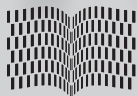


Adriana Aparecida Paz
Aline Correa de Souza
Eliane Goldberg Rabin
Emiliane Nogueira de Souza
Karin Viegas
Marcio Wagner Camatta
Simone Travi Canabarro

Emiliane Nogueira de Souza (org.)

Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem



Editora da
UFCSPA

Adriana Aparecida Paz
Aline Correa de Souza
Eliane Goldberg Rabin
Emiliane Nogueira de Souza
Karin Viegas
Marcio Wagner Camatta
Simone Travi Canabarro

Emiliane Nogueira de Souza (org.)

Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem

Porto Alegre
Editora da UFCSPA
2016

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Reitora

Miriam da Costa Oliveira

Vice-reitor

Luis Henrique Telles da Rosa

Editora da UFCSPA

Diretora

Ana Carolina da Costa e Fonseca

Vice-diretor

Éder da Silveira

Conselho editorial

Alberto Antônio Rasia Filho, Alice de Medeiros Zelmanowicz, Caroline Tozzi Reppold, Luciana Boose Pinheiro, Márcia Schmitt Veronezi Cappellari, Rafael Andrade Caceres, Rodrigo de Oliveira Lemos, Thalisson Silveira da Silva

Revisão

Isabela Beraldi Esperandio, Olívia Barros de Freitas, Rodrigo de Oliveira Lemos

Projeto gráfico

André Selbach Nasi (Ascom/UFCSPA)

Diagramação

André Selbach Nasi, Bruna Cavalcanti Ferrari (Ascom/UFCSPA)

É permitida a reprodução sem fins lucrativos por meio digital desta obra, parcial ou total, desde que citada a fonte ou sítio da internet onde pode ser encontrada (www.ufcspa.edu.br).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M294 Manual de procedimentos básicos de Enfermagem [recurso eletrônico] / Adriana Aparecida Paz ... [et al.] ; organizado por Emiliane Nogueira de Souza. – Porto Alegre : Ed. da UFCSPA, 2016.

Modo de acesso: <http://www.ufcspa.edu.br/index.php/editora/obras-publicadas>
ISBN 978-85-92652-01-2

1. Enfermagem. 2. Enfermagem primária. 3. Exposição a agentes biológicos. I. Paz, Adriana Aparecida. II. Souza, Aline Correa de. III. Rabin, Eliane Goldberg. IV. Souza, Emiliane Nogueira de. V. Viegas, Karin. VI. Camatta, Marcio Wagner. VII. Canabarro, Simone Travi. VIII. Título.

CDD 610.73
CDU 616-083

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a parceria e a disponibilidade daqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste manual: aos acadêmicos de Enfermagem envolvidos no Projeto de Iniciação à Docência da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, pela busca ativa por conteúdos relacionados aos procedimentos básicos de Enfermagem; aos professores do Departamento de Enfermagem; à Coordenação de Curso de Enfermagem; e à Editora da UFCSPA, pelo apoio na publicação desta obra.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
1 CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À BIOSSEGURANÇA	10
1.1 Higienização das mãos	10
2 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À HIGIENIZAÇÃO E AO CONFORTO	13
2.1 Higienização corporal (banho de leito)	13
2.2 Higienização da cavidade oral	16
2.3 Higienização do couro cabeludo	18
3 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AOS SINAIS VITAIS	21
3.1 Temperatura corpórea superficial	22

3.2	Frequência cardíaca (pulso)	24
3.3	Pressão arterial.	25
3.4	Frequência respiratória.	28

**4 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS
À ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS 30**

4.1	Vias enterais	31
4.1.1	Administração de medicamento por via oral (VO)	31
4.1.2	Administração de medicamento por via sublingual	32
4.1.3	Administração de medicamento por via retal	34
4.1.4	Administração de medicamento por via vaginal . .	35
4.2	Vias parenterais	37
4.2.1	Administração de medicamento por via intradérmica e subcutânea	37
4.2.2	Administração de medicamento por via intramuscular (IM).	39
4.2.3	Administração de medicamento por via intravenosa (IV)	42
4.3	Vias tópicas.	45
4.3.1	Administração de medicamento por via dermatológica	45
4.3.2	Administração de medicamento por via oftálmica	46
4.3.3	Administração de medicamento por via otológica	48
4.3.4	Administração de medicamento por via nasal . . .	50

5	PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS A ACESSO VENOSO E INFUSÕES	52
5.1	Punção venosa periférica	52
5.2	Instalação e manutenção de infusão intravenosa	55
6	PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À OXIGENOTERAPIA E AOS CUIDADOS COM AS VIAS AÉREAS	58
6.1	Instalação de cateter nasal	58
6.2	Instalação de cânula nasal ou de óculos nasal	60
6.3	Instalação de máscara de Venturi	61
6.4	Aspiração de cavidade nasal e oral	63
6.5	Aspiração de tubo orotraqueal	64
6.6	Aspiração de cânula de traqueostomia	67
7	PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À ALIMENTAÇÃO	71
7.1	Sondagem nasogástrica	71
7.2	Sondagem nasoenteral	74
7.3	Lavagem gástrica	76
8	PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À ELIMINAÇÃO	79
8.1	Sondagem vesical de alívio	79
8.2	Sondagem vesical de demora	82
8.3	Lavagem intestinal	84
8.3.1	Troca de bolsa coletora	87

**9 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS
A CURATIVOS 90**

- 9.1 Curativo em ferida aberta 90
- 9.2 Curativo em ferida operatória. 93

**10 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS
À DRENAGEM TORÁCICA. 96**

- 10.1 Troca de frasco de drenagem torácica 96
- 10.2 Auxílio na retirada de dreno torácico 99

APRESENTAÇÃO

É com muita alegria que tornamos público este material, o qual representa uma construção coletiva de professores e bolsistas envolvidos em um Projeto de Iniciação à Docência, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, iniciado em 2011. A necessidade de elaboração deste manual surgiu da demanda de alunos ingressantes no curso de graduação em ter acesso a um material embasado na literatura disponível que servisse de apoio às aulas teórico-práticas sobre as técnicas e os procedimentos básicos de Enfermagem. Assim, o *Manual de procedimentos básicos de Enfermagem* tem por objetivo apresentar os cuidados de Enfermagem necessários à realização de procedimentos na área, mas não esgota as possibilidades e especificidades relacionadas aos diferentes setores e serviços em que a Enfermagem está inserida. Estamos convictos da sua utilidade para a vida acadêmica dos nossos alunos e também para os profissionais que nele forem buscar algum tipo de auxílio ou conhecimento.

Porto Alegre, dezembro de 2016.

Os autores

1 CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À BIOSSEGURANÇA

A adoção de medidas de biossegurança é fundamental para garantir a qualidade do atendimento em saúde e a proteção tanto da equipe quanto dos pacientes. A biossegurança consiste em um conjunto de ações que tem por finalidade prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana. O principal cuidado de Enfermagem relacionado à biossegurança é a higiene das mãos.

1.1 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

INDICAÇÃO:

proporcionar a correta higienização a fim de diminuir e até de cessar a transmissão, entre profissionais e pacientes, de micro-organismos presentes nas mãos.

MATERIAIS:

- produtos para as mãos sem enxágue à base de álcool contendo emoliente (ex.: álcool gel);
- pia de fácil acesso com água corrente;
- sabão em dispensador antimicrobiano;
- papel toalha ou secador de mãos.

PROCEDIMENTO:

- cobrir quaisquer lesões de pele antes de proceder à higienização das mãos;
- afastar a manga longa do uniforme acima do pulso;
- não usar anéis, pulseiras ou outros adornos.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM GEL ANTISSEPTICO:

- aplicar uma quantidade suficiente do produto na palma de uma mão;
- friccionar as mãos juntas cobrindo toda a superfície das mãos e dos dedos com antisséptico;
- friccionar as mãos juntas por alguns segundos até que o álcool esteja seco;
- aguardar que as mãos sequem antes de calçar as luvas.

