proteger a extremidade do dreno e tampa do frasco com compressa estéril e dispor em local seguro (troca feita por uma pessoa);
- Colocar o líquido drenado em cálice graduado, observando o volume e aspecto;
- Lavar o frasco com SF ou água destilada e desprezar o líquido;
- Colocar soro fisiológico ou água estéril no frasco, até o nível indicado pelo fabricante;
- Fechar o frasco;
- Desclampar o dreno;
- Assegurar-se do bom funcionamento do sistema de drenagem;
- Rotular o frasco com: volume, data, hora e assinatura;
- Retirar a luva e lavar as mãos;
- Recompôr a unidade;
- Deixar o paciente confortável;
- Registrar no prontuário aspecto, quantidade, coloração da secreção.

5 Responsabilidade
Equipe enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
PÖTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão TESTE DE GLICEMIA PERIFÉRICA Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0033	Página: 116-117
Elaborado por: Enfermeira Vânia Rocha Cabral COREN-MS 222886	Revisado por:	Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por:
		Assinatura e Carimbo

TESTE DE GLICEMIA PERIFÉRICA

1 Definição

A glicemia capilar é um exame sanguíneo que oferece resultado imediato acerca da concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital.

2 Objetivo

Controlar a glicemia de portadores de diabetes, usuários de insulino terapia e de nutrição parenteral ou outras terapêuticas que interfiram no metabolismo da glicose no organismo;

Avaliar possíveis causas de hipotímia, desmaios e convulsões (estados de hipo e hiperglicemia podem provocar tais situações).

3 Material utilizado

- Recipiente contendo a fita- teste;
- Aparelho medidor;
- Microlanceta ou agulhas descartáveis 13 x 4,5;
- Lenço de papel dobrado;
- Luvas de procedimento;
- Álcool 70%;
- Algodão;
- Bandeja.

4 Procedimento

- Reunir todo o material necessário em uma bandeja e levá-lo próximo ao paciente;
- Retirar a fita reagente colocando-a ao lado do lenço de papel, fechando o recipiente da fita imediatamente;
- Lavar as mãos do paciente com água e sabão enxaguando e secando suavemente. Se for utilizado álcool 70%, confirmar que o local esteja completamente seco antes de coletar o sangue;
- Ligar o aparelho de acordo com o programa constante no frasco da fita, seguindo as instruções do manual do aparelho;
- Retirar a microlanceta ou agulha da embalagem;
- Puncionar a lateral do dedo extraindo uma gota de sangue; seguindo após os passos do manual de instrução do aparelho em uso;
- Anotar o resultado e realizar correção conforme SOSMAT.

5 Responsabilidade
Equipe enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
PÖTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0034	Página: 118-121
Elaborado por: Enfermeira Alessandra de Cássia Leite COREN-MS 116682	Revisado por:	Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por:
		Assinatura e Carimbo

POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO

1 Definição

Considerado um tipo de intervenção não invasiva que faz parte dos cuidados do desenvolvimento que promovem a simetria, o equilíbrio muscular e o movimento.

2 Objetivo

Proporcionar conforto ao paciente e prevenir lesão tissular por pressão.

3 Material utilizado

- Travesseiros;
- Lençóis;
- Coxins protetores;
- Colchão caixa de ovo (impermeável).

4 Procedimento

- Determinar a necessidade de movimentar o paciente no leito, pois alguns necessitam de uma mudança a cada 30 min, enquanto que outros a cada 2 horas;
- Analisar a força necessária para reposicionar o paciente, se houver necessidade solicitar auxílio de outra pessoa, ou caso o paciente colabore, explicar-lhe o procedimento.

POSIÇÃO SUPINA (DORSAL):

- A cabeça deve estar alinhada à coluna, tanto lateralmente, como ântero posteriormente;
- O tronco deve ser posicionado de maneira que a flexão dos quadris seja minimizada;
- Os braços devem ser fletidos no cotovelo com as mãos repousando contra a face lateral do abdome;
- As pernas devem ser estendidas com um pequeno e firme apoio em baixo da região poplíteia;
- Os calcanhares são apoiados fora do colchão, com um pequeno travesseiro no tornozelo;
- Os dedos dos pés são apontados para frente, apoiados por uma tábua para os pés ajustadas e usada para impedir a queda plantar;
- Rolos são colocados sobre o grande trocanter, nas áreas de articulação do quadril para impedir a rotação externa deste.

POSIÇÃO PRONA (DECÚBITO VENTRAL):

- A cabeça é virada lateralmente e alinhada com o restante do corpo;
- Os braços estão abduzidos e externamente rodados na articulação do ombro, os cotovelos estão fletidos;
- Um pequeno apoio plano é colocado sobre a pelve, estendendo desde o início do umbigo até o terço superior da coxa;
- As extremidades inferiores permanecem em uma posição neutra;
- Os pés devem ficar posicionados para fora do colchão sempre que possível.

POSIÇÃO LATERAL:

- A cabeça é alinhada com a coluna apoiada por um travesseiro;
- As costas devem ser apoiadas por um travesseiro;
- Os joelhos devem ser mantidos fletidos e apoiados por travesseiro;
- A perna que fica por baixo, também fica ligeiramente fletida, com os quadris puxados para cima a fim de estabilizar a posição do paciente;
- O braço livre deve ser apoiado sobre um travesseiro na altura do ombro e fletido;
- O outro braço deve ser fletido com a mão na altura do rosto;
- Os pés devem ser colocados e apoiados em dorso-flexão neutra;

POSIÇÃO DE FOWLER:

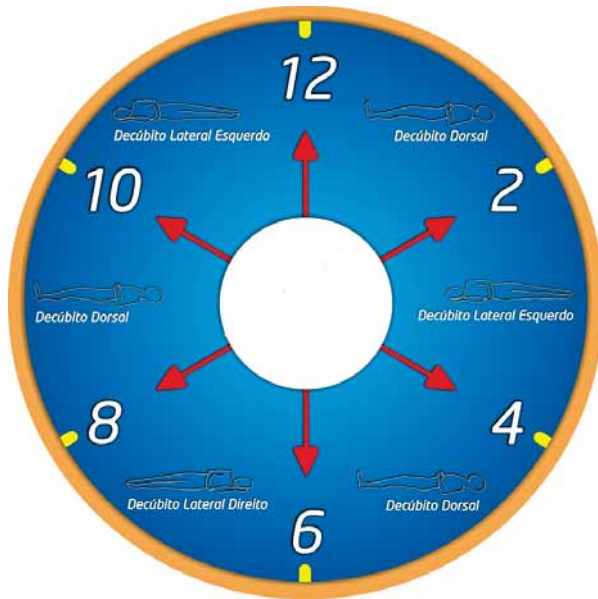
- A cabeceira do leito deve ficar elevada entre 45° e 60° para o conforto do paciente, enquanto que os joelhos devem ser mantidos retos;
- Na posição semi-fowler, os joelhos devem ficar fletidos;
- Os calcanhares do paciente devem ser mantidos fora ou acima do leito, com auxílio de um travesseiro colocado embaixo das pernas;
- Os cotovelos devem ser protegidos de possível atrito no leito, por travesseiros colocados sobre os antebraços;
- Os pacientes considerados como de alto risco para formação de escaras não devem permanecer mais do que 30 min nesta posição
- Resultados Esperados:
- Distribuir equitativamente o peso corporal sobre a superfície de apoio;
- Manter o alinhamento normal de corpo;
- Garantir uma circulação venosa livre;
- Utilizar adequadamente uma mecânica corporal pela pessoa que ajuda;
- Estimulação motora, cognitiva e sensorial do paciente.

5 Responsabilidade
Equipe enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
PÖTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD



Procedimento Operacional Padrão VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC) Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Alessandra de Cássia Leite COREN-MS 116682	Codificação: 0035 Revisado por:	Página: 122-124 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
---	---	---

VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)

1 Definição

Um método acurado da estimação da pressão de enchimento do ventrículo direito, de grande relevância na interpretação de sua função.

2 Objetivo

Verificar a pressão com que o sangue entra no átrio direito, detectar desequilíbrios hemodinâmicos e monitorar o retorno venoso.

3 Material utilizado

- Suporte para soro;
- Frasco de soro fisiológico 500 ml;
- Equipo próprio para PVC com régua graduada;
- Fita adesiva;
- Régua própria para PVC com nível de água.

4 Procedimento

- Adaptar o equipo de PVC ao frasco de soro (no posto de enfermagem) encher todo o equipo com soro e fechá-lo;
- Fixar a fita graduada no suporte de soro deixando o ponto zero na altura do leito;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal;
- Retirar coxins, travesseiros e baixar a cabeceira até nivelar o leito em linha reta;
- Alinhar o tórax, os braços e as pernas ao longo do corpo;
- Colocar uma das extremidades da régua na linha axilar média e a outra extremidade no suporte de soro, onde está fixada a régua de papel;
- Centralizar a bolha d'água e anotar o ponto zero correspondente (a porção superior da régua);
- Pendurar o frasco de soro no suporte e fixar o equipo com a fita adesiva no nível do Y e na extremidade do equipo;
- Abrir as pinças correspondentes ao paciente e a da coluna de água e mantendo a via do soro fechada;
- Observar a queda da coluna d'água até a oscilação estabilizar;
- Considerar o limite inferior da oscilação e contar os pontos tendo como referência o ponto zero, previamente marcado;
- Fechar a via da PVC e abrir a via do soro;
- Posicionar o paciente de maneira confortável;
- Anotar o valor obtido no prontuário do paciente.

Observação

- Na mensuração da PVC, os valores acima de zero são positivos (+) e abaixo de zero são negativos (-);
- Os valores normais da PVC na linha axilar média estão entre 8 – 12 cm de H₂O;
- Se o paciente estiver em ventilação mecânica, deve-se desconectar o respirador no momento da mensuração da PVC;
- Se o volume da água não descer ou o valor obtido for muito alto, verificar se o cateter central não está obstruído;
- O soro e o equipo de PVC devem ser trocados a cada 24 horas e sempre que necessário;
- Não se deve verificar PVC com soluções que contenham medicamentos que exijam controle rigoroso. (Ex: Dopamina, Nitroprussiato de sódio, etc.) e cujo aumento ou redução da dosagem possa provocar oscilações bruscas da pressão arterial e frequência respiratória ou cardíaca;
- A PVC só poderá ser verificada após confirmação do posicionamento do cateter

central através de Raio X.

5 Responsabilidade
Equipe enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão RETIRADA DE CATÉTER VENOSO CENTRAL Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Alessandra de Cássia Leite COREN-MS 116682	Codificação: 0036 Revisado por:	Página: 125-127 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
--	---	---

RETIRADA DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

1 Definição

Posicionamento de um dispositivo apropriado de acesso vascular que atinge as veias calibrosas do sistema venoso central (veias cava superior, cava inferior, subclávia, jugular interna, ilíaca, braquiocéfálica e femoral).

Indicações para acesso venoso central

Uso de drogas vasoativas
Monitorização invasiva (PVC e ScvO ₂)
Inserção de cateter de Swan-Ganz
Nutrição parenteral
Administração de soluções específicas
Procedimentos específicos
Marca-passo transvenoso, diálise, etc
Impossibilidade de obter acesso venoso periférico

2 Objetivo

Consiste na retirada do cateter na presença de sinais flogísticos, obstrução do cateter e conforme prescrição médica.

3 Material utilizado

Material para curativo;

- Gaze;
- Esparadrapo;
- Luva estéril;
- Lâmina de Bisturi;
- Frasco estéril S/N;
- Soro fisiológico;
- Clorexidina Alcoólica 0,5% ou PVPI Tópico.

4 Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
- Explicar o procedimento ao paciente / acompanhante;
- Pinçar as vias de infusão para evitar extravasamento de líquidos;
- Umedecer o curativo com soro fisiológico para facilitar a retirada do mesmo;
- Realizar a antisepsia do local de inserção do cateter;
- Soltar a fixação dos pontos cirúrgicos;
- Retirar o cateter venoso central;
- Fechar rapidamente o orifício de inserção do cateter com curativo oclusivo devido ao risco de embolia.

- Periodicidade

- Quando o cateter estiver obstruído;
- Quando existir presença de sinais flogísticos;
- De acordo com orientação médica.

- Observação

• Na presença de sinais flogísticos, coletar a ponta do cateter com técnica asséptica, retirar cerca de 5 cm com o auxílio da lâmina de bisturi e colocar em frasco estéril. Encaminhar ao laboratório junto à solicitação médica.

5 Responsabilidade

Equipe enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

Procedimento Operacional Padrão ESVAZIAMENTO DO FRASCO DO DRENO DE KHER Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Alessandra de Cássia Leite COREN-MS 116682	Codificação: 0037 Revisado por:	Página: 128-129 Implantado: 18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
---	---	---

ESVAZIAMENTO DO FRASCO DO DRENO DE KHER

1 Definição

Dreno transparente, flexível, confeccionado em silicone grau farmacêutico. Possui linha radiopaca em toda sua extensão, parte interna corrugada evitando a colabação e interrupção da drenagem. Esterilizado em óxido de etileno (ETO).

2 Objetivo

Evitar refluxo de líquido drenado, prevenir infecções e medir volume drenado.

3 Material utilizado

- Luvas de procedimento;
- Cálice graduado s/n;
- Frasco coletor;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Gaze esterilizada;
- Pacote de curativo.

4 Procedimento.

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o frasco de drenagem;
- Proceder a limpeza da inserção e extremidade do dreno com SF 0,9%, com auxílio das pinças do pacote de curativo;
- Secar a inserção e extremidade do dreno com gaze esterilizada;
- Acoplar o dreno ao frasco coletor;
- Se necessário colocar o líquido drenado em cálice graduado;
- Assegurar-se do bom funcionamento do sistema de drenagem;
- Retirar a luva e lavar as mãos;
- Recompôr a unidade;
- Deixar o paciente confortável;
- Registrar no prontuário aspecto, quantidade, coloração da secreção.

Observação

- Posicionar corretamente o dreno para que o mesmo não seja tracionado durante os procedimentos;
- Manter o dreno 10 cm abaixo da linha média axilar;
- Fechar o dreno quando prescrito, pelo médico, 1 hora antes das refeições;
- Acomodá-lo sobre o leito do paciente.

5 Responsabilidade

Equipe enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
 POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão ESVAZIAMENTO DO DRENO PORTOVAC Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Vânia Rocha Cabral COREN-MS 222886	Codificação: 0038 Revisado por:	Página: 130-131 Implantado: 18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
--	---	---

ESVAZIAMENTO DO DRENO PORTOVAC

1 Definição

Sistema de drenagem fechado que utiliza de uma leve sucção (vácuo), apresentando um aspecto de sanfona.

2 Objetivo

Evitar refluxo de líquido drenado, prevenir infecções e medir volume drenado.

3 Material utilizado

- Luvas de procedimento;
- Frasco graduado s/n;

4 Procedimento

- Higienizar as mãos
- Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Clampar o dreno o mais próximo da inserção;
- Abrir o frasco de drenagem;
- Proteger a extremidade do dreno e a tampa do frasco sem contaminá-la;
- Colocar o líquido drenado em cálice graduado, observando o volume e aspecto;
- Retirar o ar do frasco sanfonado com as duas mãos;
- Fechar o frasco;
- Desclampar a conexão do dreno;
- Assegurar-se do bom funcionamento do sistema de drenagem;
- Retirar a luva e higienizar as mãos
- Recompôr a unidade;
- Deixar o paciente confortável;
- Registrar no prontuário aspecto, quantidade, coloração da secreção.

5 Responsabilidade

Equipe enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
 POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão ESVAZIAMENTO DO SACO COLETOR DO DRENO DE PENROSE Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Vânia Rocha Cabral COREN-MS 222886	Codificação: 0039 Revisado por:	Página: 132-133 Implantado: 18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
--	---	---

ESVAZIAMENTO DO SACO COLETOR DO DRENO DE PENROSE

1 Definição

Drenagem Sistema aberto



2 Objetivo

Evitar refluxo de líquido drenado, prevenir infecções e medir volume drenado.

3 Material utilizado

- Luvas de procedimento;
- Frasco graduado s/n;
- Saco coletor;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Gaze esterilizada;
- Pacote de curativo.

4 Procedimento

- Higienizar as mãos
- Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o saco de drenagem;
- Proceder a limpeza da inserção e extremidade do dreno com SF 0,9%, com auxílio das pinças do pacote de curativo;
- Secar a inserção e extremidade do dreno com gaze esterilizada;
- Fixar o saco coletor ao redor da inserção do dreno;
- Se necessário colocar o líquido drenado em cálice graduado;
- Assegurar-se do bom funcionamento do sistema de drenagem;
- Retirar a luva e higienizar as mãos;
- Recompôr a unidade;
- Deixar o paciente confortável;
- Registrar no prontuário aspecto, quantidade, coloração da secreção.

5 Responsabilidade

Equipe enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
 POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

Procedimento Operacional Padrão CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Alessandra de Cássia Leite COREN-MS 116.682	Codificação: 0040 Revisado por:	Página: 134-137 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
--	---	--

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO

1 Definição

Procedimento invasivo que deve ser prescrito dentro de uma estratégia terapêutica ou em casos especiais.

2 Objetivo

Realizar a técnica de cateterismo vesical de demora de forma segura para o paciente, prevenindo infecção do trato urinário.

3 Material utilizado

- Bandeja;
- Sonda foley de 2 ou 3 vias, conforme prescrição;
- Bolsa coletora sistema fechado;
- Kit de cateterismo vesical estéril contendo 1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça;
- Pacote de gaze estéril;
- Almotolia de PVPI tópico;
- Gel lubrificante estéril;
- Duas seringas de 20 ml;
- Agulha 25 x 8 mm;
- Água estéril, frasco de 20 ml;
- Esparadrapo;
- Luvas estéreis;
- Biombo;
- Equipamentos de Proteção Individual.

4 Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Preparar o material;
- Reunir todo o material necessário;
- Separar o material necessário para higienização do períneo;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado;
- Manter a privacidade do paciente fechando portas;
- Calçar as luvas de procedimento não estéreis;
- Higienizar a região perineal e genital do paciente utilizando a bacia com água, as compressas ou toalha e o sabonete neutro;
- Higienizar as mãos após procedimento;
- Separar o material necessário para o cateterismo vesical;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal com pernas estendidas e pouco afastadas;
- Iniciar o procedimento sempre em duas pessoas, sendo que uma fica paramentada e realiza o procedimento e outra fornece materiais quando necessário;
- A pessoa que realiza o procedimento deve permanecer posicionada ao lado da cama do paciente de forma que a mão não dominante fique mais próxima à região genital do que a mão dominante;
- Abrir o pacote estéril de cateterismo, com cuidado para não contaminar;
- Abrir o pacote de gaze estéril dentro da cuba redonda;
- Umedecer as gazes com o PVPI tópico;
- Posicionar a cuba rim próxima à região perineal do paciente, em cima do campo estéril;
- Abrir a sonda e a bolsa coletora em cima do campo;
- Abrir seringa de 20 ml e a agulha de 25 x 8 mm em cima do campo;
- Calçar a luva estéril em cima de uma superfície plana próxima ao campo;
- Conectar a agulha na seringa;
- A pessoa que auxilia no procedimento deve abrir a água destilada e oferecê-la para aspirar;
- Quem realiza o procedimento aspira 20 ml de água destilada;
- Desconectar a agulha da seringa;
- Testar o balonete da sonda insuflando-o com água destilada;
- Desinsuflar o balonete da sonda;
- Conectar a sonda à bolsa coletora;
- Verificar o clamp da extensão que deve permanecer aberto e o clamp a bolsa coletora deve permanecer fechado;
- A pessoa que auxilia no procedimento deve pendurar a bolsa coletora na beira do leito;
- Desconectar o êmbolo da segunda seringa;
- A pessoa que auxilia no procedimento deve preencher o interior do corpo da seringa com 20 mL de gel lubrificante;
- Conectar novamente o êmbolo da seringa com cuidado para que o gel lubrificante não extravase;
- Dobrar as gazes embebidas em PVPI tópico, uma a uma e mantê-las dentro da cuba redonda;
- Segurar o pênis do paciente com a mão não dominante (essa mão não deverá ser removida dessa posição até o final da introdução da sonda);
- Com a outra mão pegar a pinça e iniciar a antisepsia da região genital;
- Realizar a antisepsia do meato urinário com uma gaze em movimento circular único;
- Realizar a antisepsia da glândula com outra gaze em movimento circular único;
- Pegar a seringa com gel lubrificante;
- Introduzir delicadamente a ponta da seringa dentro da uretra do paciente e instilar os 20 ml de gel lubrificante;
- Introduzir a sonda na uretra do paciente até a saída da urina e avançar mais 3 cm;

- Pegar novamente a seringa e introduzir no máximo 12 a 15 ml da água destilada no balonete da sonda ou menor quantidade caso indicado pelo fabricante;
 - Tracionar a sonda até encontrar pequena resistência;
 - Fixar a sonda no hipogástrio ou flanco lateral direito ou esquerdo do paciente.
- Deixar folga no cateter para permitir o movimento da perna;
- Averiguar a sonda, extensão e bolsa coletora que não devem ficar hiperextendidas nem dobradas;

- Recolher todo o material, levar ao expurgo;
- Deixar a unidade do paciente em ordem;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Higienizar as mãos.

-Observação
 • “A manutenção de sistema de drenagem de urina fechado constitui uma das medidas mais importantes na prevenção de infecção associada à cateterização” (APECIH, 2009, p.4)

• “Sempre que o sistema for violado/aberto deverá ser trocado todo o conjunto de sonda e bolsa coletora” (APECIH, 2009, p.24)

• Parecer Normativo, aprovado pela Resolução nº 450/2013, a inserção de cateter vesical é função privativa do Enfermeiro, em função dos seus conhecimentos científicos e do caráter invasivo do procedimento, que envolve riscos ao paciente, como infecções do trato urinário e trauma uretral ou vesical.

5 Responsabilidade Enfermeiro

6 Referências

TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592 p.

APECIH. Prevenção de Infecção do Trato Urinário. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2009.

PERRY, A.G; POTTER, P.L.D. Guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 2ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, 640p.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem - Resolução nº 450/2013- Parecer normativo para atuação da equipe de enfermagem em sondagem vesical. LINK: <http://novo.portalcofen.gov.br/wp>.

Procedimento Operacional Padrão CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Alessandra de Cássia Leite COREN-MS 116682	Codificação: 0041 Revisado por:	Página: 138-141 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
--	---	--

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO

1 Definição

Procedimento invasivo que deve ser prescrito dentro de uma estratégia terapêutica ou em casos especiais.

2 Objetivo

Realizar a técnica de cateterismo vesical de demora de forma segura para o paciente, prevenindo infecção do trato urinário.

3 Material utilizado

- Bandeja;
- Sonda foley de 2 ou 3 vias, conforme prescrição;
- Bolsa coletora sistema fechado;
- Kit de cateterismo vesical estéril contendo 1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça;
- Pacote de gaze estéril;
- Almotolia de PVPI tópico;
- Uma seringa de 20 ml;
- Agulha 25 x 8 mm;
- Água estéril, frasco de 20 ml;
- Esparadrapo;
- Luvas estéreis;
- Biombo;
- Equipamentos de Proteção Individual.

4 Procedimento

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional 001 ou 002 da Divisão de Enfermagem;
- Preparar o material;
- Reunir todo o material necessário;
- Separar o material necessário para higienização do períneo;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado;
- Manter a privacidade do paciente fechando portas ou colocando biombos;
- Calçar as luvas de procedimento não estéreis;
- Higienizar a região perineal e genital do paciente utilizando a bacia com água, as compressas ou toalha e o sabonete neutro;
- Higienizar as mãos após procedimento;
- Separar o material necessário para o cateterismo vesical;
- Posicionar o paciente com as pernas ligeiramente afastadas;
- Iniciar o procedimento sempre em duas pessoas, sendo que uma fica paramentada e realiza o procedimento e outra fornece materiais quando necessário;
- A pessoa que realiza o procedimento deve permanecer posicionada ao lado da cama do paciente de forma que a mão não dominante fique mais próxima à região genital do que a mão dominante;
- Abrir o pacote estéril de cateterismo, com cuidado para não contaminar;

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

- Abrir o pacote de gaze estéril dentro da cuba redonda;
- Umedecer as gazes com o PVPI tópico;
- Posicionar a cuba rim próxima à região perineal do paciente, em cima do campo estéril;
- Abrir a sonda e a bolsa coletora em cima do campo;
- Abrir seringa de 20 ml e a agulha de 25 x 8 em cima do campo;
- Calçar a luva estéril em cima de uma superfície plana próxima ao campo;
- Conectar a agulha na seringa;
- A pessoa que auxilia no procedimento deve abrir a água destilada e oferecê-la para aspirar;
- Quem realiza o procedimento aspira 20 ml de água destilada;
- Desconectar a agulha da seringa;
- Testar o balonete da sonda insuflando-o com água destilada;
- Desinsuflar o balonete da sonda;
- Conectar a sonda à bolsa coletora;
- Verificar o clamp da extensão que deve permanecer aberto e o clamp a bolsa coletora deve permanecer fechado;
- A pessoa que auxilia no procedimento deve pendurar a bolsa coletora na beira do leito;
- Dobrar as gazes embebidas em PVPI tópico, uma a uma e mantê-las dentro da cuba redonda;
- Abrir a região genital da paciente com a mão não dominante (essa mão não deverá ser removida dessa posição até o final da introdução da sonda);
- Com a outra mão pegar a pinça e iniciar a antisepsia da região genital: iniciar pelos grandes lábios e depois pequenos lábios, em movimento único de cima para baixo (frente para trás) utilizando uma gaze para cada movimento a ser realizado;
- Realizar a antisepsia do meato uretral em movimento circular único;
- Introduzir a sonda na uretra da paciente até a saída da urina e avançar mais 3 cm;
- Pegar a seringa de 20 ml e introduzir no máximo 12 a 15 ml da água destilada no balonete da sonda ou menor quantidade caso indicado pelo fabricante;
- Tracionar a sonda até encontrar pequena resistência;
- Averiguar a sonda, extensão e bolsa coletora que não devem ficar hiperextendidas nem dobradas;
- Recolher todo o material, levar ao expurgo;
- Deixar a unidade do paciente em ordem;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Higienizar as mãos.

-Observação

- “A manutenção de sistema de drenagem de urina fechado constitui uma das medidas mais importantes na prevenção de infecção associada à cateterização” (APECIH, 2009, p.4)
- “Sempre que o sistema for violado/aberto deverá ser trocado todo o conjunto de sonda e bolsa coletora” (APECIH, 2009, p.24)
- Parecer Normativo, aprovado pela Resolução nº 450/2013, a inserção de cateter vesical é função privativa do Enfermeiro, em função dos seus conhecimentos científicos e do caráter invasivo do procedimento, que envolve riscos ao paciente, como infecções do trato urinário e trauma uretral ou vesical.

5 Responsabilidade Enfermeiro**6 Referências**

- TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592 p.
- APECIH. Prevenção de Infecção do Trato Urinário. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2009.
- PERRY, A.G; POTTER, P.L.D. Guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 2ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, 640p.
- COFEN- Conselho Federal de Enfermagem - Resolução nº 450/2013- Parecer normativo para atuação da equipe de enfermagem em sondagem vesical. LINK: <http://novo.portalcofen.gov.br/wp>.

Procedimento Operacional Padrão SONDAGEM NASOENTÉRICA Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Elaine Cristina Amaro COREN-MS 113.286	Codificação: 0042 Revisado por:	Página: 142-144 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
---	---	--

SONDAGEM NASOENTÉRICA**1 Definição**

São de poliuretano, possuem diâmetros pequenos, ponta de tungstênio e algumas tem lubrificantes ativados pela água.
É introduzida pelo nariz e passada pelo esôfago e estômago até o duodeno. Podem ser usadas tanto para alimentação quanto para aspiração e descompressão.

2 Objetivo

Realizar inserção de sonda enteral por via nasal para alimentação e administração de medicamentos

3 Material utilizado

- Bandeja
- Luvas de procedimento;
- Sonda para nutrição enteral com fio guia (mandril) de poliuretano;
- Seringa 20 ml;
- Gel lubrificante hidrossolúvel ou anestésico gel à 2%;
- Micropore ou esparadrapo;
- Cordonê;
- Estetoscópio;

- Biombo;
- Equipamentos de Proteção Individual.

4 Procedimento

- Verificar a prescrição do médico para a inserção da sonda nasoenteral;
- Higienizar as mãos
- Preparar o material;
- Levantar o material próximo ao paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Fechar a porta ou colocar biombo para garantir a privacidade do paciente;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal e elevar a cabeceira da cama a cerca de 30°;
- Medir a sonda da ponta do nariz ao lóbulo da orelha e deste até o apêndice xifoide, acrescentar 20 a 25 cm para posicionamento em nível enteral;
- Marcar o local da medida envolvendo a sonda com esparadrapo ou micropore;
- Calçar luvas de procedimento;
- Lubrificar a ponta da sonda com o gel lubrificante hidrossolúvel ou anestésico gel a 2%;
- Escolher em qual narina a sonda será introduzida, atentando para a necessidade de rotação, se possível;
- Introduzir a sonda na narina selecionada até chegar à demarcação da medida, solicitando ao paciente que degluta quando possível;
- Retirar o fio guia;
- Realizar testes de posicionamento: injetar aproximadamente 20 ml de ar de maneira rápida e concomitantemente, colocar o estetoscópio sobre o estômago, procurando ouvir um ruído surdo borbulhante.
- Se os testes indicarem posicionamento correto da sonda, colocar o cordonê envolto à sonda e fixá-lo ao nariz e à região frontal com o micropore;
- Confirmar posicionamento por meio de Raio X.