LAVAGEM DE MÃOS USANDO SABÃO ANTISSEPTICO:

- ficar diante da pia, mantendo as mãos e o uniforme longe da superfície da pia (se as mãos tocarem a pia durante a lavagem, repetir);
- acionar a água, acionando a torneira ou pressionando os pedais com o pé para regular o fluxo e a temperatura;
- evitar espirrar água no uniforme;
- regular o fluxo de água até que a temperatura esteja morna;
- colocar as mãos e os punhos completamente sob a água corrente;

- manter mãos e antebraços mais baixos do que os cotovelos durante a lavagem;
- aplicar de 3 a 5 ml de sabão antisséptico e friccionar as mãos juntas vigorosamente, ensaboando-as completamente;
- lavar as mãos usando abundância de espuma e friccionar por pelo menos 15 segundos;
- entrelaçar os dedos e esfregar as palmas e o dorso das mãos com movimentos circulares por, pelo menos, 5 vezes em cada mão;
- manter as pontas dos dedos para baixo para facilitar a remoção dos micro-organismos;
- limpar as áreas sob a ponta dos dedos, as quais estão frequentemente sujas, com a ponta dos dedos da outra mão;
- certificar-se de limpar sob as unhas, em torno das articulações dos dedos e nas laterais dos dedos e das mãos;
- enxaguar as mãos e os punhos completamente, mantendo as mãos para baixo e os cotovelos para cima;
- secar as mãos, dos dedos aos punhos e antebraço completamente com papel toalha, toalha de uso único ou secador de jato de ar;
- desligar a água com os pedais de pé ou de joelho; para desligar a torneira manual, use papel toalha seco e limpo, sem tocar o registro da torneira com as mãos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

- CARMAGNANI, M. I. S. et al. *Procedimentos de Enfermagem: guia prático*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- LYNN, P. *Manual de habilidades de Enfermagem clínica de Taylor*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. *Fundamentos de Enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

2 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À HIGIENIZAÇÃO E AO CONFORTO

Uma internação hospitalar altera profundamente a vida de um indivíduo. Para tentar diminuir o desconforto, é importante que a equipe de Enfermagem esteja preparada para realizar os cuidados de higiene e conforto, propiciando, desta forma, a humanização do atendimento.

2.1 HIGIENIZAÇÃO CORPORAL (BANHO DE LEITO)

INDICAÇÃO:

procedimento realizado no paciente acamado impossibilitado de realizar a sua higiene corporal sozinho, proporcionando o conforto e a manutenção da integridade cutânea.

MATERIAIS:

- água morna;
- álcool 70%;
- 2 bacias;

- cobertor;
- colcha;
- compressas ou luvas de banho;
- desodorante de uso individual do paciente;
- fronha;
- *hamper*;
- jarra;
- lençóis;
- hidratante para a pele (loção emoliente/hidratante ou creme barreira);
- material para higiene oral;
- roupa de uso pessoal;
- sabonete de uso individual do paciente ou sabão líquido;
- toalha.

PROCEDIMENTO:

- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- fechar janelas e portas;
- afrouxar as roupas de cama;
- higienizar as mãos e preparar o material, dispondo-o na ordem que será usado;
- colocar água morna na jarra de banho;
- promover a privacidade, fechando cortinas ou providenciando biombos;
- erguer a cabeceira da cama para realização da higiene oral pelo paciente, se possível, ou pela enfermagem, conforme item 2.2;
- baixar a cabeceira da cama e retirar o excesso de colchas, cobertores e travesseiros;

- calçar as luvas de procedimento;
- observar a integridade da pele no decorrer do procedimento;
- lavar os olhos, iniciando pelo canto interno, usando partes distintas da compressa para cada olho;
- lavar o rosto com água sem sabão, mas as orelhas e a parte anterior do pescoço com sabão, retirando-o logo em seguida, secando com a toalha;
- retirar as vestes do paciente, protegendo-o com um lençol ou uma toalha;
- lavar as mãos do paciente, mergulhando-as na bacia com água e secando-as em seguida;
- cobrir uma metade longitudinal do corpo do paciente com um lençol ou toalha, lavar a parte exposta com compressa umedecida com água morna e sabão;
- retirar o sabão com uma compressa úmida e sem sabão, e secar com a toalha;
- cobrir a metade do corpo que já foi lavada, repetir o procedimento na metade que estava coberta;
- aproximar a bacia de água dos pés do paciente, lavar os pés com sabão, mergulhando-os na bacia e retirando-os em seguida, e enxugar com a toalha;
- massagear os membros inferiores com creme hidratante;
- virar o paciente em decúbito lateral e colocar a toalha sob as costas;
- lavar e enxugar a parte visível das costas; em seguida, realizar massagem de conforto com creme hidratante (quando apropriado);
- retirar metade do lençol sujo e colocar o lençol limpo;
- virar o paciente para o outro lado, lavar a outra metade das costas e realizar massagem de conforto (quando apropriado);
- retirar o lençol sujo e esticar o limpo;

- deitar o paciente em decúbito dorsal, lavar a bacia utilizada e trocar a luva de banho e a compressa para iniciar a higienização da região genital;
- colocar a toalha embaixo da região glútea e a bacia próxima ao paciente, alcançando-lhe a compressa e o sabão;
- oferecer a bacia para que retire o sabão e termine sua higiene;
- caso o paciente esteja impossibilitado de fazer a sua própria higiene, colocar a toalha sob a região glútea e, com o auxílio de uma compressa, realizar a higiene íntima;
- vestir e pentear o paciente;
- deixar o paciente confortável;
- retirar o material utilizado no banho e encaminhá-lo para o expurgo;
- retirar as luvas e higienizar as mãos;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

2.2 HIGIENIZAÇÃO DA CAVIDADE ORAL

INDICAÇÃO:

proporcionar higiene e conforto ao paciente, manter o estado de saúde da cavidade oral, dos dentes e das gengivas para evitar infecções endógenas em pacientes internados e acamados.

MATERIAIS:

- bandeja;
- copo descartável com água e cuba rim;
- escova dental macia ou espátula protegida com gaze;
- luva de procedimento;
- creme dental ou solução antisséptica;
- toalha de rosto.

PROCEDIMENTO:

- higienizar as mãos;
- reunir o material na bandeja e levá-lo para o quarto do paciente;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- colocar o paciente em posição de Fowler (se possível);
- colocar uma toalha para proteger o tórax do paciente;
- calçar as luvas de procedimento;
- inspecionar a integridade dos lábios e da cavidade oral;
- colocar o creme dental na escova de dentes e umedecê-la;
- escovar os dentes do paciente com movimentos circulares ou oferecer a escova para ele realizar o procedimento;
- oferecer um copo com água para o paciente fazer bochechos;
- colocar a cuba rim abaixo do maxilar inferior do paciente para que ele possa descartar o conteúdo da boca;
- escovar a língua com cuidado, para evitar desconforto ao paciente;
- oferecer um copo com água para o paciente fazer bochechos;
- colocar a cuba rim abaixo do maxilar inferior do paciente para que ele possa descartar o conteúdo da boca;
- secar os lábios do paciente com a toalha;
- retirar as luvas de procedimento;
- colocar o paciente em posição confortável;
- recolher o material do quarto, manter o leito organizado;
- lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e passar álcool 70%;
- higienizar as mãos;
- checar a prescrição de enfermagem e anotar o procedimento realizado, descrevendo o aspecto da cavidade oral e/ou a presença de lesões e secreções.

2.3 HIGIENIZAÇÃO DO COURO CABELUDO

INDICAÇÃO:

procedimento realizado no paciente acamado impossibilitado de lavar os cabelos sozinho; proporciona bem-estar e conforto.

MATERIAL:

- toalhas (1 de rosto e 1 de banho);
- luvas de procedimento;
- pente do paciente;
- xampu ou sabonete de uso pessoal; se o paciente não tiver, usar o sabão líquido da unidade;
- 1 jarra com água morna;
- 1 cuba redonda grande;
- 1 balde;
- 1 cobertor;
- 2 sacos de lixo (1 grande e 1 pequeno);
- 1 escada de dois degraus.

PROCEDIMENTO:

- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- fechar janelas e portas;
- higienizar as mãos;
- reunir o material e levá-lo até o paciente, dispondo-o de maneira adequada;
- baixar a cabeceira da cama;

- forrar o travesseiro do lado do paciente com o saco plástico pequeno e, sobre este, colocar a toalha de banho dobrada em pregas no sentido horizontal;
- dobrar o cobertor em diagonal, fazer um rolo bem consistente e unir as duas pontas, formando uma argola pouco maior do que a cabeça do paciente;
- abrir o fundo do saco de lixo grande e forrar a argola de cobertor, de modo que parte do saco plástico se sobressaia na parte inferior do rolo, formando um canudo através do qual será drenada a água utilizada na higiene;
- colocar a toalha de rosto sobre os ombros, contornando o pescoço do paciente;
- colocar a cabeça do paciente dentro da argola de cobertor forrada com o plástico, apoiando o pescoço do paciente sobre suas bordas e posicionando seu corpo diagonalmente em relação ao leito;
- colocar a parte inferior do plástico dentro do balde, o qual deverá estar sobre a escada;
- derramar a água da jarra lentamente na cabeça do paciente, certificando-se que todo o cabelo fique molhado;
- aplicar pequena quantidade de xampu ou sabonete nos cabelos e massagear o couro cabeludo, evitando lugares com lesões;
- observar as condições dos cabelos e do couro cabeludo, identificando possíveis alterações;
- enxaguar os cabelos, retirando todos os resquícios de xampu, cuidando para não molhar o rosto do paciente durante o procedimento;
- com o auxílio da toalha de rosto, fazer uma touca e colocá-la sobre o travesseiro já forrado com o plástico e a toalha de banho;
- colocar o plástico utilizado para a drenagem de água dentro do balde para posterior limpeza;
- terminar de secar a cabeça do paciente com a toalha de banho;

- solicitar que o paciente se penteie se tiver condições; caso contrário, penteá-lo;
- retirar o material do quarto do paciente, encaminhando-o para o expurgo;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

OBSERVAÇÕES:

Caso haja disponibilidade, utilizar cuba para lavagens dos cabelos, dispensando o cobertor e os sacos de lixos. Também já existem toucas específicas para a higiene do cabelo. Elas são descartáveis e contêm xampu que dispensa o enxágue. Antes do uso, elas são aquecidas em micro-ondas. Coloca-se então a touca na cabeça do paciente e massageia-se o couro cabeludo por cima da touca. Após, a touca é retirada e descartada, e os cabelos devem ser secos e penteados.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. *Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de Enfermagem*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- CARMAGNANI, M. I. S. et al. *Procedimentos de Enfermagem: guia prático*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- LYNN, P. *Manual de habilidades de Enfermagem clínica de Taylor*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. *Fundamentos de Enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- VEIGA, D. A.; CROSSETI, M. G. *Manual de técnicas de Enfermagem*. 9. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2000.

3 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AOS SINAIS VITAIS

A seguir, estão descritas as técnicas para verificação dos principais sinais vitais, as quais são consideradas uma ferramenta básica para enfermeiros na avaliação de pacientes. As medidas de temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória devem ser verificadas para a obtenção dos sinais vitais.

INDICAÇÃO:

detectar, precocemente, alterações orgânicas graves; obter dados para determinar o estado usual de saúde do paciente (dados basais), monitorar sua condição ou identificar problemas e avaliar a sua resposta a uma intervenção.

MATERIAIS:

- bandeja;
- esfigmomanômetro (aneroide ou digital);
- estetoscópio;
- luvas;

- gaze;
- relógio (com segundeiro);
- termômetro (de mercúrio, digital, eletrônico, descartável ou timpânico).

3.1 TEMPERATURA CORPÓREA SUPERFICIAL

Pode-se obter a temperatura corpórea superficial/periférica através das axilas, da cavidade oral ou timpânica. A via oral está contraindicada em pessoas que realizaram cirurgias na região ou que apresentam dificuldades para respirar. A via timpânica não deve ser utilizada caso o paciente apresente infecção no ouvido ou realizou cirurgia no local.

MATERIAIS:

- relógio com segundeiro;
- termômetro axilar, oral ou timpânico;
- luvas de procedimento;
- algodão embebido em álcool 70%.

PROCEDIMENTO:

- reunir o material;
- higienizar as mãos;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- proporcionar privacidade, se necessário;
- avaliar sinais e sintomas das alterações de temperatura e de fatores que influenciam a temperatura corporal;

- determinar o tipo de termômetro e o local adequados para medir a temperatura do paciente (caso seja medição oral, esperar 20 minutos antes de medir a temperatura se o paciente fumou ou ingeriu algum alimento quente);
- preparar o termômetro:
 - › se de mercúrio, higienizar o termômetro e agitá-lo até que atinja 35°C ou temperatura inferior;
 - › se digital, higienizar e zerar o mostrador;
- colocação correta do termômetro e tempo de espera:
 - › se oral:
 - pedir ao paciente que abra a boca e colocar o termômetro na bolsa sublingual posterior lateral até o centro da mandíbula inferior;
 - pedir ao paciente que segure o termômetro com os lábios fechados;
 - para retirar o termômetro, aguarde de 3 a 5 minutos no caso de termômetro de mercúrio, ou espere a sinalização sonora se o termômetro for digital ou eletrônico.;
 - › se axilar:
 - colocar o termômetro na axila do cliente (observar lesões e/ou sudorese excessiva) e fazer com que ele mantenha o braço encostado ao corpo;
 - para retirar o termômetro, aguardar de 6 a 8 minutos no caso de termômetro de vidro, ou esperar a sinalização sonora se o termômetro for digital ou eletrônico;
 - › se timpânico:
 - inspecionar o canal da orelha do paciente e remover cuidadosamente a cera excessiva;
 - posicionar o lóbulo da orelha levemente para cima e para trás em adultos e crianças maiores de 3 anos, e para baixo

e para trás em crianças menores de 3 anos, assegurando a correta colocação da sonda do termômetro timpânico;

- proceder à leitura do termômetro;
- higienizar o termômetro com algodão embebido em álcool 70%;
- lavar as mãos;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.
- comunicar ao enfermeiro ou ao médico se a temperatura corporal estiver diferente do normal.

3.2 FREQUÊNCIA CARDÍACA (PULSO)

A obtenção da frequência cardíaca dá-se através da palpação dos pulsos centrais (carotídeo e femoral) e dos pulsos periféricos (radial, ulnar, poplíteo, tibial posterior). A ausência do pulso pode indicar uma oclusão arterial. A avaliação do pulso inclui a determinação da frequência de pulso e a análise de sua qualidade, que inclui ritmo e força.

MATERIAIS:

- estetoscópio;
- relógio com segundeiro.