Importante

- Registrar o procedimento realizado, por qual narina a sonda foi introduzida, os testes de posicionamento da sonda, se ocorreram intercorrências durante o procedimento, realização do Raio-X, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial.

5 Responsabilidade

- A responsabilidade da técnica de sondagem nasoenteral é do Enfermeiro;
- A prescrição do uso de sonda nasoenteral e do Raio X é feita pelo médico;
- O auxiliar de enfermagem e o técnico de enfermagem devem auxiliar o enfermeiro no preparo do material e durante a realização do procedimento, posicionando o cliente e fornecendo o material.

6 Referências

- BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão AFERIÇÃO DO SINAL VITAL – DOR Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Elaine Cristina Amaro COREN-MS 113.286	Codificação: 0043 Revisado por:	Página: 145-147 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
---	---	--

AFERIÇÃO DO SINAL VITAL – DOR**1 Definição**

Experiência desagradável sensorial e emocional, associada a dano tecidual ou descrita como tal, com início súbito ou lento, de intensidade leve à intensa, classificada como aguda ou crônica.

2 Objetivo

Definir a intensidade e as características da dor, auxiliando na decisão terapêutica para promover cuidado e conforto ao paciente.

3 Indicações:

- Admissão do paciente;
- Antes e depois de procedimentos cirúrgicos;
- Antes e depois de um procedimento diagnóstico invasivo;
- Alteração da condição física geral do paciente (como no aumento da intensidade da dor);
- Relato de sintomas inespecíficos, desconforto físico ou dor.

- Contraindicações:

- Crianças menores que 5 anos;
- Pacientes impossibilitados de interagir com o examinador (ex: coma, efeito anestésico, etc.)

4 Material utilizado

- Caneta e impresso para anotação
- Escala de avaliação da dor - EVA (ESCALA ANALÓGICA VISUAL)

5 Procedimento

- Realizar higienização das mãos
- Separar o instrumento de avaliação da dor: régua de EVA;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Checar os dados de identificação do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Instruir ao paciente para marcar no instrumento de avaliação a intensidade da sua

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

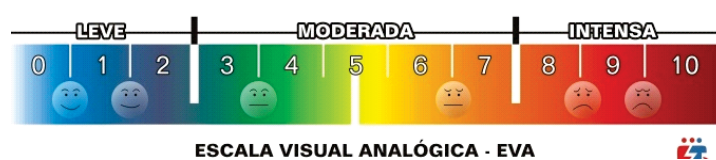
dor, considerando na escala de 1 a 10 o grau da sua dor;

- Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente;
- Realizar higienização das mãos
- Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

Cuidados especiais

- A dor é uma experiência subjetiva e assim não pode ser objetivamente determinada por instrumentos físicos.
- A escala de EVA pode ser utilizadas tanto para adultos quanto para crianças maiores ou iguais a 5 anos, conforme o estágio de desenvolvimento da mesma;
- Na ausência da régua de EVA, pode ser utilizado a Escala de intensidade numérica de 1 a 10, para adultos e crianças maiores de 5 anos (desde que ela compreenda os conceitos de mais que/ menos que);

Imagem 1- Modelo de Escala Visual Analógica - EVA. Fonte: Google imagens <EVA> acesso mar/2014



Procedimento Operacional Padrão SONDAGEM NASOGÁSTRICA Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0044	Página: 148-151
Elaborado por: Enfermeira Elaine Cristina Amaro COREN-MS 113.286	Revisado por:	Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por:
		Assinatura e Carimbo

SONDAGEM NASOGÁSTRICA

1 Definição

Procedimento invasivo onde uma sonda nasogástrica é introduzida pela narina ou pela boca com técnica própria posicionando-se a proximidade distal no estômago.

2 Objetivo

- Drenar o conteúdo gástrico;
- Realizar lavagem gástrica;
- Administrar medicamentos;
- Prevenir obstrução no pós-operatório gastrointestinal;
- Medir resíduo gástrico.

3 Material utilizado

- Bandeja
- Biombo
- Toalha
- Luvas de procedimento
- Papel higiênico
- Sonda tipo Levine nº12 ou14 para gavagem nº16 ou18 para sifonagem
- Espardrapo
- Xilocaína gel
- Seringa de 20ml
- Estetoscópio
- Coletor sistema aberto (para sifonagem)
- Máscara descartável

4 Procedimento

- Verificar na prescrição médica a indicação da sondagem;
- Revisar o histórico do paciente para condições nasais que contra indiquem a passagem da sonda pelo nariz (nesse caso faz-se a passagem pela cavidade oral);
- Avaliar o estado mental do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente (mesmo inconsciente);
- Realizar a higienização das mãos;
- Avaliar as narinas verificando algum fator que contra indique sua passagem (obstrução nasal, desvio de septo acentuado, presença de secreção);
- Avaliar a capacidade do paciente para deglutição;
- Realizar a higienização das mãos;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Separar o material necessário para o procedimento na bandeja;
- Levantar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Assegurar a privacidade do paciente com biombos;
- Colocar o paciente em posição sentada ou elevar a cabeceira da cama a 45°, colocando a toalha sobre o tórax (pacientes com rebaixamento do nível de consciência colocar a cabeceira da cama no mínimo a 30°);
- Realizar a higienização das mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Verificar o uso de prótese dentária (devem ser retiradas com o consentimento do paciente);
- Solicitar ao paciente que faça, ou fazer por ele a higiene das narinas com papel higiênico;
- Medir a sonda Levine da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifoide, descer alguns centímetros conforme a estatura do paciente e marcar com um pedaço de esparadrapo o local;
- Lubrificar a sonda com xilocaína gel;
- Solicitar ao paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax (Verificar

se não há restrições no movimento do pescoço ou fazer por ele s/n);

- Introduzir a sonda suavemente pela narina escolhida até ultrapassar a epiglote (sentido cranial, para trás e para baixo), solicitando ao paciente que faça o movimento de deglutição;
- Voltar a cabeça para a posição ereta;
- Continuar introduzindo a sonda até o ponto marcado na sonda;
- Para certificar o posicionamento correto da sonda, utilizar os métodos abaixo:
 - a) Injetar 10ml de ar pela sonda e auscultar em região gástrica por meio de estetoscópio para certificar o posicionamento (som específico);
 - b) Conectar uma seringa de 20ml à extremidade da sonda e aspirar para confirmar o posicionamento correto da sonda no estômago (deve refluir resíduo gástrico);
- Observar dispneia, cianose ou dificuldade para falar (o posicionamento da sonda pode estar errado – retirá-la imediatamente);
- Fixar a sonda;
- Em caso de sifonagem, adaptar um coletor sistema aberto na extremidade da sonda;
- Posicionar o paciente de forma confortável;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Retirar a luva de procedimento;
- Encaminhar o material permanente para a sala de utilidades, onde a bandeja deverá ser lavada com água e sabão, secada com papel toalha e higienizada com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário do posicionamento da sonda na prescrição médica, com a rubrica de quem instalou;
- Descrever o procedimento realizado na evolução de enfermagem, assim como suas possíveis intercorrências.

- O procedimento para a passagem da sonda orogástrica é o mesmo descrito acima, apenas modificando o local de inserção do nariz pela boca, diminuindo o tamanho da sonda a ser inserida. É indicada quando há contra indicação da passagem da sonda pelo nariz.

Cuidados Relacionados:

- Cianose, tosse e dispneia são indicativos de que a sonda está sendo dirigida para o trato respiratório (retirar a sonda imediatamente);
- Trocar a fixação da sonda diariamente ou sempre que estiver solta ou suja;
- Se a sonda for perdida em pacientes em pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada sem conhecimento e autorização do médico;
- É privativo ao enfermeiro na equipe de enfermagem a instalação da sonda nasogástrica;
- O procedimento em pacientes entubados acoplados a ventilação mecânica é o mesmo;
- Evitar lesões orais, nasais, esofágicas e gástricas realizando o procedimento com a sonda do tamanho ideal ao paciente específico;
- Na presença de prótese dentária, retirar a mesma no momento da passagem da sonda, se o paciente permitir, entregando-a ao mesmo e/ou responsável, reposicionando-a após o procedimento;

5 Responsabilidade Enfermeiro

6 Referências

- BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- PÓTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão TÉCNICA PARA REALIZAÇÃO DE CURATIVOS Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0045	Página: 152-156
Elaborado por: Enfermeira Alessandra de Cássia Leite COREN-MS 116682	Revisado por:	Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por:
		Assinatura e Carimbo

TÉCNICA PARA REALIZAÇÃO DE CURATIVOS

1 Definição

Consiste na realização de procedimentos com o paciente portador de feridas, instituindo tratamento adequado, proporcionando ambiente ideal para a cicatrização.

2 Objetivo

Realizar conduta padronizada e sequencial na execução de curativos em pacientes portadores de feridas de acordo com sua indicação.

3 Indicações e Contra-indicação

3.1 Indicação:

- Realizar limpeza;
- Promover hemostasia;
- Remover corpos estranhos;
- Promover hemostasia;
- Reaproximar bordas separadas;
- Proteger a ferida contra contaminação e infecção;
- Fazer desbridamento com remoção do tecido necrótico;
- Reduzir o edema;
- Manter a umidade da superfície da lesão, Absorvendo o exsudato com a manutenção das condições ideais no leito da ferida;

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

- Fornecer isolamento térmico;
- Promover a cicatrização da lesão;
- Preencher espaços mortos;
- Estimular o processo cicatricial;
- Reduzir a dor;
- Limitar a movimentação dos tecidos em torno da lesão;
- Oferecer conforto psicológico ao paciente.

3.2 Contraindicação: ausência de ferida**4 Material utilizado**

- Álcool a 70%
- Bandeja não estéril
- Luvas de procedimento
- Luvas estéreis
- Soro fisiológico a 0,9% (preferencialmente aquecido 37°)
- Agulha estéril de calibre 40x12
- Pacote de curativo estéril contendo 1 pinça, uma tesoura e uma lâmina de bisturi com cabo (preferencialmente recomenda-se o uso de pinças estéreis sempre que disponível)

- Pacotes com Gaze estéril, com tamanho: 7,5cmx 7,5 cm
- Sonda de aspiração com calibre (French): 6- 8 Fr
- Compressa/acolchoado estéril
- Adesivo específico ou filme de poliuretano ou esparadrapo impermeável
- Atadura de Crepom, se necessário
- Bacia Estéril, se necessário
- Equipamento de proteção individual: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção avental ou capote não estéril e luvas de procedimento
- Saco plástico ou forro impermeável
- Lixeira para resíduo infectante
- Biombo, sempre que necessário

5 Procedimento

- Ler a prescrição do paciente;
- Realizar higienização das mãos;
- Separar uma bandeja para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardar secagem espontânea;
- Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- Levantar a bandeja até a unidade do paciente colocá-la no carro de curativos ou mesa auxiliar ou superfície fixa;
- Apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- Checar os dados de identificação do paciente
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento, pedir sua autorização;
- Se for necessário realizar o registro fotográfico da lesão, solicitar por escrito a autorização;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade, utilizando biombo, se necessário;
- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento; expor apenas a área a ser tratada;
- Proteger a roupa de cama com um forro impermeável ou saco plástico sob a região do curativo. Em caso de lesão de MMII, utilizar a bacia sob a região a ser tratada;
- Organizar o material de modo a otimizar o procedimento, utilizando técnica asséptica;
- Colocar EPI padrão (gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção), considerando o uso de capote em pacientes com precaução de contato;
- Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- Calçar luva de procedimento;
- Remover o curativo cuidadosamente, umedecendo a gaze ou cobertura primária com soro fisiológico a 0,9% para facilitar a remoção;
- Desprezar a luva de procedimento;
- Realizar a desinfecção da parte superior do frasco (tampa protetora) de soro fisiológico 0,9% com álcool a 70% e removê-la;
- Calçar luva estéril;
- Perfurar a borracha conectora com agulha 40x12, mantendo a agulha conectada ou utilizar seringa de 20ml com agulha 40x12;
- Realizar a limpeza de pele perilesional e bordas, utilizando uma gaze úmida em soro fisiológico, com movimento de fricção suave;
- Realizar a limpeza da ferida, utilizando o jato de soro fisiológico a 0,9%, preferencialmente pré-aquecido (37° C), mantendo uma distância de aproximadamente de 10 cm da ferida;
- Avaliar a necessidade de desbridamento químico;
- Se necessário, utilizar a técnica de fricção com uma gaze umedecida em soro fisiológico para remoção de exsudato, esfacelo e/ou corpos estranhos do leito da ferida, com o cuidado de realizar movimentos suaves para não traumatizar o tecido neoformado;
- Na presença de tunelizações ou descolamentos, se necessário, utilizar a sonda de aspiração, acoplada a seringa, para facilitar a irrigação de soro fisiológico;
- Secar somente a pele ao redor da ferida e bordas com gaze 7,5 x 7,5, mantendo o leito úmido;
- Aplicar a cobertura prescrita com base nas características da ferida considerando a manutenção das condições ideais para a cicatrização;
- Aplicar cobertura secundária se necessário, podendo ser utilizada gaze seca, compressas de algodão;
- Fixar com adesivo hipoalergênico, esparadrapo, filme de poliuretano ou atadura, ocluindo totalmente a cobertura secundária, considerando as condições da pele perilesional e a região anatômica da ferida;
- Identificar o curativo com a data da realização e o profissional responsável pela execução;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente;

- Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- Realizar higienização das mãos;
- Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

6 Cuidados especiais/ Plano de contingência

- Esta técnica não se adéqua as feridas que cicatrizam por 1ª intenção, bem como as feridas isquêmicas de extremidades;
- A periodicidade de troca da cobertura primária estará diretamente ligada ao tipo de cobertura utilizada e ao grau de saturação da mesma;
- A cobertura secundária deverá ser renovada sempre que se fizer necessário, dependendo da saturação;
- Não esquecer que a sua mão dominante irá manusear a ferida, sendo considerada a mão contaminada, enquanto que a outra mão considerada a limpa irá manusear os materiais;
- No ambiente ambulatorial, considerando as condições imunológicas do paciente, poderá ser utilizada a técnica limpa para realização dos curativos de feridas crônicas;
- Deve-se estabelecer uma interação com o paciente no momento da realização do curativo, orientando-o quanto ao que está sendo realizado, esclarecendo suas dúvidas, promovendo uma relação de confiança a fim de promover a adesão ao tratamento;
- Todo o material contaminado, deverá ser desprezado em lixo identificado como resíduo infectante;
- É imprescindível que o enfermeiro realize as avaliações e evoluções com exame clínico diário e registro fotográfico, previamente autorizado pelo paciente e/ou acompanhante;
- Não é reconhecido como evidência em trabalhos controlados, a limpeza da ferida com a utilização de água destilada.

6 Responsabilidade

Equipe de enfermagem

7 Referências

BORGES, Eline Lima, Et. Al. Feridas: como tratar. 2ª edição. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

Dochterman, Joanne Mc Closkey; Bulechek Glória M.; tradução Regia Machado Garcez. Classificação das intervenções de enfermagem. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GEOVANINI, Telma; JUNIOR, Alfeu G. de Oliveira; PALERMO, Tereza Cristina da Silva. Manual de curativos. São Paulo: Corpus, 2007.

Procedimento Operacional Padrão	Codificação:	Página: 157-159
	0046	Implantado: 18/12/2014
LAVAGEM GÁSTRICA		Validade: 02 anos
Edição/Revisão: 001/2014		Validado por:
Elaborado por:	Revisado por:	
Enfermeira Alessandra de Cássia Leite		Assinatura e Carimbo
COREN-MS 116682		

LAVAGEM GÁSTRICA**1 Objetivo**

- Realizar retirada urgente de substância ingerida a fim de reduzir a absorção sistêmica;
- Administrar medicamentos, como carvão ativado, em alguns casos de intoxicação exógena, e a solução salina gelada, como método de resfriamento em situações de hipertermia maligna;
- Tratar uma obstrução ou um local de sangramento;
- Obter conteúdos gástricos para análise laboratorial.

2 Contraindicação

Depois de ingestão de substância corrosiva.

3 Riscos/pontos críticos

- Pneumonia aspirativa;
- Laringoespasmo e lesões traumáticas da orofaringe, esôfago e/ou estômago;
- Desequilíbrio hídrico (intoxicação hídrica e hiponatremia) e desequilíbrio eletrolítico (hipernatremia).

4 Material utilizado

- Sonda nasogástrica Levine de grosso calibre
- Gel hidrossolúvel
- Luvas de procedimento
- Seringa de 20ml com bico estetoscópio
- Micropore
- Sistema de drenagem gástrica.

5 Procedimento

- Higienizar as mãos e colocar máscara;
- Conferir prescrição médica e reunir o material;
- Orientar paciente e família sobre o procedimento;
- Isolar a cama com um biombo;
- Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com cabeça fletida;
- Calçar luvas de procedimento;
- Inspecionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de próteses dentárias;
- Colocar toalha ou papel-toalha sobre tórax do paciente;
- Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;
- Medir a sonda a partir da narina, estendendo até o lóbulo da orelha e descendo em diagonal até o apêndice xifoide, acrescentando a medida de dois dedos;
- Realizar a marcação do posicionamento ideal na sonda com micropore;
- Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

- Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;
- Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;
- Continuar introduzindo a sonda acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré-marcado;
- Realizar a fixação da sonda com micropore na narina do paciente;
- Injetar ar com uma seringa de 20ml e auscultar concomitantemente o epigástrico do paciente;
- Aspirar o conteúdo gástrico;
- Administrar volumes fracionados de SF 0,9% conforme prescrição médica, permitindo retorno, até que o líquido instilado retorne claro e não se observe resíduos;
- Drenar o volume infundido em sistema de drenagem;
- Aspirar o volume e/ou ordenhar a sonda, se necessário;
- Retirar a sonda e recolher o material;
- Higienizar as mãos;
- Deixar o paciente confortável;
- Realizar anotações de enfermagem pertinente à passagem da sonda, volume e aspecto do líquido drenado em prontuário.
- Observações importantes
 - Em crianças, utiliza-se SF 0,9% aquecido a 38°C para evitar hipotermia.
 - Durante a lavagem, observar o volume de retorno, que deverá ser o mesmo do infundido.
 - Checar a necessidade de coleta de material para análise laboratorial, que deve anteceder a lavagem gástrica.
 - Observar continuamente qualquer alteração de nível de consciência e monitorar frequentemente os sinais vitais, pois a resposta vagal natural à intubação pode deprimir a frequência cardíaca do paciente.

6 Responsabilidade
Enfermeiro

- 7 Referências
BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner.Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
PÖTTER, P.A.; PERRY, A.G.Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão LAVAGEM INTESTINAL Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0047	Página: 160-163 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por:
Elaborado por: Enfermeira Elaine Cristina Amaro Coren-MS 113286	Revisado por:	Assinatura e Carimbo

LAVAGEM INTESTINAL**1 Definição**

É a introdução de uma sonda retal, a fim de auxiliar na remoção de conteúdo fecal da ampola retal e cólon descendente.

2 Contraindicação: nos tumores de intestino e reto, diverticulite, ou quando apresentar resistência na introdução da sonda retal; hemorragia, suspeita de apendicite, hérnia estrangulada.

3 Objetivo

- Aliviar distensão abdominal e flatulências, constipação intestinal
- Preparar pacientes para cirurgias, exames radiológicos e endoscópicos

4 Material utilizado

Bandeja, sonda retal, enemaglicerinado, luva de procedimento, cuba-rim, gazes, gel hidrossolúvel, papel higiênico, impermeável, comadre, biombo, toalha de banho, suporte de soro, máscara.

5 Risco/pontos críticos:

Risco para perfuração anal e diarreia.

6 Procedimento

- Conferir prescrição médica;
- Higienizar as mãos;
- Separar a bolsa de enema com a solução e o cateter retal apropriado;
- Adaptar o equipo de soro ao frasco da solução a ser utilizada;
- Preencher a câmara de gotejamento e retirar o ar da extensão do equipo;
- Calçar as luvas de procedimento e colocar máscara;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Isolar o leito com biombo;
- Forrar o leito com o impermeável;
- Colocar o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo com MIE estendido e o MID fletido), cama baixa sem travesseiro;
- Cobrir o paciente com a toalha de banho, expondo apenas a área retal, visualizando claramente o ânus;
- Administrar o enema:

- Bolsa/frasco de enema;
- Pendurar o frasco da solução no suporte de soro.
- Conectar o equipo da solução à sonda retal preenchendo-a com a solução e pinçar o equipo.
- Lubrificar a sonda retal.
- Gentilmente separar as nádegas e localizar o ânus.
- Instruir o paciente a relaxar respirando vagarosamente pela boca.
- Introduzir suavemente a sonda retal, apontando a extremidade na direção do

umbigo.

- Instilar gradualmente a solução.
- Interromper a administração por um breve período, caso ocorra espasmo.
- Pinçar o equipo depois que toda solução for instilada.

- Bisnaga de fletenema:

- Remover a tampa plástica da extremidade que introduz no reto e lubrificá-la.
- Gentilmente separe as nádegas e localize o reto. Instruir o paciente a relaxar expirando o ar pela boca.
- Inserir a extremidade do frasco delicadamente no reto (ver recomendações).
- Comprimir o conteúdo da bisnaga e solicitar ao paciente que respire profundamente quando tiver desejo de evacuar.
- Retirar a sonda retal ao término da infusão do líquido. Pedir ao paciente que retenha o líquido o máximo possível;
- Ajudar o paciente a ir ao banheiro ou oferecer a comadre, elevando a cabeceira do leito;
- Ajudar o paciente na higiene, se necessário, e deixá-lo confortável;
- Deixar o ambiente em ordem e limpo;
- Encaminhar todo o material permanente ao expurgo;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Checar o procedimento;
- Realizar as anotações de enfermagem, anotando aspecto das eliminações

- Observações importantes

- Se houver resistência ao introduzir a sonda, avisar a enfermeira ou ao médico de plantão.
- Observar e anotar o aspecto do retorno intestinal, devendo estar atento a presença de sangue.
- Os números de sonda retal habitualmente utilizados são 20 ou 22.
- Alertá-lo sob o desconforto momentâneo durante a introdução do líquido e a importância deste permanecer pelo menos 10 minutos na cavidade para que seu desempenho seja efetivo.
- Orientar ao paciente que, se utilizar o vaso sanitário, o mesmo não dê descarga até a vistoria do profissional de enfermagem (cor, aspecto, consistência, odor).
- O comprimento de inserção da sonda no reto é variável:
 - Adulto: 7,5 a 10cm
 - Criança: 5 a 7,5cm
 - Lactentes: 2,5 a 3,75cm
 - Recomenda-se a utilização de solução morna ou a temperatura ambiente

7 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

8 Referências

- ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I.S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>.

Procedimento Operacional Padrão TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA / ILEOSTOMIA / UROSTOMIA Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0048	Página: 164-167 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por:
Elaborado por: Enfermeira Elaine Cristina Amaro Coren-MS 113286	Revisado por:	Assinatura e Carimbo

TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA/ ILEOSTOMIA/ UROSTOMIA**1 Objetivo**

- Manter a higienização do estoma;
- Proporcionar o conforto e bem estar ao paciente;
- Reter/coletar os efluentes;
- Prevenir possíveis infecções e lesões de pele.

2 Indicação/ contraindicação

- Indicação: portadores de estomia intestinal e urológica.
- Contraindicação: nenhuma.

3 RISCO/PONTOS CRÍTICOS

- Abrasão da pele ao redor da estoma;
- Diminuição da autoestima.

4 Material utilizado

- Bandeira ou carro de curativo contendo:
- Bolsa coletora
- Escala de medida do estoma, gaze
- Algodão
- Sabão de uso habitual
- Protetor de pele
- Tesoura curva
- Soro fisiológico
- Luva de procedimento
- Comadre
- Forro móvel
- Máscara.

5 Procedimento

- Higienizar as mãos;

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

- Reunir todo material e levar ao quarto do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o paciente em posição confortável, expondo apenas a região a ser limpa, protegendo a cama com um forro móvel. Se o paciente tiver condições, pode ser levado ao banheiro;
- Calçar as luvas de procedimento e colocar máscara;
- Retirar a bolsa coletora, observando o aspecto do material coletado (cor, consistência, quantidade, odor) e desprezar na comadre ou no vaso sanitário;
- Afastar a abertura da bolsa com uma das mãos e, com a outra, colocar água dentro da mesma até a metade da sua capacidade;
- Fechar a abertura da bolsa com uma das mãos, fazer movimentos com a bolsa para remoção de resíduos e desprezar na comadre ou vaso sanitário. Repetir o processo até a bolsa estar totalmente limpa;
- Limpar o estoma e região periestomal c/ água e sabão ou SF 0,9%, observando as condições da pele e mantendo-a seca para aplicação do dispositivo. Utilizar gaze ou algodão sobre o mesmo para evitar drenagem de urina ou fezes;
- Medir o estoma com escala de medidas, traçar molde no verso da placa, deixando área de segurança de 1mm. Estoma irregular, preparar molde sob medida;
- Retirar o papel protetor da base;
- Colocar a pasta de resina sintética (se necessário), preenchendo os espaços vazios na região periestoma;
- Adaptar à nova bolsa coletora, ajustando sua abertura ao estoma, pressionando suavemente contra a parede abdominal e colocar o clamp/presilha no dispositivo, fechando-o;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher o material;
- Encaminhar o material permanente ao expurgo;
- Retirar as luvas, máscara e Higienizar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

- Observações
- Remova o sistema de bolsas se o paciente reclamar de queimação ou coceira sob ele ou se houver drenagem purulenta em volta do estoma.
- Se dispositivo de duas peças, conectar a bolsa à base de modo que facilite o esvaziamento, levando-se em conta a preferência do cliente (posição vertical ou horizontal) e verificar se a bolsa está adequadamente conectada à base evitando vazamentos.
- Usar apenas soro fisiológico ou água e sabão na pele ao redor do estoma.
- Caso o paciente apresente condições clínicas favoráveis, retirar a bolsa coletor durante o banho de aspersão, para facilitar o descolamento da placa.
- Reservar o clamp/presilha para ser reutilizado após limpeza.
- A bolsa coletora deve ser esvaziada sempre que o efluente atingir um terço ou, no máximo, metade da sua capacidade.
- O esvaziamento e a higienização regular da bolsa coletora aumenta sua durabilidade, o conforto e evita constrangimento ao paciente.
- O efluente de ileostomia e de colostomia à direita deve ser quantificado em volume, principalmente nos primeiros dias do pós-operatório, para cálculo de reposição líquida e de eletrólitos.
- Caso a troca da bolsa seja de colostomia, esvazie a mesma fazendo movimentos para baixo com as mãos sobre a bolsa, para facilitar a saída das fezes.

6 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

7 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner.Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
POTTER, P.A.; PERRY, A.G.Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão	Codificação: 0049	Página: 168-171
LIMPEZA HOSPITALAR		
Edição/Revisão:001/2014		Implantado:18/12/2014
Elaborado por: Enfermeira Elaine Cristina Amaro Coren-MS 113286	Revisado por:	Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo

LIMPEZA HOSPITALAR

1 Definição

No hospital serão realizadas limpezas e desinfecções de acordo com as necessidades das áreas específicas.

- Limpeza diária
É aquela realizada diariamente utilizando água, sabão e fricção mecânica, após a retirada do lixo.
- Limpeza concorrente
É aquela realizada nas dependências, durante a ocupação dos pacientes.
- Retirar o lixo e resíduos em saco plástico, recolher jornais e revistas;
- Recolher a roupa suja em saco plástico e encaminhá-la para lavanderia;
- Retirar o pó dos móveis com pano úmido. Secar com pano seco e limpo;
- Passar pano úmido com água e sabão no chão, após, secar com pano limpo e seco;
- Limpar o banheiro;
- Organizar a unidade.
- Limpeza terminal
É aquela realizada após alta do paciente, transferência, óbito. Utiliza-se água, sabão e desinfetante. Compreende a limpeza de superfícies horizontais, verticais e a

desinfecção do mobiliário.

O uso de soluções desinfetantes é restrito ao mobiliário, mesas auxiliares, colchões, macas, focos, bancadas, etc. O seu uso é desnecessário em pisos, paredes e tetos.

1. LIMPEZAS DAS UNIDADES

- Superfícies:

As superfícies fixas como pisos, paredes, tetos, portas, mobiliários, equipamentos e demais instalações, não representam risco significativo de transmissão de infecções na área hospitalar. As superfícies que estiverem com presença de matéria orgânica, deverão sofrer o processo de desinfecção.