PROCEDIMENTO:

- reunir o material;
- higienizar as mãos;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- orientar o paciente para deitar ou sentar;

- observar o grau de agitação do paciente e, se for necessário, esperar de 5 a 10 minutos antes de verificar o pulso;
- pedir que o paciente relaxe e não fale durante a verificação;
- selecionar e palpar o local (se for o caso, com o membro estendido);
- contar os batimentos por um minuto;
- observar o ritmo (regular ou irregular), a frequência e a qualidade do pulso (cheio, normal ou filiforme);
- comparar os pulsos bilateralmente (quando avaliar o pulso carotídeo palpar um de cada vez);
- higienizar as mãos;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

FREQUÊNCIA CARDÍACA APICAL:

- palpar o 5º espaço intercostal na linha hemiclavicular para a colocação do estetoscópio;
- contar os batimentos por um minuto;
- observar o ritmo, a fonese das bulhas, bem como os sons cardíacos (sopros);
- higienizar as mãos;
- registrar o procedimento.

3.3 PRESSÃO ARTERIAL

A pressão arterial é a força exercida sobre a parede de uma artéria pelo sangue pulsante sob a pressão do coração e é medida em milímetros de mercúrio (mmHg). O pico máximo de pressão no momento de uma ejeção é chamado de pressão *sistólica*. Quando os ventrículos relaxam, o sangue que permanece nas artérias exerce uma pressão mínima, chamada de *diastólica*.

MATERIAIS:

- esfigmomanômetro (aneroide) ou esfigmomanômetro digital;
- estetoscópio;
- manguito de tamanho adequado.

OBSERVAÇÃO SOBRE O TAMANHO DO MANGUITO

O tamanho da braçadeira para uma pessoa adulta varia entre 12 e 13 cm de largura e 22 e 23 cm de comprimento. Ela deve circundar 80% da porção superior do braço adulto e todo o braço infantil. Um manguito muito apertado pode causar medições falsamente elevadas, já um manguito muito frouxo pode causar medições falsamente baixas. Para estabelecer o perímetro do braço, medir a altura do olecrano até o cotovelo, estabelecer o ponto médio e circunscrever o perímetro (tamanho médio: até 34 cm; obesos: acima de 34 cm).

PROCEDIMENTO:

- reunir o material;
- higienizar as mãos;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- selecionar o membro adequado para a medição (braços ou pernas – pessoas obesas);
- evitar colocar o manguito nas extremidades quando uma infusão por via endovenosa estiver ocorrendo, quando a extremidade sofreu trauma ou quando uma cirurgia de mama com esvaziamento axilar tiver sido realizada;
- certificar-se de que o paciente se encontrava em repouso (caso contrário, deixe-o em repouso por 5 minutos antes de verificar a

- pressão arterial), não fumou ou consumiu caféina e não praticou exercícios físicos até 30 minutos antes da verificação;
- posicionar o paciente sentado, com as pernas descruzadas e pés apoiados no chão;
 - solicitar que o paciente ponha o braço da verificação apoiado em uma mesa à altura do coração, com o cotovelo levemente fletido;
 - se ele estiver deitado, manter o braço apoiado sobre a cama e as pernas estendidas;
 - solicitar que o paciente não fale durante a aferição;
 - expor a extremidade (braço ou perna), removendo roupas apertadas;
 - posicionar o manguito (de tamanho adequado à circunferência do braço do paciente), sem deixar folgas, 2 a 3 centímetros acima da fossa cubital;
 - inflar o manguito enquanto palpa a artéria radial, cerca de 20 mmHg acima do ponto em que você não sentir mais o pulso da artéria (esse é o valor que você deve inflar o manguito para a verificação);
 - desinflar o manguito;
 - esperar um minuto;
 - colocar o estetoscópio sobre a artéria braquial;
 - inflar novamente o manguito até o valor verificado anteriormente e desinflá-lo 2 mmHg por segundo;
 - ler o manômetro;
 - perceber o valor quando você ouviu o primeiro som (sistólica) e o valor quando você ouviu o último som (diastólica);
 - auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à desinsuflação rápida e completa;
 - desinflar o manguito;
 - higienizar as mãos;

- registrar o procedimento, a pressão sistólica e diastólica do paciente e as intercorrências, caso ocorram.

OBSERVAÇÃO SOBRE O LOCAL DE MEDIÇÃO:

Caso seja necessário utilizar a perna para realizar a medição da pressão arterial, deve-se utilizar um manguito de tamanho adequado e auscultar a pressão na artéria poplítea.

3.4 FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

A frequência respiratória é o número de ventilações ocorridas a cada minuto. Ela pode ser contada visualmente, pela palpação, colocando-se a mão sobre o tórax do paciente ou, ainda, com a ausculta dos movimentos respiratórios no pulmão com o auxílio de um estetoscópio.

MATERIAIS:

- relógio com segundeiro;
- estetoscópio.

PROCEDIMENTO:

- reunir o material;
- higienizar as mãos;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- deixar o paciente em posição confortável;
- avaliar o ritmo, a frequência e a qualidade dos movimentos respiratórios, bem como a expansão torácica do paciente;

- observar um ciclo respiratório completo (uma inspiração e uma expiração) – se necessário, expor o tórax do paciente;
- contar, discretamente, as ventilações por um minuto;
- caso tenham sido removidos, repor os lençóis e roupas do paciente;
- higienizar as mãos;
- registrar o procedimento, a frequência respiratória e as intercorrências, caso ocorram.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. *Fundamentos de Enfermagem*: introdução ao processo de Enfermagem. 1. ed. Porto Alegre: Guanabara Koogan, 1989.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. *Procedimentos de Enfermagem*: guia prático. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. *Fundamentos de Enfermagem*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 17, n. 1, p. 7-60, 2010.

SPRINGHOUSE. *As melhores práticas de Enfermagem*: procedimentos baseados em evidências. Tradução Regina Machado Garcez. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

VAUGHANS, B. W. *Fundamentos de Enfermagem desmistificados*: um guia de aprendizado. Tradução Denise Costa Rodrigues. Porto Alegre: AMGH, 2012.

4 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Este capítulo se dedica a padronizar os procedimentos relacionados à administração de medicamentos, visando facilitar os processos de trabalho em todas as suas etapas, minimizando o risco de erros e reduzindo custos. Especificidades devem ser consideradas antes da administração de qualquer medicamento, destacando-se as condições do paciente e a apresentação do medicamento. Enfatiza-se a necessidade de identificação de todos os pacientes antes da realização de qualquer procedimento e de conferência das informações contidas na sua pulseira de identificação.

INDICAÇÃO:

aliviar os sintomas por ação local ou sistêmica.

CLASSIFICAÇÃO DAS VIAS DE ADMINISTRAÇÃO:

Enteral	Parenteral	Tópicas
Oral	Intradérmica	Dermatológica
Sublingual	Subcutânea	Oftálmica
Retal ou vaginal	Intramuscular	Nasal
	Endovenosa	Otológica

4.1 VIAS ENTERAIS

4.1.1 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA ORAL (VO)

MATERIAIS:

- bandeja;
- medicamento prescrito;
- copo descartável (30 ml);
- se houver necessidade, seringa, conta-gotas, copo com água;
- etiqueta.

PROCEDIMENTO:

- conferir as prescrições médica e de enfermagem;
- comparar as prescrições com o rótulo do medicamento, a fim de garantir que se trata: (1) do paciente certo, (2) do medicamento certo, (3) da dose certa, (4) da via de administração certa e (5) do horário certo;
- fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e leito);
- preparar a medicação (observando sua validade) iniciando pelo primeiro medicamento que o paciente irá tomar;

- colocar o medicamento no copo, sem tocá-lo;
- colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
- reunir todo o material em uma bandeja;
- higienizar as mãos;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- colocar o paciente sentado ou em decúbito elevado;
- entregar o copo com a medicação;
- fornecer água;
- esperar o paciente deglutir todos os medicamentos;
- recolher o material utilizado, colocá-lo na bandeja e fazer o descarte adequado;
- higienizar a bandeja com álcool 70%;
- higienizar as mãos;
- registrar o horário de administração dos medicamentos na prescrição médica;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

4.1.2 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA SUBLINGUAL

MATERIAIS:

- bandeja;
- medicamento prescrito;
- etiqueta.