- Desinfecção:

A Desinfecção será feita da seguinte forma:

- 1- Com o uso de luvas, retirar o excesso da carga contaminante em papel absorvente ou pano velho;
- 2- Desprezar o papel ou panos em saco plástico de lixo ou encaminhar para a lavanderia;
- 3- Aplicar, sobre a área atingida, o desinfetante adequado e deixar o tempo necessário;
- 4- Remover o desinfetante com pano molhado e proceder à limpeza com água e sabão no restante da superfície.

- Descontaminação:

A Descontaminação deve ser feita da seguinte forma:

- 1- Aplicar o produto sobre a matéria orgânica e esperar o tempo de ação deste;
- 2- Remover o conteúdo descontaminado com o auxílio de papel absorvente ou panos velhos (sempre usando luvas);
- 3- Desprezar no lixo e proceder à limpeza usual, com água e sabão, no restante da superfície;

Como fazer a desinfecção:

- Bancada do posto de enfermagem: - deve ser feita com álcool 70%, através da fricção mecânica com pano, diariamente e uma vez por semana deve ser limpo também com água e sabão, usando luvas sempre;
- Saboneteiras: Devem ser lavadas com água e sabão após o término do conteúdo.
- Colchões: Fazer a desinfecção descontaminação, com álcool, hipoclorito, através da fricção mecânica com esponja e panos diariamente e sempre que o paciente desocupar o leito;
- Mesas Auxiliares cirúrgicas: Fazer a desinfecção descontaminação com álcool, através da fricção mecânica com esponja e panos;
- Camas e macas: Fazer a desinfecção descontaminação, com álcool, através da fricção mecânica com esponja e panos, usando luvas, a cada troca de paciente. A limpeza deve ser feita com água e sabão, através da fricção mecânica com panos e esponjas semanalmente;
- Telefone: Fazer a desinfecção com álcool, através da fricção mecânica com esponja e panos diariamente;
- Escadinha/suportes/mesas/lixesiras: Fazer a limpeza com água e sabão. Através da fricção mecânica com esponja e panos diariamente;
- Comadres e papagaios metálicos: Fazer a desinfecção com água quente/ebulição e realizar a limpeza com água e sabão através da fricção mecânica com esponja após uso;

- Limpeza dos quartos comuns e isolamento: Notificar os pacientes e ou acompanhantes sobre a limpeza.
- Recolher o lixo, resíduos e roupas sujas em saco plástico.
- Limpar mesa de cabeceira, suporte de soro, escadinha, com pano úmido em água e sabão, secar com pano limpo e seco.
- Limpar cama do paciente (colchão e partes metálicas), com água, sabão e fricção mecânica.
- Aplicar álcool 70% no colchão e nas partes metálicas.
- Limpar o piso, lavar cestos de lixo e substituir sacos plásticos
- Limpar e desinfetar mesas e bancadas;
- Esta área deverá possuir material próprio para sua limpeza (balde e panos).
- Limpeza de mesas e bancadas de preparo de medicação: Passar pano úmido com água e sabão.
- Passar pano embebido em água para enxaguar.
- Secar com pano limpo e seco.
- Friccionar com álcool 70%, em três aplicações.

- Limpeza de salas de (procedimentos): Recolher o lixo e resíduos em saco plástico
- Desinfecção de mesas e bancada
- Limpeza e desinfecção semanal da geladeira. Utilizar álcool a 70% (friccionando 3 vezes), exceto nas borrachas.

Observação: é obrigatório o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs)

5 Responsabilidade

Equipe de enfermagem e equipe de higienização

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner.Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
POTTER, P.A.; PERRY, A.G.Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

Procedimento Operacional Padrão TRICOTOMIA Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Elaborado por: Enfermeiro Eduardo de Almeida Miranda COREN-MS 349.573	Codificação: 0050 Revisado por:	Página: 172-173 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
---	---	---

TRICOTOMIA

1 Definição

É a retirada de pêlos de uma determinada área.

2 Objetivo

- Preparar um área para cirurgias ou determinados tipos de exames;
- Facilitar a higiene.

3 Material utilizado

- Biombo
- Gilete
- Gaze
- Sabonete líquido
- Toalha
- Luvas de procedimento

4 Procedimento

- Orientar o cliente sobre o procedimento que será realizado;
- Preparar o ambiente;
- Colocar o biombo se necessário;
- Lavar as mãos;
- Colocar o balde de lixo em local de fácil acesso;
- Descobrir a área a ser tricotomizada;
- Calçar as luvas;
- Com o auxílio de gases, passar o sabão líquido ou degermante na área a ser tricotomizada;
- Esticar a pele com a mão não dominante e com cuidado, raspar os pelos em direção ao seu crescimento, evitando ferir a pele;
- Sempre que houver excesso de pelos no aparelho, retirá-los com auxílio da gaze;
- Lavar e secar a região tricotomizada, ou encaminhar o cliente para o banho;
- Providenciar a limpeza e a ordem do material, desprezando a gilete no recipiente para material perfuro-cortante;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Fazer as anotações de enfermagem.

Observações:

- Se a área for grande, molhar pequenas porções de cada vez;
- Quando os pelos forem muito longos, cortar antes com tesoura;
- A área ser tricotomizada deve ser a estritamente necessária para o ato cirúrgico;
- A tricotomia deve ser feita 02 horas antes da cirurgia, sempre que possível.

5 Responsabilidade

Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner.Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
 POTTER, P.A.; PERRY, A.G.Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão CARRO DE EMERGÊNCIA Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeiro Eduardo de Almeida Miranda Coren-MS 349.573	Codificação: 0051 Revisado por:	Página: 174-175 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
---	---	---

CARRO DE EMERGÊNCIA

1 Definição

A conferência do carrinho de emergência tem como principal finalidade mobilizar a equipe de enfermagem para a conferência diária e reposição de medicamentos sempre que necessário.

2 Objetivo

- Promover a reposição de medicações e materiais, conferência da data de validade dos medicamentos e materiais

3 Material utilizado

- Chek-list
- Caneta

4 Procedimento

- Realizar conferência das ampolas;
- Verificar data de validade de todos os medicamento e materiais;
- Repor as medicações se houver falta;
- Anotar no chek-list.

5 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

6 Referências

ARCHER E. et.al Procedimento e Protocolos Rio de janeiro Editora Guanabara koogan 2005.

Procedimento Operacional Padrão CUIDADOS COM OS PACIENTES COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO(TCE) Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeira Alessandra de Cássia Leite COREN-MS 116682	Codificação: 0052 Revisado por:	Página: 176-177 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
--	---	---

CUIDADOS COM OS PACIENTES COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO(TCE)

1 Objetivo

- Promover a qualidade na assistência ao paciente politraumatizado com HD: TCE;
- Evitar danos/lesões ao paciente;

2 Material utilizado

- Caneta azul (diurno) e vermelha (noturno)
- Prontuário do cliente
- Colar cervical
- Prancha
- Lateralizador
- Lanterna
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Luvas
- Equipamento de proteção individual (quando necessário)
- Pulso oxímetro
- Material para acesso venoso periférico

3 Procedimento

- Realizar ABCDE (PHTLS)
- Solicitar avaliação neurológica
- Sinais vitais 2/2h + avaliação pupilar
- Manter diálogo com o paciente durante procedimentos; Sempre que necessário
- Administrar analgésicos que não mascarem o nível de consciência; ao sinal de dor
- Aplicar compressas frias nos olhos
- Após avaliação neurológica realizado, percebeu-se a não reação pupilar à luz. Entrar em contato com o neurologista de plantão.
- Elevar a cabeceira a 30 graus- Contínua (quando não houver contraindicação)
- Controlar os níveis da PIC- quando instalado
- Avaliar a gasometria (saturação menos que 85%)
- Aspiração cautelosa traqueia e faringe (sempre que necessário)
- Manter ventilação controlada (observar intercorrências)
- Realizar exame físico com ênfase na ausculta respiratória;
- Monitorizar respiração mecânica

4 Responsabilidade

O enfermeiro é responsável pela assistência do paciente grave, porém poderá delegar procedimentos que são atribuídos para o técnico conforme legislação COFEN.

5 Referências

BARE, B.G, SUDDARTH, D.S. Brunner.Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
 POTTER, P.A.; PERRY, A.G.Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CHOQUE HIPOVOLÊMICO Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeiro Eduardo de Almeida Miranda COREN-MS 349.573	Codificação: 0053 Revisado por:	Página: 178-179 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
--	---	---

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CHOQUE HIPOVOLÊMICO

1 Definição

A assistência de enfermagem ao paciente com diagnóstico de choque hipovolêmico tem como finalidade orientar a equipe de enfermagem quanto aos procedimentos e qualidade da assistência, humanizar a assistência.

2 Objetivo

Promover assistência de qualidade e humanizada ao paciente com diagnóstico de choque hipovolêmico.

3 Material utilizado

- Esfigmomanômetro

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

- Estetoscópio
- Pulso oxímetro
- Material para PVC
- Bomba de infusão
- Material para acesso venoso periférico
- Material para acesso venoso central

4 Procedimento

- Controle rigoroso da pressão arterial (PA) bem como parâmetros vitais; Reposição dos volumes dos líquidos perdidos;
- Administração de drogas vasoativas quando a reposição do volume não responde no paciente;
- Preparo do paciente para cirurgia em caso de hemorragia persistente, ex.: trauma que requer correção cirúrgica;
- Administração de anti-hemorrágicas prescrito pelo médico;
- Controlar e vigiar gotejamento de drogas vasoativas para manutenção da PA em níveis aceitáveis.

5 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner.Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão VENTILAÇÃO MANUAL AMBÚ Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0054	Página: 180-182
Elaborado por: Enfermeira Marlene Nascimento Barbosa Telles	Revisado por:	Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por:
COREN-MS 114842		Assinatura e Carimbo

VENTILAÇÃO MANUAL AMBÚ

1 Definição

Ventilação Manual Ambú é realizada por meio de um dispositivo inflável (bolsa de reanimação manual – ambú), que pode ser conectada a uma máscara facial, ou diretamente a um tubo endotraqueal ou de traqueostomia.

- Objetivo
- Finalidade de orientar sobre a técnica de ventilação manual com uso do Ambú
- Possibilitar a administração manual de oxigênio ou ar ambiente aos pulmões de um cliente que não pode respirar por si.
- Fornecer suporte ventilatório em situações de emergência
- Ajudar a melhorar um sistema cardiorrespiratório comprometido

3 Material utilizado

- Ambú com reservatório de oxigênio com tamanho adequado
- Máscara de tamanho adequado ao cliente;
- Ponto de oxigênio (unidade de parede ou cilindro de oxigênio);
- Frasco umidificador de oxigênio;
- Adaptador roscado para fazer a ligação entre a rede de oxigênio e o ambú.
- Opcional: aspirador.
- Luvas não estéreis

4 Procedimento

- Selecionar uma máscara que se encaixe confortavelmente sobre a boca e o nariz. A menos que o cliente esteja entubado ou tenha uma traqueostomia.
- Prender a máscara ao ambú.
- Conectar uma ponta do látex ao fundo do ambú, e a outra ponta ao adaptador do fluxômetro na fonte de oxigênio;
- Abrir o fluxo de oxigênio e ajustar a velocidade de fluxo conforme o estado do cliente.
- Adicionar um acumulador de oxigênio (também chamado de reservatório de oxigênio). Esse dispositivo que se conecta a um adaptador no fundo do ambú, possibilita a obtenção de FiO2 de até 100%;
- Montar o aspirador se necessário;
- Verificar a via respiratória superior do cliente, em busca de possíveis corpos estranhos. Se houver, remova-o. Do mesmo modo, matéria estranha ou secreções devem ser removidas (aspiradas), para facilitar os esforços de reanimação.
- Aspirar o tubo e ou traqueostomia se for necessário;
- Retirar o descanso e a cabeceira da cama para ajudar a manter estendido o pescoço do cliente e para abrir espaço ao lado da cama para outras atividades, como, por exemplo, reanimação cardiopulmonar, se for adequado.
- Utilizar a manobra de levantamento do queixo e inclinação da cabeça para mobilizar a língua para longe da base da faringe e prevenir obstrução da via

respiratória.

- Constatar se o cliente está traumatizado, para usar o método de impulso do maxilar.
- Usar oxigênio suplementar (velocidade de fluxo mínima de 8 a 12 L/min) para melhorar a saturação de oxigênio.
- Manter a mão não-dominante sobre a máscara do cliente, exercer pressão para baixo, para vedar a máscara contra a face. Para um cliente adulto, use sua mão dominante para comprimir a bolsa a cada 7 segundos, para administração de aproximadamente 1 litro de ar.
- Registrar a data e a hora do procedimento, os esforços de ventilação manual, qualquer complicação e a ação de enfermagem empreendida, e a resposta do cliente ao tratamento conforme a norma da instituição.

5 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner.Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA CARDIOVERSÃO Edição/Revisão:001/2014	Codificação: 0055	Página: 183-184
Elaborado por: Enfermeiro Eduardo de Almeida Miranda	Revisado por:	Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por:
COREN-MS 349.573		Assinatura e Carimbo

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA CARDIOVERSÃO

1 Definição

Orientação acerca das rotinas de Cuidados de enfermagem na cardioversão, visando fornecer suporte a fim de restabelecer a saúde do paciente do cliente/paciente no ambiente hospitalar.

2 Objetivo

- Retornar o cliente ao ritmo sinusal

3 Material utilizado

- Cardioversor completo;
- Aparelho ECG;
- Monitorização ECG;
- Gel.
- Kit de entubação

4 Procedimento

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Passar gel nas Pás;
- Conforme prescrição médica, sedar o cliente antes do procedimento;
- Ligar desfibrilador e ajustar a carga conforme determinação médica;
- Esperar que o desfibrilador sinalize para chocar o cliente;
- Afastar "todos do leito";
- O Médico deve cardioverter o cliente; e estar preparado para eventual entubação orotraqueal;
- Observar se o mesmo retornou ao ritmo sinusal;
- Manter o ambiente organizado;
- Limpar as pás do cardioversor, depois de desligado, com água, sabão e álcool;
- Lavar as mãos;
- Anotar procedimento no prontuário.

5 Responsabilidade
Equipe de enfermagem

6 Referências

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner.Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

FUNDAÇÕES/PORTARIA/POP - FUNSAUD

Procedimento Operacional Padrão CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA EMERGÊNCIA DO IAM Edição/Revisão:001/2014 Elaborado por: Enfermeiro Eduardo de Almeida Miranda COREN-MS 349.573	Codificação: 0056 Revisado por:	Página: 185-187 Implantado:18/12/2014 Validade: 02 anos Validado por: Assinatura e Carimbo
---	---	--

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA EMERGÊNCIA DO IAM**1 Definição**

Finalidade de orientar sobre a rotina do atendimento emergencial aos pacientes com IAM.

2 Objetivo

- Alívio da precordialgia, sinais e sintomas isquêmicos;
- Prevenção de lesão miocárdica;
- Obtenção/manutenção para uma boa perfusão tissular adequada, diminuindo a carga de trabalho do coração;
- Redução da ansiedade e sensação de morte.

3 – Sinais e sintomas da dor torácica

- Normalmente descrita como aperto, peso, queimação, opressão;
- Dor isquêmica geralmente indicada com a mão esfregando o peito ou com o punho cerrado;
- Os locais de radiação da dor vão desde a região supra umbilical até a mandíbula, incluindo região cervical, ombros e membros superiores sendo mais comum para o lado esquerdo, podendo ainda migrar para qualquer parte do tórax, região epigástrica e dorso;
- O tempo de duração é variável, com apresentação intermitente superior a 2 minutos e inferior a 20 minutos. A dor prolongada (superior a 30 minutos) estar mais associada ao IAM com supradesnivelamento do segmento ST;
- Fatores associados tipo: diaforese, extremidades frias, palidez, náusea e vômitos são os mais encontrados.

4 Procedendo com a técnica - Equipamentos necessários para o atendimento

- Eletrocardiograma
- Monitor cardíaco
- Oxímetro digital
- Oxigênio

5 Como Proceder Com a Técnica

- Explicar todo e qualquer procedimento ao paciente;
- Transferi-lo para o leito com o menor esforço;

- Aplicar o ABCDE;
- Aferir SSVV;
- Instalar monitor cardíaco e oxímetro digital;
- Ofertar Oxigênio 3-4 litros por cateter nasal ou se necessário máscara de oxigênio com reservatório 5-10 litros nas primeiras 6h;
- Realizar Eletrocardiograma com 12 derivações e DII longo;
- Puncionar acesso venoso calibroso, de preferência em região antecubital;
- Colher amostra de sangue para CK, CK-MB, troponina e mioglobina, além do hemograma, provas de coagulação e bioquímica (glicose, sódio, potássio, uréia e creatinina);
- Comunicar ao cardiologista de plantão;
- Administrar terapia medicamentosa de acordo com prescrição medica: AAS 200mg imediatamente caso o paciente não seja alérgico; Dimorf01 ampola se dor com escala de dor de 9/10; Nitrato se pressão arterial sistólica maior que 90 mmHg; Morfina EV, se dor persistente e PAS maior que 90 mmHg; Betabloqueadores, se FC >60 bpm e não houver contra indicação; inibidores da ECA (Captopril, Enalapril, Ramipril); Copidogrel 75mg, 8 comprimidos caso seja necessário procedimento de cateterismo cardíaco;
- Realizar Raio x de tórax;
- Orientar paciente e família sobre o atual estado de saúde, com ênfase na queixa relacionada com ansiedade e nos procedimentos que serão realizados;
- Manter repouso absoluto no leito para poupar o músculo cardíaco;

OBS: Após avaliação do cardiologista e se necessário o procedimento de cateterismo cardíaco, providenciar a internação do paciente e o preenchimento feito pelo médico da AIH e APAC (solicitando o procedimento).

• Pressão arterial sistólica maior que 90 mmHg; Morfina EV, se dor persistente e PAS maior que 90 mmHg; Betabloqueadores, se FC >60 bpm e não houver contra indicação; inibidores da ECA (Captopril, Enalapril, Ramipril); Copidogrel 75mg, 8 comprimidos caso seja necessário procedimento de cateterismo cardíaco;

- Realizar Raio x de tórax;
- Orientar paciente e família sobre o atual estado de saúde, com ênfase na queixa relacionada com ansiedade e nos procedimentos que serão realizados;
- Manter repouso absoluto no leito para poupar o músculo cardíaco;
- OBS: Após avaliação do cardiologista e se necessário o procedimento de cateterismo cardíaco, providenciar a internação do paciente e o preenchimento feito pelo médico da AIH e APAC (solicitando o procedimento).

6 - Referencial Bibliográfico:

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Manual de atendimento cardiovascular de emergência, Edição em português: Prous Scienc – São Paulo. 2006.

BRUNNER & SUDDARTH, Trado de enfermagem médico-cirúrgico, 10ª edição, volume 2: Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MARIA, A.C.S.; YEDA, W.P. O enfermeiro e as situações de emergência, 2ª edição – São Paulo: Atheneu, 2010.

DEMAIS ATOS/TERMO DE APOSTILAMENTO - SEMED**TERMO DE APOSTILAMENTO**

Convênio: nº 069/2015
 Entidade: CEIM » Professor Bertilo Binsfeld»
 Objeto: inclusão de Fonte de Recursos
 Fundamento Legal: artigo 65, § 8º, da Lei Federal nº 8.666/93, e alterações posteriores.

Por este instrumento, em consonância com as prerrogativas decorrentes da Lei Orgânica do Município, a Secretária Municipal de Educação, observando a necessidade de se estabelecer fonte alternativa de recursos financeiros para o custeio das despesas do Convênio nº 069/2015, em execução, faz sua inclusão, também, para que passe a constar com a seguinte classificação:

13.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

12.361.104 – Programa de Aprimoramento e Oferta de Ensino de Qualidade
 2.122 – SALÁRIO EDUCAÇÃO
 33.50.41-00 - Contribuições
 Fonte: 115.049
 Ficha nº 199
 Valor: R\$ 50.000,00

Secretaria Municipal de Educação, 03 de julho de 2015.

Marinisa Kiyomi Mizoguchi
Secretária Municipal de Educação

Robson Fernandes Melo
Diretor de Planejamento, Gestão e Finanças

DEMAIS ATOS/RECEBIMENTO DE VERBAS - CONVÊNIOS FEDERAIS

Em cumprimento ao que determina a Lei nº 9.452/97, Art. 2º, informamos a todos os partidos políticos, os sindicatos de classes e as entidades empresariais desta cidade o recebimento de verba de convênios federais, conforme abaixo relacionado:

Órgão repassador	Nº Conv./Contr.	Nº C/C	Objeto	Data	Valor R\$
Governo Federal		10646-1	Transporte Escolar	06/07/2015	52.777,99
Governo Federal		16042-3	Custeio Bolsa Família	23/06/2015	26.445,78
Governo Federal		16.049-0	Custeio Apae/Pestaloz	01/07/2015	10.474,52
Governo Federal		12.020-0	Merenda Escolar	03/07/2015	251.664,00
TOTAL					341.362,29

DEMAIS ATOS/DELIBERAÇÕES - COMED**DELIBERAÇÃO COMED Nº 095, DE 23 DE MARÇO DE 2015.**

Dispõe sobre a concessão de Atos para Escola Municipal Lóide Bonfim de Andrade e dá outras providências.

O CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições legais, e considerando a Reunião das Câmaras Conjuntas de Educação Infantil, Ensino Fundamental e Legislação e Normas realizada em 30/03/2015, os termos do Parecer CEI/CEF/CLN/COMED n.º 002, de 23/03/2015 e a decisão da Sessão Plenária realizada em 23/03/2015,

DELIBERA:

Art. 1º. Fica concedida para a Escola Municipal Escola Municipal Lóide Bonfim Andrade, localizada na Rua Maria de Carvalho Nº 560, Jardim Agua Boa, Dourados-MS, o seguinte:

I - Autorização de Funcionamento para oferecer a Educação Infantil Pré-Escolar, por 05 (cinco) anos a partir de 2014.

II - Ratificação da Autorização de Funcionamento para oferecer o Ensino Fundamental de 1º ao 9º ano, por 05 (cinco) anos a partir de 2014.

III - Autorização para oferecer o Curso de Educação de Jovens e Adultos na etapa do Ensino Fundamental de 1ª e 2ª Fase, por 05 (cinco) anos a partir de 2014.

Art. 2º. que seja providenciado:

- troca das lâmpadas queimadas;
- arrumar e/ou trocar ventilador queimado;
- colocação da porta no banheiro adaptado.

Art. 3º. Providências para o ano de 2015:

- pintura e reparo das paredes danificadas e piso da quadra;
- adaptar os banheiros de acordo com a Lei de Acessibilidade
- reformar ou adquirir novos armários.

Art. 4º. Adequar o quantitativo de crianças por turma para o ano letivo de 2016, conforme determina a deliberação COMED 080, de 16/10/2014.

Art. 5º. A Abertura de novas turmas deverá ser comunicada à Secretaria Municipal de Educação, que deverá informar este Conselho.

Art. 6º. Qualquer ampliação e/ou construção que venha a ocorrer na estrutura física da referida Unidade Escolar deverá respeitar a Lei de Acessibilidade.

Art. 7º. Que o Departamento de Planejamento e Gestão Escolar da Secretaria de educação – SEMED observe rigorosamente a legislação de ensino, sempre orientando a unidade escolar dentro das normas legais vigentes.

Art. 8º. Esta Deliberação entrará em vigor na data de sua publicação.

Dourados, 23 de março de 2015.

Profª. Deborah Salette Fernandes Cruz
Conselheira – Presidente do COMED

HOMOLOGO EM:
03/07/2015.

Marinisa Kiyomi Mizoguchi
Secretária de Educação

DELIBERAÇÃO COMED Nº 096, DE 23 DE MARÇO DE 2015.

Dispõe sobre a concessão de Atos para Escola Municipal Profª. Elza Farias Kintschev Real e dá outras providências.

O CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições legais, e considerando a Reunião das Câmaras Conjuntas de Educação Infantil, Ensino Fundamental e Legislação e Normas realizada em 23/03/2015, os termos do Parecer CEI/CEF/CLN/COMED n.º 001, de 23/03/2015 e a decisão da Sessão Plenária realizada em 23/03/2015,

DELIBERA:

Art. 1º. Fica concedida para a Escola Municipal Escola Municipal Profª. Elza Farias Kintschev Real, localizada a Rua Eulália Pires Nº 815, Bairro COHAB II, Dourados-MS, o seguinte:

I - Ratificação da Autorização de Funcionamento para oferecer o Ensino Fundamental por 05 (cinco) anos a partir de 2014.

Art. 2º. Que seja providenciado:

- reparos nas janelas;
- troca dos vidros e dos azulejos em falta e/ou trincados;
- tomar providências para que os fios das caixas de tomadas não fiquem expostos;
- adequação dos banheiros dos funcionários conforme a Lei de Acessibilidade.

Art. 3º. Adequar o quantitativo de crianças por turma para o ano letivo de 2016, conforme determina a deliberação COMED 080, de 16/10/2014.

Art. 4º. A Abertura de novas turmas deverá ser comunicada à Secretaria Municipal de Educação, que deverá informar este Conselho.

Art. 5º. Qualquer ampliação e/ou construção que venha a ocorrer na estrutura física da referida Unidade Escolar deverá respeitar a Lei de Acessibilidade.

Art. 6º. Que o Departamento de Planejamento e Gestão Escolar da Secretaria de educação – SEMED observe rigorosamente a legislação de ensino, sempre orientando a unidade escolar dentro das normas legais vigentes.

Art. 7º. Esta Deliberação entrará em vigor na data de sua publicação.

Dourados, 23 de março de 2015.

Profª. Deborah Salette Fernandes Cruz
Conselheira – Presidente do COMED

HOMOLOGO EM:
03/07/2015.

Marinisa Kiyomi Mizoguchi
Secretária de Educação

DELIBERAÇÃO COMED Nº 097, DE 30 DE MARÇO DE 2015

Dispõe sobre a concessão de Atos para Escola Municipal Prefeito Luiz Antonio Alvares Gonçalves e dá outras providências.

O CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições legais, e considerando a Reunião das Câmaras Conjuntas de Educação Infantil, Ensino Fundamental e Legislação e Normas realizada em 30/03/2015, os termos do Parecer CEI/CEF/CLN/COMED n.º 004, de 30/03/2015 e a decisão da Sessão Plenária realizada em 30/03/2015,

DELIBERA:

Art. 1º. Fica concedida para a Escola Municipal Escola Municipal Professor Luiz Antônio Álvares Gonçalves, localizada à Rua Eurides de Mattos Pedroso, nº 1100, Jardim Novo Horizonte, Dourados-MS, o seguinte:

I) A Ratificação da Autorização de Funcionamento para oferecer a Educação Infantil, por 5 (cinco) anos a partir de 2014.

II) A Ratificação da Autorização de Funcionamento para oferecer o Ensino Fundamental, por 5 (cinco) anos a partir de 2014.

Art. 2º. Colocação da tela de proteção nas janelas da cozinha;

Art. 3º. A Abertura de novas turmas deverá ser comunicada à Secretaria Municipal de Educação, que deverá informar este Conselho.

Art. 4º. Qualquer ampliação e/ou construção que venha a ocorrer na estrutura física da referida Unidade Escolar deverá respeitar a Lei de Acessibilidade.

Art. 5º. Que o Departamento de Planejamento e Gestão Escolar da Secretaria de educação – SEMED observe rigorosamente a legislação de ensino, sempre orientando a unidade escolar dentro das normas legais vigentes.

Art. 6º. Esta Deliberação entrará em vigor na data de sua publicação.

Dourados, 30 de março de 2015.

Profª. Deborah Salette Fernandes Cruz
Conselheira – Presidente do COMED

HOMOLOGO EM:
03/07/2015.

Marinisa Kiyomi Mizoguchi
Secretária de Educação

DELIBERAÇÃO COMED Nº 098, DE 30 DE MARÇO DE 2015

Dispõe sobre a concessão de Atos para Escola Municipal Profª Iria Lúcia Wilhem Kozen e dá outras providências.

O CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições legais, e considerando a Reunião das Câmaras Conjuntas de Educação Infantil, Ensino Fundamental e Legislação e Normas realizada em 30/03/2015, os termos do Parecer CEI/CEF/CLN/COMED n.º 003, de 30/03/2015 e a decisão da Sessão Plenária realizada em 30/03/2015,

DELIBERA:

Art. 1º. Fica concedida para a Escola Municipal Profª Iria Lúcia Wilhem Kozen, localizada à Rua Ataíde de Souza Leitão, nº 65, Parque do Lago II, Dourados-MS, o seguinte:

I) A Ratificação da Autorização de Funcionamento para oferecer a Educação Infantil, por 5 (cinco) anos a partir de 2014.

II) A Ratificação da Autorização de Funcionamento para oferecer o Ensino Fundamental, por 5 (cinco) anos a partir de 2014.

Art. 2º. A Abertura de novas turmas deverá ser comunicada à Secretaria Municipal de Educação, que deverá informar este Conselho.

Art. 3º. Qualquer ampliação e/ou construção que venha a ocorrer na estrutura física da referida Unidade Escolar deverá respeitar a Lei de Acessibilidade.

Art. 4º. Que o Departamento de Planejamento e Gestão Escolar da Secretaria de educação – SEMED observe rigorosamente a legislação de ensino, sempre orientando

DEMAIS ATOS/DELIBERAÇÕES - COMED

a unidade escolar dentro das normas legais vigentes.