PROCEDIMENTO:

- conferir as prescrições médica e de enfermagem;

- comparar as prescrições com o rótulo do medicamento, a fim de garantir que se trata: (1) do paciente certo, (2) do medicamento certo, (3) da dose certa, (4) da via de administração certa e (5) do horário certo;
- fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e leito);
- preparar a medicação (observando sua validade);
- colocar o medicamento no copo, sem tocá-lo;
- colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
- reunir todo o material em uma bandeja;
- higienizar as mãos;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- colocar o paciente sentado ou em decúbito elevado;
- entregar o medicamento ao paciente, orientando-o a colocá-lo sob a língua;
- recolher o material utilizado, colocá-lo na bandeja e fazer o descarte adequado;
- higienizar a bandeja com álcool 70%;
- higienizar as mãos;
- registrar o horário de administração do medicamento na prescrição médica;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

4.1.3 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA RETAL

MATERIAIS:

- bandeja;
- medicamento prescrito;
- luvas de procedimento;
- gaze;
- biombo;
- comadre.

PROCEDIMENTO:

- conferir as prescrições médica e de enfermagem;
- comparar as prescrições com o rótulo do medicamento, a fim de garantir que se trata: (1) do paciente certo, (2) do medicamento certo, (3) da dose certa, (4) da via de administração certa e (5) do horário certo;
- fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e leito);
- preparar a medicação (observando sua validade);
- colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
- reunir todo o material em uma bandeja;
- higienizar as mãos;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- isolar o leito com o biombo, caso seja necessário;
- colocar um forro impermeável e uma toalha sob o paciente, caso seja necessário;

- calçar as luvas de procedimento;
- solicitar ao paciente que faça a higiene da região anal, ou realizá-la quando ele estiver impossibilitado;
- colocar o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo) ou na posição genupeitoral;
- introduzir a extremidade afilada do supositório no ânus do paciente, usando o dedo indicador para direcionar o supositório até que ele ultrapasse o esfíncter anal interno;
- orientar o paciente a aguardar o máximo de tempo possível para reter o medicamento antes de eliminar o conteúdo intestinal;
- retirar as luvas de procedimento;
- higienizar as mãos;
- ajudar o paciente a ir ao banheiro ou colocar-lhe a comadre;
- recolher o material utilizado, colocá-lo na bandeja e fazer o descarte adequado;
- higienizar a bandeja com álcool 70%;
- higienizar as mãos;
- registrar o horário de administração do medicamento na prescrição médica;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

4.1.4 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA VAGINAL

MATERIAIS:

- bandeja;
- medicamento prescrito;
- comadre;
- material para higiene íntima;
- luvas de procedimento;
- aplicador vaginal;

- absorvente higiênico;
- biombo.

PROCEDIMENTO:

- conferir as prescrições médica e de enfermagem;
- comparar as prescrições com o rótulo do medicamento, a fim de garantir que se trata: (1) da paciente certa, (2) do medicamento certo, (3) da dose certa, (4) da via de administração certa e (5) do horário certo;
- fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e da paciente (nome e leito);
- preparar a medicação (observando sua validade);
- colocar a etiqueta de identificação no medicamento;
- reunir todo o material em uma bandeja;
- higienizar as mãos;
- perguntar o nome completo da paciente a fim de garantir que se trata da paciente certa;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento da paciente, quando cabível;
- isolar o ambiente com o biombo;
- solicitar à paciente que esvazie a bexiga;
- solicitar à paciente que faça higiene íntima, ou realize-a, quando ela estiver impossibilitada;
- colocar a paciente em posição ginecológica (litotomia);
- higienizar as mãos;
- calçar luvas de procedimento;
- no caso de aplicação de creme vaginal, colocá-lo em aplicador próprio;
- introduzir o aplicador, ou sua outra forma de apresentação (óvulo ou supositório), na vagina da paciente – o aplicador deve ser co-

locado em direção ao sacro, para baixo e para trás, cerca de 5 cm, para que o medicamento seja introduzido na parede posterior da vagina;

- retirar o aplicador e solicitar que a paciente permaneça deitada por 15 minutos com um travesseiro elevando o quadril;
- fornecer ou colocar um absorvente higiênico, se necessário;
- recolher o material utilizado, colocá-lo na bandeja e fazer o descarte adequado;
- retirar as luvas de procedimento;
- higienizar a bandeja com álcool 70%;
- higienizar as mãos;
- registrar o horário de administração do medicamento na prescrição médica;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

4.2 VIAS PARENTERAIS

4.2.1 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADÉRMICA E SUBCUTÂNEA

MATERIAIS:

- bandeja;
- medicamento prescrito;
- luvas de procedimento;
- agulha de calibre 25 x 0,7 mm (aspiração);
- agulha de calibre 13 x 0,45 mm (aplicação);
- seringa de 1 ml;
- etiqueta;
- algodão/gaze;
- antisséptico: álcool 70% ou clorexidina alcoólica.

PROCEDIMENTO:

- conferir as prescrições médica e de enfermagem;
- comparar as prescrições com o rótulo do medicamento, a fim de garantir que se trata: (1) do paciente certo, (2) do medicamento certo, (3) da dose certa, (4) da via de administração certa e (5) do horário certo;
- fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e leito);
- selecionar a medicação (observando sua apresentação e validade);
- reunir todo o material em uma bandeja;
- higienizar as mãos;
- aspirar medicamento do frasco, utilizando a agulha de calibre 25 x 0,7 mm e a seringa de 1 ml, sem deixar ar no interior;
- trocar a agulha por outra de calibre 13 x 0,45 mm para administrar o medicamento;
- colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- colocar o paciente na posição mais adequada ao procedimento;
- fazer a antisepsia do local com algodão/gaze umedecido (deixar evaporar);
- esticar a pele do local de aplicação (parte ventral dos braços, parte superior das costas, tórax) com os dedos indicador e polegar da mão não dominante;
 - › intradérmica:
 - introduzir a agulha na pele, fazendo com esta um ângulo de 5 a 15° e injetar a medicação (a ponta do bisel deve estar toda sob a epiderme);

- injetar suavemente o medicamento (volume máximo de 0,5 ml) e perceber a formação de uma pápula;
- não é necessário aspirar, pois a derme é relativamente avascular;
- › subcutânea:
 - fazer prega cutânea, inserir a agulha em um ângulo de 45 a 90°, soltar e injetar a medicação;
 - não é necessária aspiração após injetar medicamento subcutâneo;
 - após injetar heparina e insulina, não é recomendado que se faça a aspiração;
- retirar a agulha com um único movimento rápido e firme, no mesmo ângulo em que foi inserida;
- aplicar compressão leve no local;
- não friccionar o local da pápula (intradérmica), nem o local da administração subcutânea, e orientar o paciente para não coçar ou esfregar o local;
- recolher o material utilizado;
- retirar as luvas de procedimento;
- descartar o material perfurocortante em recipiente adequado;
- higienizar as mãos;
- registrar o horário de administração do medicamento na prescrição médica;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

4.2.2 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR (IM)

MATERIAIS:

- bandeja;
- medicamento prescrito;

- etiqueta;
- luvas de procedimento;
- seringa de 3 a 5 ml;
- agulha de calibre 40 x 1,2 mm;
- agulha adequada para a massa muscular do paciente;
- algodão/gaze;
- fita hipoalergênica, tipo Micropore®;
- antisséptico: álcool 70% ou clorexidina alcoólica.