Art. 5º. Esta Deliberação entrará em vigor na data de sua publicação.

Dourados, 30 de março de 2015.

Profª. Deborah Salette Fernandes Cruz
Conselheira – Presidente do COMED

HOMOLOGO EM:
03/07/2015.

Marinisa Kiyomi Mizoguchi
Secretária de Educação

DELIBERAÇÃO COMED Nº 0100, DE 30 DE MARÇO DE 2015

Dispõe sobre a concessão de Atos para Escola Municipal Frei Eucário Schmitt e dá outras providências.

O CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições legais, e considerando a Reunião das Câmaras Conjuntas de Educação Infantil, Ensino Fundamental e Legislação e Normas realizada em 30/03/2015, os termos do Parecer CEI/CEF/CLN/COMED n.º 006, de 30/03/2015 e a decisão da Sessão Plenária realizada em 30/03/2015,

DELIBERA:

Art. 1º. Fica concedida para a Escola Municipal Escola Municipal Frei Eucário Schmitt, localizada à Rua Antonio Amaro de Matos, nº 5.075 – Jardim dos Estados, nesta cidade Dourados, ao seguinte:

I - Autorização de Funcionamento para oferecer a Educação Infantil por 05 (cinco) anos a partir do ano de 2014;

II – Ratificação da Autorização de Funcionamento do Ensino Fundamental nos anos iniciais por 05 (cinco) anos a partir de 2014;

Art. 2º. A Abertura de novas turmas deverá ser comunicada à Secretaria Municipal de Educação, que deverá informar este Conselho.

Art. 3º. Qualquer ampliação e/ou construção que venha a ocorrer na estrutura física da referida Unidade Escolar deverá respeitar a Lei de Acessibilidade.

Art. 4º. Que o Departamento de Planejamento e Gestão Escolar da Secretaria de educação – SEMED observe rigorosamente a legislação de ensino, sempre orientando a unidade escolar dentro das normas legais vigentes.

Art. 5º. Esta Deliberação entrará em vigor na data de sua publicação.

Dourados, 30 de março de 2015.

Profª. Deborah Salette Fernandes Cruz
Conselheira – Presidente do COMED

HOMOLOGO EM:
03/07/2015.

Marinisa Kiyomi Mizoguchi
Secretária de Educação

DELIBERAÇÃO COMED Nº 0101, DE 30 DE MARÇO DE 2015.

Dispõe sobre a concessão de Atos para o Centro de Educação Infantil Creche Lar André Luiz e dá outras providências.

O CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições legais, e considerando a Reunião das Câmaras Conjuntas de Educação Infantil, Ensino Fundamental e Legislação e Normas realizada em 30/03/2015, os termos do Parecer CEI/CEF/CLN/COMED n.º 009, de 30/03/2015 e a decisão da Sessão Plenária realizada em 30/03/2015,

DELIBERA:

Art. 1º. Fica concedido o Credenciamento da Entidade Mantenedora e a Autorização de Funcionamento para oferecer a Educação Infantil no Centro de Educação Creche Lar André Luiz, localizado à Rua Wlademiro Muller do Amar nº 225 – na Vila Amaral, no Município de Dourados por 05 (cinco) anos a partir de 2015

Art. 2º. Que os banheiros dos funcionários e a das crianças sejam adequados respeitando a Lei de Acessibilidade;

Art. 3º Adequação do quantitativo de crianças para o início do ano letivo de 2016, conforme Deliberação do COMED nº080 de 16/05/2014;

Art. 4º. A Abertura de novas turmas deverá ser comunicada à Secretaria Municipal de Educação, que deverá informar este Conselho.

Art. 5º. Qualquer ampliação e/ou construção que venha a ocorrer na estrutura física da referida Unidade Escolar deverá respeitar a Lei de Acessibilidade.

Art. 6º. Que o Departamento de Planejamento e Gestão Escolar da Secretaria de educação – SEMED observe rigorosamente a legislação de ensino, sempre orientando a unidade escolar dentro das normas legais vigentes.

Art. 7º. Esta Deliberação entrará em vigor na data de sua publicação.

Dourados, 30 de março de 2015.

Profª. Deborah Salette Fernandes Cruz
Conselheira – Presidente do COMED

HOMOLOGO EM:
03/07/2015.

Marinisa Kiyomi Mizoguchi
Secretária de Educação

DELIBERAÇÃO COMED Nº 0102, DE 30 DE MARÇO DE 2015

Dispõe sobre a concessão de Atos para o Centro de Educação Infantil Lar Santa Rita e dá outras providências.

O CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições legais, e considerando a Reunião das Câmaras Conjuntas de Educação Infantil, Ensino Fundamental e Legislação e Normas realizada em 30/03/2015, os termos do Parecer CEI/CEF/CLN/COMED n.º 010, de 30/03/2015 e a decisão da Sessão Plenária realizada em 30/03/2015,

DELIBERA:

Art. 1º. Fica Autorizado o Funcionamento do Centro de Educação Infantil Lar de Crianças Santa Rita, localizado à Rua Toshinobu Katayama, nº 1033 – Centro, nesta cidade de Dourados, para oferecer a Educação Infantil por 5 (cinco) anos, a partir do ano de 2014.

Art. 2º. Que os banheiros sejam adequados conforme a Lei de Acessibilidade.

Art. 3º Abertura de novas turmas deverá ser comunicada à Secretaria Municipal de Educação, que deverá informar este Conselho.

Art. 4º. Qualquer ampliação e/ou construção que venha a ocorrer na estrutura física da referida Unidade Escolar deverá respeitar a Lei de Acessibilidade.

Art. 5º. Que o Departamento de Planejamento e Gestão Escolar da Secretaria de educação – SEMED observe rigorosamente a legislação de ensino, sempre orientando a Unidade Escolar dentro das normas legais vigentes.

Art. 6º. Esta Deliberação entrará em vigor na data de sua publicação.

Dourados, 30 de março de 2015.

Profª. Deborah Salette Fernandes Cruz
Conselheira – Presidente do COMED

HOMOLOGO EM:
03/07/2015.

Marinisa Kiyomi Mizoguchi
Secretária de Educação

DELIBERAÇÃO COMED Nº 0103, DE 13 DE ABRIL DE 2015.

Dispõe sobre a concessão de Atos para a Escola Wings Educação Infantil e dá outras providências.

O CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições legais, e considerando a Reunião das Câmaras Conjuntas de Educação Infantil, Ensino Fundamental e Legislação e Normas realizada em 13/04/2015, os termos do Parecer CEI/CEF/CLN/COMED n.º 011, de 13/04/2015 e a decisão da Sessão Plenária realizada em 13/04/2015,

DELIBERA:

Art. 1º. Fica concedido o Credenciamento da Entidade Mantenedora e a Autorização de Funcionamento para oferecer a Educação Infantil para a Escola Wings Educação Infantil, localizada à Rua Benjamin Constant nº 1425 – Bairro Jardim América, no Município de Dourados por 05 (cinco) anos a partir de 2015.

Art. 2º. Que os banheiros sejam adequados conforme a Lei de Acessibilidade.

Art. 3º Abertura de novas turmas deverá ser comunicada à Secretaria Municipal de Educação, que deverá informar este Conselho.

Art. 4º. Qualquer ampliação e/ou construção que venha a ocorrer na estrutura física da referida Unidade Escolar deverá respeitar a Lei de Acessibilidade.

Art. 5º. Que o Departamento de Planejamento e Gestão Escolar da Secretaria de educação – SEMED observe rigorosamente a legislação de ensino, sempre orientando a Unidade Escolar dentro das normas legais.

Art. 6º. Esta Deliberação entrará em vigor na data de sua publicação.

Dourados, 13 de abril de 2015.

Profª. Deborah Salette Fernandes Cruz
Conselheira – Presidente do COMED

HOMOLOGO EM:
03/07/2015.

Marinisa Kiyomi Mizoguchi
Secretária de Educação

DEMAIS ATOS/EDITAL DE AUTO DE INFRAÇÃO - CCZ**EDITAL DE AUTO DE INFRAÇÃO
Nº16/2015**

O Centro de Controle de Zoonoses – CCZ - autua os proprietários, abaixo descritos, após não cumprimento de notificações emitidas, a efetuarem defesa escrita que deverá ser enviada ao CENTRO DE CONTROLE DE ZOONOSES – CCZ, sito a Rua Vicente Lara s/nº, bairro Jardim Guaicurus, CEP 79837-066. As notificações exigiam a regularidade do imóvel, conforme a Lei n.2850 de 10 de abril de 2006, denominada a Lei da Dengue e Febre Amarela, com dispositivos alterados na Lei n.3400 de 22 de julho de 2010, efetuando as seguintes melhorias: conservar a limpeza dos quintais, calçadas e terrenos baldios, com o recolhimento de lixo e de pneus, latas, plásticos e outros objetos ou recipientes e inservíveis em geral que possam acumular água, bem como a remoção de todo o mato.

É dado um prazo de 15 dias para a emissão da defesa acima requisitada, caso não seja efetuado tal procedimento serão aplicadas as multas cabíveis, conforme determina a lei.

Os proprietários foram autuados por correspondências enviadas pelos Correios por SEDEX ou com AR – aviso de recebimento e as mesmas foram devolvidas ao remetente, pelos mesmos estarem: ausentes, desconhecidos, inexistência do numero indicado, fora do perímetro urbano, mudaram-se e etc.

Segue abaixo os respectivos proprietários autuados:

AUTO DE INFRAÇÃO	BIC	NOME	ENDEREÇO
990/2015	48221	Ricardo Muller e Outros- Proc. Pauli – Industria Metalúrgica e Com. LTDA	Hayel Bom Faker nº270,Q – 25,L – L – 00/VI. Vista Alegre
1627/2015	27314	Rodrigo Otano Simões	Dom João VI, Q – 157,L – 14/VI. Industrial
1671/2015	72913	Reginaldo Costa	Alameda 02, Q – 16,L – 02/Jd. Mônaco
1672/2015	72912	Reginaldo Costa	Alameda 02, Q – 16,L – 01/Jd. Mônaco

Dourados, 07 de Julho de 2015

Recabido/Cencor

Rosana Alexandre da Silva
Bióloga CRBio-135751/01-D

DEMAIS ATOS/EDITAL DE NOTIFICAÇÃO - CCZ**EDITAL DE NOTIFICAÇÕES
Nº16/2015**

O Centro de Controle de Zoonoses, CCZ, notifica os proprietários, conforme ordens de serviço emitidas, a efetuarem as seguintes melhorias: conservar a limpeza dos quintais, calçadas e terrenos baldios, com o recolhimento de lixo e de pneus, latas, plásticos e outros objetos ou recipientes e inservíveis em geral que possam acumular água, bem como a remoção de todo o mato.

Conforme a Lei n.2850 de 10 de abril de 2006, denominada a Lei da Dengue e Febre Amarela, com dispositivos alterados na Lei n.3400 de 22 de julho de 2010, é dado um prazo de 10 dias para a realização das melhorias acima citadas, caso não seja efetuado tal procedimento serão aplicadas, autuação e multa, conforme determina a lei.

Os proprietários foram notificados por correspondências enviadas pelos Correios por SEDEX ou com AR – aviso de recebimento e as mesmas foram devolvidas ao remetente, pelos mesmos estarem: ausentes, desconhecidos, inexistência do numero indicado, fora do perímetro urbano, mudaram-se e etc.

Segue abaixo os respectivos proprietários notificados:

NOTIFICAÇÃO	BIC	NOME	ENDEREÇO
3570/2015	32546	Ademir da Guia de Souza e Outros	Guarda Mun. Helena Recalde nº405,Q – 38,L – 16/Pq. Dos
3571/2015	32653	Ângela Waki	Idelfonso Pedroso, Q – 44, L – 04/Pq. Dos Jequitibás
3573/2015	32651	Ângela Waki	Idelfonso Pedroso, Q – 44, L – 02/Pq. Dos Jequitibás
3574/2015	32650	Ângela Waki	Idelfonso Pedroso, Q – 44, L – 01/Pq. Dos Jequitibás
3572/2015	32652	Ângela Waki	Idelfonso Pedroso, Q – 44, L – 03/Pq. Dos Jequitibás
2766/2015	29360	Aparecida Sonia Costa Claus	Docelina Mattos Freitas, Q – 02, L – 02/Pq. Dos Coqueiros
2970/2015	2205	Ângelo Montanher Neto	Rua 11, Q – 39, L – 12/Altos do Indaiá
3203/2015	18243	Álvaro Eugenio Dalla Martha Domingos e Outros	Rua C-01, Q – 03, L – 08/Jd. Carisma
3192/2015	18360	Augusto Wilson Dalla Martha Domingos e Outro	Rua C-02, Q – 06, L – 26/Jd. Carisma
3196/2015	27061	Antonio Carlos da Costa	Fernando Ferrari, Q – 152, L – 20/VI. Industrial
3191/2015	18387	Augusto Wilson Dalla Martha Domingos e Outro	Rua C-04, Q – 12, L – 17/Jd. Carisma
3190/2015	21628	Associação Bíblica e Cultura de Dourados PAR.	Roma, Q – 13, L – 05/VI. Almeida
3153/2015	60279	Camezinda da Silva	Aquidauana nº28, Q – R, L – 13/VI. Sulmat
3577/2015	32528	Cristiane da Silva Prado	Idelfonso Pedroso nº350, Q – 37, L – 01/Pq. Dos Jequitibás
2988/2015	2284	Claudio Martins Dal Castilio	Massaiti Iguma, Q – 53, L – 05/Altos do Indaiá