*ESPECIFICAÇÃO DE AGULHAS PARA
APLICAÇÃO DE IM EM ADULTOS*

Biótipo do paciente	Solução oleosa/ suspensão	Solução aquosa
Magro	25 x 0,7 mm	----
Normal	30 x 0,8 mm	30 x 0,7 mm
Obeso	40 x 0,8 mm	40 x 0,7 mm

Fonte: BARROS, H. M. T. *Medicamentos na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

*ESPECIFICAÇÃO DE VOLUME MÁXIMO
ADMINISTRADO POR VIA IM*

Região	Volume máximo a ser infundido
Deltoide	2 ml
Glútea	5 ml
Ventroglútea	5 ml
Vasto lateral da coxa	4 ml (adutos), 2 ml crianças

PROCEDIMENTO:

- conferir as prescrições médica e de enfermagem;

- comparar as prescrições com o rótulo do medicamento, a fim de garantir que se trata: (1) do paciente certo, (2) do medicamento certo, (3) da dose certa, (4) da via de administração certa e (5) do horário certo;
- fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e leito);
- separar a medicação (observando sua apresentação e validade);
- reunir todo o material em uma bandeja;
- higienizar as mãos;
- aspirar medicamento do frasco utilizando agulha de 40 x 1,2 mm, sem deixar ar no interior;
- trocar a agulha por outra, específica para via IM;
- colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- colocar o paciente na posição mais adequada ao procedimento;
- expor a região (glútea, ventroglútea externa, vasto lateral e deltoide; quando paciente for menor de 3 anos de idade ou lactente, considerar o músculo vasto lateral ou o reto femoral) e delimitar o local de aplicação;
- solicitar ao paciente para relaxar o músculo que receberá a injeção, de forma a diminuir a dor e as chances de sangramento;
- fazer a antissepsia (a menos que seja vacina) do local com algodão embebido em álcool 70%, no sentido do retorno venoso, diversificando os lados do algodão;
- pinçar a pele e o músculo do local selecionado;
- inserir a agulha em um ângulo de 90° em relação ao músculo;

- tracionar levemente o êmbolo da seringa, para certificar-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
- injetar o conteúdo da seringa (caso seja superior a 5 ml, fracionar a dose e aplicar em mais de um local), empurrando o êmbolo com a mão oposta à que segura a seringa;
- retirar a agulha com um único movimento rápido e firme;
- comprimir levemente o local com algodão seco;
- verificar o local da punção, observando a formação de hematoma ou de reação alérgica;
- cobrir o local com algodão e fita hipoalérgica, tipo Micropore®;
- fazer rodízio do local da aplicação, em caso de uso crônico de medicamento;
- recolher o material utilizado, colocá-lo na bandeja e fazer o descarte adequado;
- descartar o material perfurocortante em recipiente adequado;
- higienizar a bandeja com álcool 70%;
- higienizar as mãos;
- registrar o horário de administração do medicamento na prescrição médica;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

4.2.3 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAVENOSA (IV)

MATERIAIS:

- bandeja;
- medicamento prescrito;
- etiqueta;
- luvas de procedimento;
- seringa de 3, 5, 10 ou 20 ml (de acordo com o volume final do medicamento);

- agulha de calibre 40 x 1,2 mm;
- algodão;
- fita hipoalergênica, tipo Micropore®;
- antisséptico: álcool 70% ou clorexidina alcoólica;
- garrote.

PROCEDIMENTO:

- conferir as prescrições médica e de enfermagem;
- comparar as prescrições com o rótulo do medicamento, a fim de garantir que se trata: (1) do paciente certo, (2) do medicamento certo, (3) da dose certa, (4) da via de administração certa e (5) do horário certo;
- fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e leito);
- selecionar a medicação (observando sua validade);
- reunir todo o material em uma bandeja;
- higienizar as mãos;
- separar o frasco ou ampola e fazer a limpeza com algodão embebido em álcool 70% antes de puncioná-lo ou quebrá-lo, já que isso remove poeira, gordura e micro-organismos (essa etapa pode ser omitida em frascos-ampola de dose única);
- reconstituir o medicamento, se necessário, para obter a dose prescrita;
- diluir o medicamento antes da administração, se necessário;
- colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- colocar o paciente na posição mais adequada ao procedimento;

- se o paciente já estiver com acesso venoso:
 - realizar a desinfecção da conexão do acesso venoso com álcool 70%;
 - remover a tampa da cânula ou do extensor;
 - conectar a seringa que contém o medicamento ao acesso venoso;
 - bloquear o acesso de soro durante o período de administração do medicamento;
 - tracionar o êmbolo da seringa até que reflua uma pequena quantidade de sangue (não é indicado aspirar cateter venoso salinizado);
- Se o paciente não estiver com acesso venoso:
 - realizar a punção venosa (consultar item 5.1, “Punção venosa periférica”);
 - tracionar o êmbolo da seringa até que reflua uma pequena quantidade de sangue;
- injetar todo o medicamento, no tempo recomendado (verificar as recomendações específicas relativas ao medicamento e ao paciente);
- observar sinais de formação de hematomas ou infiltrações no local da punção, além de queixas de dor, desconforto, etc.;
- recolher o material utilizado, colocá-lo na bandeja e fazer o descarte adequado;
- retirar as luvas de procedimento;
- descartar o material perfurocortante em recipiente adequado;
- higienizar a bandeja com álcool 70%;
- higienizar as mãos;
- registrar o horário de administração do medicamento na prescrição médica;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

OBSERVAÇÕES

Verifique a compatibilidade dos medicamentos a serem administrados simultaneamente. Quando medicamentos incompatíveis entre si tiverem de ser administrados no mesmo horário, devem ser preparados e administrados separadamente, e, após a administração do primeiro, a via de acesso deve ser lavada (com até 10 ml de solução fisiológica). Se possível, esperar 10 minutos para fazer a segunda administração.

4.3 VIAS TÓPICAS

4.3.1 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA DERMATOLÓGICA

MATERIAIS:

- bandeja;
- medicamento prescrito;
- gaze;
- luvas de procedimento ou estéreis.

PROCEDIMENTO:

- conferir as prescrições médica e de enfermagem;
- comparar as prescrições com o rótulo do medicamento, a fim de garantir que se trata: (1) do paciente certo, (2) do medicamento certo, (3) da dose certa, (4) da via de administração certa e (5) do horário certo;
- fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e leito);
- preparar a medicação (observando sua validade);
- reunir todo o material em uma bandeja;

- higienizar as mãos;
- colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- colocar o paciente na posição mais adequada ao procedimento;
- higienizar as mãos;
- calçar as luvas de procedimento;
- expor a área de aplicação e proceder à higiene local, se for necessário;
- colocar o medicamento em uma gaze ou espátula na quantidade suficiente para cobrir a área indicada;
- aplicar o medicamento na área indicada, espalhando-o delicadamente; se for o caso, pode-se fazer movimentos circulares para auxiliar na absorção do medicamento;
- recolher o material utilizado, colocá-lo na bandeja e fazer o descarte adequado;
- retirar as luvas de procedimento;
- higienizar a bandeja com álcool 70%;
- higienizar as mãos;
- registrar o horário de administração do medicamento na prescrição médica;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

4.3.2 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OFTÁLMICA

MATERIAIS:

- bandeja;
- medicamento prescrito;

- gaze;
- lenço de papel;
- luvas de procedimento.

PROCEDIMENTO:

- conferir as prescrições médica e de enfermagem;
- comparar as prescrições com o rótulo do medicamento, a fim de garantir que se trata: (1) do paciente certo, (2) do medicamento certo, (3) da dose certa, (4) da via de administração certa e (5) do horário certo;
- fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e leito);
- preparar a medicação (observando sua validade);
- reunir todo o material em uma bandeja;
- higienizar as mãos;
- colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- colocar o paciente sentado ou com a cabeceira elevada;
- higienizar as mãos;
- calçar as luvas de procedimento se houver secreção;
- pedir ao paciente que faça a higiene nos olhos ou realizá-la caso ele esteja impossibilitado (partindo do canto interno dos olhos para as laterais, uma gaze para cada olho);
- solicitar que o paciente incline a cabeça para trás;
- afastar a pálpebra inferior com os dedos e uma gaze;
- solicitar ao paciente que olhe para cima;

- no caso de aplicação de colírios, fechar o canal lacrimal com o dedo indicador, pingar a quantidade de gotas prescrita, tendo cuidado para não encostar na conjuntiva do paciente;
- no caso de aplicação de pomadas, aplicar uma fina camada em toda a extensão do fórnix inferior, sem tocar a ponta da bisnaga na conjuntiva do paciente.
- limpar o excesso com gaze;
- solicitar que o paciente permaneça de olhos fechados por alguns minutos;
- recolher o material utilizado, colocá-lo na bandeja e fazer o descarte adequado;
- retirar as luvas de procedimento;
- higienizar a bandeja com álcool 70%;
- higienizar as mãos;
- checar o horário de administração do medicamento na prescrição médica.

4.3.3 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OTOLÓGICA

MATERIAIS:

- bandeja;
- medicamento prescrito com conta-gotas;
- gaze;
- luvas de procedimento.

PROCEDIMENTO:

- conferir as prescrições médica e de enfermagem;
- comparar as prescrições com o rótulo do medicamento, a fim de garantir que se trata: (1) do paciente certo, (2) do medicamento

- certo, (3) da dose certa, (4) da via de administração certa e (5) do horário certo;
- fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e leito);
 - preparar a medicação (observando sua validade);
 - reunir todo o material em uma bandeja;
 - higienizar as mãos;
 - colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
 - perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
 - apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
 - higienizar as mãos;
 - colocar o paciente sentado ou deitado, com a cabeça inclinada lateralmente;
 - utilizar as luvas de procedimento, caso haja secreção;
 - segurar a porção superior do pavilhão auricular, puxando o lobo para cima e para trás (em pacientes adultos) ou para baixo e para trás (em crianças);
 - instilar a quantidade de gotas prescrita, segurando o conta-gotas, no mínimo a 1 cm acima do canal auditivo, sem encostar o frasco no paciente;
 - pedir ao paciente que permaneça com a cabeça lateralizada por, no mínimo, 5 minutos;
 - repetir o procedimento no lado oposto, caso esteja prescrito;
 - recolher o material, colocá-lo na bandeja e fazer o descarte adequado do material utilizado;
 - retirar as luvas de procedimento;
 - higienizar a bandeja com álcool 70%;
 - higienizar as mãos;

- registrar o horário de administração do medicamento na prescrição médica;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

4.3.4 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA NASAL

MATERIAIS:

- bandeja;
- medicamento prescrito (gotas, *spray* ou aerossol);
- gaze ou lenços de papel.

PROCEDIMENTO:

- conferir as prescrições médica e de enfermagem;
- comparar as prescrições com o rótulo do medicamento, a fim de garantir que se trata: (1) do paciente certo, (2) do medicamento certo, (3) da dose certa, (4) da via de administração certa e (5) do horário certo;
- fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e leito);
- preparar a medicação (observando sua validade);
- reunir todo o material em uma bandeja;
- higienizar as mãos;
- colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- higienizar as mãos;

- pedir ao paciente que incline a cabeça para trás e para o lado que deve ser tratado;
- pingar a quantidade de gotas prescritas nas narinas, sem tocá-las;
- se forem usadas gotas nasais, pedir ao paciente para ficar na mesma posição por 1 minuto;
- observar a reação do paciente e reposicioná-lo no leito;
- recolher o material e colocá-lo na bandeja;
- retirar as luvas de procedimento;
- higienizar a bandeja com álcool 70%;
- higienizar as mãos;
- registrar o horário de administração do medicamento na prescrição médica;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. *Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de Enfermagem*. 1. ed. Porto Alegre: Guanabara Koogan, 1989.
- BARROS, H. M. T. *Medicamentos na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- CARMAGNANI, M. I. S. et al. *Procedimentos de Enfermagem: guia prático*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- PERRY, A. G.; POTTER, A. P. *Guia completo de procedimentos e competências de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- VEIGA, B. S. et al. *Manual de normas de Enfermagem: procedimentos técnicos*. 2. ed. Lisboa, Portugal: ACSS, 2011.
- VEIGA, D. A.; CROSSETI, M. G. *Manual de técnicas de Enfermagem*. 9. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2000.
- WILKINSON, J. M.; VAN LEUVEN, K. *Fundamentos de Enfermagem*. São Paulo: Roca, 2010.

5 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS A ACESSO VENOSO E INFUSÕES

Este capítulo se refere à administração de medicamentos por via endovenosa, por meio de punção direta, e à instalação e manutenção de via e infusão intravenosa. Destaca-se a necessidade da identificação de todos os pacientes antes da realização de qualquer procedimento e da conferência das informações contidas na sua pulseira de identificação.

5.1 PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

INDICAÇÃO:

coleta de sangue venoso, infusão contínua de soluções, administração de medicamentos, manutenção de uma via de acesso venosa para administração intermitente de medicamentos.

MATERIAIS:

- bandeja;
- garrote;

- álcool 70% ou clorexidina alcoólica;
- algodão/gaze;
- cateter/agulha no calibre escolhido;
- fita adesiva tipo esparadrapo;
- seringa;
- luvas de procedimento;
- fita adesiva hipoalergênica, tipo Micropore® ou Transpore®;
- conforme a indicação da punção, acrescentar solução EV, equipo, heparina ou solução fisiológica, seringa.

PROCEDIMENTO:

- conferir na prescrição médica e de enfermagem a indicação para o procedimento;
- reunir o material em uma bandeja limpa;
- higienizar as mãos;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- calçar as luvas de procedimento;
- expor a área e verificar a rede venosa;
- pedir ao paciente para abrir e fechar a mão várias vezes;
- garrotear acima do local a ser puncionado (5 a 15 cm do local da punção venosa);
- selecionar a veia a ser puncionada;
- pedir ao paciente que feche a mão;
- fazer a antisepsia do local com algodão embebido em antisséptico do centro para as extremidades, em movimentos circulares, ou em uma única direção;
- manter algodão seco ao alcance das mãos, bem como Micropore® e esparadrapo pré-cortados;

- tracionar a pele para baixo, com o polegar, abaixo do local a ser puncionado;
- introduzir o cateter venoso ou agulha na pele, com o bisel voltado para cima, a um ângulo aproximado de 30 a 45°;
- nunca reintroduzir a agulha de volta no cateter após sua remoção;
- uma vez introduzido na pele, direcionar o cateter ou a agulha e introduzi-lo na veia (caso esteja sendo utilizado um cateter com mandril, tipo Abocath®, introduzir o cateter com o mandril no interior da veia, removendo o mandril logo após o refluxo do sangue);
- soltar o garrote;
- pedir que o paciente abra a mão;
- fixar o dispositivo com fita adesiva apropriada, registrando na fixação mais superficial o calibre do cateter, data, hora da introdução e as iniciais do profissional que executou o procedimento;
- orientar o paciente sobre os cuidados para a manutenção do cateter: evitar atrito, molhar e tracionar o cateter e não pressionar o membro puncionado;
- recolher o material e encaminhar os resíduos para o expurgo (não reencapar as agulhas);
- descartar o material perfurocortante em recipiente adequado;
- retirar as luvas de procedimento;
- higienizar a bandeja com álcool 70%;
- higienizar as mãos;
- realizar os registros de enfermagem quanto à punção, especificando o local e o cateter utilizado;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

OBSERVAÇÕES:

- não encapar novamente as agulhas utilizadas;

- o tempo de permanência de um cateter periférico não deve exceder 72 horas;
- podem ocorrer acidentes em função da má realização da técnica: injeção paravascular (líquido injetado fora da veia), hematomas (extravasamento sanguíneo pela lesão paravascular), flebites (quando a solução injetada é irritante, provocando infecções locais), esclerose (por injeções frequentes na mesma veia), entre outros;
- evite puncionar membro ipsilateral a mastectomia.