2765/2015	41974	Companhia de Desenv. Hab. e Urbano de MS - CDHU	Seiti Fukui nº2140, Q – 43, L – 10/Conjunto Hab. Izidro Pedroso
2987/2015	2285	Claudio Martins Dal Castilio	Massaiti Iguma, Q – 53, L – 06/Altos do Indaiá
3223/2015	11701	Chigusa Nasu e Outros	Aquidauana nº1215, Q – 06, L – 11/VI. Planalto
3650/2015	31285	Elizangela Soley Seco	Andreilino Pinto Gonçalves, Q – 24, L – 10/Pq. Dos Jequitibás
3320/2015	77550	Edson Augusto Rios	Getulio de Almeida Coimasa, Q – 18, L – 04/Pq. Residencial Pelicano
3319/2015	77551	Edson Augusto Rios	Getulio de Almeida Coimasa, Q – 18, L – 05/Residencial Pelicano
3380/2015	16708	Eneias Ribeiro Marengo	Francisco Luiz Viegas nº1453, Q – 10, L – 18/Jd. Guanabara
3379/2015	21023	Elza Zeferina Recalde	Montese nº573, Q – 16, L – 01/Jd. Londrina
2925/2015	2821	Euller Carolino Gomes	Rua 30, Q – 46, L – 11/Altos do Indaiá
2852/2015	10693	Eltecelino Rubert Stefanello	Dos Caiuas, Q – 90, L – 01/Centro
2851/2015	29749	Ezequias Ferreira dos Santos	Josué Garcia Pires nº514, Q – 92, L – 22/Jd. Água Boa
2156/2015	24250	Edvaldo Aparecido Leite	Cafelândia nº2270, Q – 06, L – 01/Jd. Manoel Rasselen
3443/2015	3034	Empreendimentos Imobiliários Altos do Indaiá	Rua 29, Q – 20, L – 16/Altos do Indaiá
3043/2015	50764	Empreendimentos Imobiliários Recanto das Gaiotas	Eloisa de Matos Stein, Q – 17, L – 13/Jd. Novo Horizonte
3489/2015	32586	Empreendimentos Imobiliários Coqueiros LTDA	Gertrudes Nunes Baptista, Q – 41, L – 15/Pq. Dos Jequitibás
3497/2015	32629	Empreendimentos Imobiliários Coqueiros LTDA	Idelfonso Pedroso, Q – 43, L – 14/Pq. Dos Jequitibás
3442/2015	68965	Empreendimentos Imobiliários Coqueiros LTDA	Ramão Escobar, Q – 54, L – 19/Pq. Dos Jequitibás
3504/2015	32501	Empreendimentos Imobiliários Coqueiros LTDA	Idelfonso Pedroso, Q – 36, L – 13/Pq. Dos Jequitibás
3550/2015	31417	Empreendimentos Imobiliários Coqueiros LTDA	João Mendonça Leite, Q – 30, L – 21/Pq. Dos Jequitibás
3564/2015	32552	Francisco Ferreira Lima	Guarda Mun. Solandia Francisca Miguel, Q – 38, L – 02/Pq. Dos Jequitibás
3176/2015	89172	Flavio Luiz de Souza e Outros	Alameda das Palmeiras nº610, Q – 17, L – 14/Resid. Santa Fé
3565/2015	31388	Francismar Machado de Souza e Outros	Guarda Mun. Solandia Francisca Miguel, Q – 29, L – 16/Pq. Dos Jequitibás
3161/2015	15921	Getulio Mitsuo Iwahata	Hayel Bon Faker, Q – 09, L – 14/Alto das Paineiras
3401/2015	2180	Gilberto Tiburcio Ferraz	Eikichi Sakaguti, Q – 73, L – 11/Altos do Indaiá
2860/2015	9049	Hiromitsu Oshiro	Martin Eberhart, Q – 65, L – 28/Pq. Alvorada
2922/2015	2809	Hiroyuki Kato	Sadamu Minohara, Q – 46, L – 08/Altos do Indaiá
3559/2015	47062	Humberto Neves	Adroaldo Pizzini, Q – 05, L – 03/Pq. Dos Jequitibás
3404/2015	12653	Homero Alves dos Reis e Outros	Natal, Q – 22, L – 21/Jd. Ouro Verde
3292/2015	93139	Instituto de Previdência Social dos Servidores	Da Liberdade nº195, Q – 06, L – A1/Jd. Santo André
3139/2015	10797	Igreja Presbiteriana Ebenezer	Florianio Brum, Q – 08, L – 13/VI. Maxwell

DEMAIS ATOS/EDITAL DE NOTIFICAÇÃO - CCZ

2839/2015	24849	Jose Ferreira do Nascimento	Iracema nº1340,Q - 14,L - 17/Vl. Vista Alegre
2844/2015	77426	Judith Soares Ribeiro	Antonio Candido de Carvalho,Q - 09,L - 04/Jd. Guarujá
3245/2015	8997	Jose Lima	Eduardo Cersozimo de Souza,Q - 58,L - 23/Pq. Alvorada
3243/2015	27313	Jose Lima e Outros	Dom João VI,Q - 157,L - 12/Vl. Industrial
3242/2015	20825	Jose Lacerda Neto e Outros	Palmeiras nº76,Q - 05,L - 09/Jd. Rigotti
3239/2015	66423	Jose Edvaldo Gonzales Lopes	Indaiá,Q - 01,L - 20/Jd. Das Primaveras
3240/2015	66808	Jose Odayr Zangirolani e Outros	Rua A2/Q - 12,L - 08/Jd. Das Primaveras
3237/2015	66609	Julio Cezar Justino	Joaquim Luiz Azambuja,Q - 06,L - 04/Jd. Das Primaveras
3234/2015	42356	Joaquim Sanabria	Ciro Melo nº5615,Q - 07,L - 22/Jd. Guanabara
3229/2015	66643	Jonathan Costa Dantas	Paulo Alberto Thiry,Q - 07,L - 18/Jd. Das Primaveras
3228/2015	66644	Jonathan Costa Dantas	Paulo Alberto Thiry,Q - 07,L - 17/Jd. Das Primaveras
3227/2015	66432	Jonathan Costa Dantas	Paulo Alberto Thiry,Q - 02,L - 15/Jd. Das Primaveras
3155/2015	58851	Juarez Ferreira dos Santos	Montese nº910,Q - 03,L - 16/Jd. Londrina
3157/2015	66580	Jose Aparecido Pereira dos Santos	Paulo Alberto Thiry,Q - 06,L - 15/Jd. Das Primaveras
3599/2015	31440	Jean Anderson de Souza e Outros	João Mendonça Leite,Q - 31,L - 20/Pq. Dos Jequitibás
3055/2015	4909	Jose Vieira da Silva	Antonio de Carvalho,Q - F,L - 01/Chácara Parte 53
3408/2015	33849	Jozimar Alves de Alencar	Silvano Espindola,Q - 54,L - 09/Pq. dos Jequitibás
3448/2015	11781	João Dias	João Vicente Ferreira nº3142,Q - 06/Vl. Mello
2978/2015	2087	Lais Cavalcante de Oliveira Nogueira	Massaiti Iguma,Q - 63,L - 07/Altos do Indaiá
3184/2015	20290	Leni da Silva Barros	Monte Castelo nº62,Q - 04,L - 15/Jd. Independência
3578/2015	31424	Lidiani Lucia Horbach	Guarda Mun. Solandia Miguel,Q - 30,L - 04A/Pq. Dos Jequitibás
3352/2015	38234	Maria da Silva Barros	Jose Candido de Melo,Q - 04,L - 14/Pq. Das Nações I
3351/2015	38232	Maria da Silva Barros	Jose Candido de Melo,Q - 04,L - 12/Pq. Das Nações I
2950/2015	2790	Marisa Daniele Scherer	Sadamu Minohara,Q - 45,L - 06/Altos do Indaiá
3350/2015	38230	Maria da Silva Barros	Jose Candido de Melo,Q - 04,L - 10/Pq. Das Nações I
3388/2015	25308	Marílio Brandão Nóbrega	Iracema,Q - 18,L - 16/BNH IV Plano
3392/2015	21280	Matilde de Brito Gobi e Outros	Palmeiras,Q - 06,L - 03/Jd. Cel. Francisco Alves
3389/2015	948	Miguel Ângelo Lescano Vilhalba	Oliveira Marques nº190,Q - 02,L - H/Jd. Clímax
3342/2015	66383	Maria de Fátima Pereira	Paulo Alberto Thiry,Q - 16,L - 04/Jd. Das Primaveras
3341/2015	66384	Maria de Fátima Pereira	Paulo Alberto Thiry,Q - 16,L - 03/Jd. Das Primaveras
3353/2015	38235	Maria da Silva Barros	Paraguai,Q - 04,L - 15/Pq. Das Nações I
3332/2015	92935	Markaz Construtora LTDA EPP	Rua B nº6080,Q - 00,L - C1/Pq. Residencial Pelicano

3289/2015	25475	Monza Tratores LTDA	Marginal,Q - 01,L - 01/Chácaras Trevo
3628/2015	30624	Monica de Souza dos Santos	Andreilino Pinto Gonçalves nº4225,Q - 20,L - 15/Pq. Dos Jequitibás
3400/2015	20382	Maria Eloi de Melo	Clovis Beilaqua,Q - 03,L - 22/Jd. Maringá
2777/2015	9600	Natalia Eufásio de Oliveira	Aristidia Nunes França,Q - 22,L - 15/Pq. Monte Carlo
3267/2015	6826	Nivaldo de Araujo Petelin	MC-03,Q - 04,L - 07/Pq. Monte Carlo
3177/2015	77548	Odair Jose Araujo Rosa	Luiz Fernandes Marques,Q - 18,L - 02/Jd. Pelicano
3052/2015	21713	Osório Romeiro Garcia	João Pessoa,Q - 05,L - 11/Jd. Londrina
3179/2015	20790	Otilia Cabral dos Santos	Palmeiras nº77,Q - 03,L - 23/Jd. Rigotti
3285/2015	25479	Paulo Pereira de Carvalho	Marginal,Q - 01,L - 05/Chácaras Trevo
3281/2015	25482	Paulo Pereira de Carvalho	Rua 02,Q - 01,L - 09/Chácaras Trevo
3054/2015	49226	Pedro Milfont Sobreira	Paissandu nº815,Q - 09,L - 14/Jd. Cuiaba
3290/2015	25483	Paulo Pereira de Carvalho	Rua 02,Q - 01,L - 10/Chácaras Trevo
3286/2015	25478	Paulo Pereira de Carvalho/Proc. Roberto Jun Fujimok	Marginal,Q - 01,L - 04/Chácaras Trevo
3171/2015	66617	Ronaldo Aparecido de Souza	Bernardina Valeria Bittencourt,Q - 07,L - 10/Jd. Das Primaveras
3274/2015	2237	Rubens Chiara e Outros	Seiji Nishioka,Q - 40,L - 21/Altos do Indaiá
2740/2015	7024	Sandra Maria Radaele Betoni	Elpidio Junior Rubin Stefanelo,Q - 13,L - 10/Pq. Monte Carlo
3204/2015	66807	Sinoe Maria de Assis	Rua A2,Q - 12,L - 09/Jd. Das Primaveras
3205/2015	66806	Sinoe Maria de Assis	Rua A2,Q - 12,L - 09/Jd. Das Primaveras
3211/2015	66821	Silva do Carmo Tosta Shinoda	Rua A3,Q - 12,L - 24/Jd. Das Primaveras
3207/2015	41240	S Rocha & CIA LTDA - ME	Alice Light Martins nº490,Q - 05,L - 12/Jd. Jôquei Clube
3639/2015	31339	Sebastião Dias Oliveira	Domingo Lopes da Cunha,Q - 26,L - 19/Pq. Dos Jequitibás
3637/2015	30621	Sidinei Melo Fava	Andreilino Pinto Gonçalves nº4255,Q - 20,L - 12/Pq. Dos Jequitibás
3609/2015	13229	Sahdia Junko Motomiya	Ponta Porã nº3495/Q - 23A,L - 08/Vl. Planalto
3638/2015	31340	Sebastião Dias Oliveira	Domingo Lopes da Cunha,Q - 26,L - 20/Pq. Dos Jequitibás
2369/2015	29472	Sebastião de Alencar Serafim	Silvia de Araujo Moraes,Q - 07,L - 04/Pq. Nova Dourados
3590/2015	32520	Saleh Abdalla Junior	Guarda Mun. Solandia Francisca Miguel,Q - 37,L - 14/Pq. Dos Jequitibás
3183/2015	18424	Thais dos Santos Muniz	Augusta de Mattos Soares,Q - 10,L - 14/Jd. Carisma
3247/2015	9093	União Sul Adventista da Ig. Adv. Do 07 Dia	Martin Eberhart,Q - 66,L - 36/Pq. Alvorada
3079/2015	73237	Valdinei Carbonari	Inglaterra,Q - 03,L - 17/Jd. Mônaco
3077/2015	73193	Valdinei Carbonari	Alameda 05,Q - 03,L - 19/Jd. Mônaco
3076/2015	73242	Valdinei Carbonari	Alameda 05,Q - 03,L - 20/Jd. Mônaco
3078/2015	73240	Valdinei Carbonari	Inglaterra,Q - 03,L - 18/Jd. Mônaco

Dourados, 03 de Julho de 2015
Recebido/CencorRosana Alexandre da Silva
Bióloga CRBio-135751/01-D

OUTROS ATOS

EDITAIS - LICENÇA AMBIENTAL

AMAURI VARGAS DE OLIVEIRA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FERRAGENS-ME, torna Público que requereu do Instituto de Meio Ambiente de Dourados - MS - IMAM, a Licença Ambiental Simplificada - LS, para atividade de Comércio Atacadista e Varejista de Ferragens, localizado na Rua Coronel Ponciano, 2635, Vila Industrial, no município de Dourados (MS). Não foi determinado Estudo de Impacto Ambiental.

CORPAL EMPREENDIMENTOS IMOBILIÁRIOS LTDA, torna Público que requereu do Instituto de Meio Ambiente de Dourados - IMAM de Dourados (MS), a Licença Ambiental Prévia - LP, para atividade de LOTEAMENTO E PAVIMENTAÇÃO ASFÁLTICA, localizada na Área Remanescente 01 do Lote Porto Madero, Matrícula 114.193, no município de Dourados (MS). Não foi determinado Estudo de Impacto Ambiental.

Florisia Lima, torna Público que recebeu do Instituto de Meio Ambiente de Dourados - IMAM de Dourados (MS), a Licença Ambiental Simplificada - LS, para atividade de restaurante e similares, localizada na Rua Manoel Rasselen ,985,Jardim Rasselen no município de Dourados (MS).

JS FERRAGENS E FERRAMENTAS LTDA-ME, torna público que requereu do Instituto do Meio Ambiente de Dourados - IMAM, a Renovação de Licença Ambiental Simplificada (LS), para a atividade de comércio varejista de ferragens e ferramentas, localizada na Rua Weimar Gonçalves Torres, 3363, Vila Maxwell, Dourados-MS. Não foi determinado Estudo de Impacto Ambiental.

SILMARA APARECIDA SGARAVATTI BORGES-ME, torna Público que requereu do Instituto de Meio Ambiente de Dourados - MS - IMAM, a Licença Ambiental Simplificada - LS, para atividade de Padaria e confeitaria com predominância em revenda, localizado na Rua Monte Alegre, 585 Jardim Tropical, no município de Dourados (MS). Não foi determinado Estudo de Impacto Ambiental.

SOLAR ARQUITETURA E ENGENHARIA LTDA, torna Público que requereu do Instituto de Meio Ambiente de Dourados (MS) - IMAM, a Licença Autorização Ambiental - AA, para a atividade de Escritório Administrativo, localizado na Rua Monte Alegre, nº 20115 - Vila Progresso, no município de Dourados (MS). Não foi determinado Estudo de Impacto Ambiental.