5.2 INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE INFUSÃO INTRAVENOSA

INDICAÇÃO:

administração intermitente ou contínua de medicamentos ou soluções.

MATERIAIS:

- bandeja;
- garrote;
- álcool 70%;
- algodão;
- cateter venoso apropriado;
- fita adesiva hipoalergênica, tipo Micropore® ou Transpore®, esparadrapo;
- luvas de procedimento;
- equipo para infusão;
- frasco de solução.

PROCEDIMENTO PARA INSTALAÇÃO:

- reunir o material necessário;
- higienizar as mãos;

- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- colocar o frasco de solução no suporte próximo ao paciente;
- conectar o equipo no frasco de solução;
- deixar correr a solução pelo equipo até fluir a solução na outra extremidade do equipo, para que não tenha bolhas de ar dentro do mesmo;
- realizar a técnica de punção (conforme item 5.1);
- conectar o equipo no cateter;
- regular o gotejo conforme o prescrito;
- reunir e fazer o descarte adequado do material utilizado;
- higienizar as mãos;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

PROCEDIMENTO PARA MANUTENÇÃO:

- observar periodicamente o local puncionado para evidenciar o aparecimento de sinais flogísticos (dor, rubor, calor e edema);
- heparinizar ou salinizar o acesso conforme rotina da instituição (administração de 2-3 ml de heparina diluída – 0,2 ml de heparina com 9,8 ml de soro fisiológico – ou administração de 3 ml de soro fisiológico 0,9%);
- recomenda-se a troca de equipos comuns a intervalos máximos de 72 horas, a não ser que exista a suspeita ou confirmação de infecção relacionada ao cateter.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

BORK, A. M. T. *Enfermagem baseada em evidências*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. *Procedimentos de Enfermagem: guia prático*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

FERREIRA N. M. L. A.; MARASSI, R. P. *Avaliando condutas na preservação da infusão venosa no doente hospitalizado*. 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2039/pgs/materia%2012-39.html>>. Acesso em: 20 fev 2015.

COREN SP-CAT nº 15/2010. *Intervalo para troca de equipos e validade de medicamentos após a reconstituição*. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/015_2010_Troca_de_equipos.pdf>. Acesso em: 19 dez 2015.

NETTINA, S. M. *Prática de Enfermagem*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

VEIGA D. A.; CROSSETI, M.G. *Manual de técnicas de Enfermagem*. 9 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2000.

6 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À OXIGENOTERAPIA E AOS CUIDADOS COM AS VIAS AÉREAS

Este capítulo trata da administração de oxigenoterapia não invasiva e dos cuidados para aspiração de vias áreas superiores e traqueostomia.

6.1 INSTALAÇÃO DE CATETER NASAL

INDICAÇÃO:

o cateter nasal é um equipamento utilizado para administração de baixo fluxo de O_2 , com concentrações que variam de 23 a 44%, que possui orifícios nas extremidades através dos quais o oxigênio flui para dentro da orofaringe.

MATERIAIS:

- cateter nasal (nº 8 a 10, de acordo com o paciente);
- fita adesiva (tipo Micropore®);

- extensor, em tamanho suficiente para permitir a movimentação do paciente no leito e fora dele;
- umidificador com água destilada estéril até o nível indicado;
- gaze.

PROCEDIMENTO:

- higienizar as mãos;
- reunir o material na bandeja e levá-la até o paciente;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- verificar se há válvula de oxigênio com umidificador próximo ao leito;
- cortar duas tiras de fita adesiva;
- calçar luvas de procedimento;
- medir a distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha e marcar no cateter (em crianças, deve ser utilizada a metade dessa medida);
- introduzir o cateter na narina vagarosamente até a medida marcada;
- se houver tosse ou alguma reação do paciente, retirar o cateter mais ou menos 1 cm;
- fixar delicadamente o cateter na região temporal ou sobre o nariz com fita adesiva;
- conectar o cateter ao extensor e este ao umidificador conectado na válvula de O₂;
- abrir lentamente a válvula do fluxômetro até fluir a quantidade prescrita de litros de O₂/minuto;
- orientar o paciente para que respire pelo nariz;
- trocar o cateter nasal de narina a cada seis horas, procedendo nesse momento à limpeza do cateter e da narina;

- descartar o cateter a cada 24h;
- registrar no prontuário do paciente o procedimento, o horário da colocação do cateter, as reações do paciente à sua instalação, o fluxo de O_2 /minuto e as intercorrências, caso ocorram.

6.2 INSTALAÇÃO DE CÂNULA NASAL OU DE ÓCULOS NASAL

INDICAÇÃO:

administração de fluxo reduzido de oxigênio por meio de um cateter afixado em torno da cabeça com duas pontas que se abrem no interior das narinas, através das quais o oxigênio flui para o nariz e para a área sinusal (obs.: a velocidade máxima de O_2 que pode ser administrada por esse sistema é de seis litros por minuto; a concentração de O_2 administrada varia de 24 a 44%, de acordo com a velocidade).

MATERIAIS:

- fonte de oxigênio com umidificador;
- umidificador cheio de água destilada estéril;
- extensor, em tamanho suficiente para permitir a movimentação do paciente no leito e fora dele;
- cânula nasal de plástico ou óculos nasal (descartável).

PROCEDIMENTO:

- higienizar as mãos;
- avaliar o risco de retenção de CO_2 com administração de oxigênio;
- reunir o material e levá-lo até o leito;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;

- apresentar-se, mostrar a cânula, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- assegurar-se de que o umidificador está cheio de água até a marca apropriada;
- acoplar o circuito de conexão da cânula nasal à saída do umidificador;
- estabelecer a velocidade do fluxo de acordo com a prescrição médica;
- verificar se o oxigênio está fluindo através dos orifícios das extremidades da cânula;
- posicionar as extremidades da cânula no nariz do paciente e ajustar sua passagem por trás das orelhas confortavelmente;
- registrar a velocidade do fluxo usada e as respostas imediatas do paciente;
- avaliar as condições do paciente, através da oximetria ou gasometria arterial (quando solicitada pelo médico), e o funcionamento do equipamento em intervalos regulares;
- determinar o conforto do paciente com o uso de oxigênio;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

6.3 INSTALAÇÃO DE MÁSCARA DE VENTURI

INDICAÇÃO:

dispositivo de fluxo elevado (máximo de 50%) para a administração de oxigênio.

MATERIAIS:

- fonte de oxigênio com umidificador;
- umidificador cheio de água destilada estéril;
- extensor, em tamanho suficiente para permitir a movimentação do paciente no leito e fora dele;

- fluxômetro;
- máscara de Venturi, de acordo com a concentração de O_2 a ser administrada com adaptador para a concentração desejada (24%, 28%, 31%, 35%, 40% e 50%) – de acordo com o percentual de O_2 oferecido, as cores variam.

PROCEDIMENTO:

- higienizar as mãos;
- reunir o material e levá-lo até o leito;
- checar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- verificar o risco de retenção de CO_2 com administração de oxigênio;
- apresentar-se, explicar o procedimento, mostrar a máscara e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- conectar a máscara ao circuito e este à fonte de oxigênio;
- abrir o fluxômetro de oxigênio e ajustá-lo de acordo com o fluxo prescrito;
- verificar se o oxigênio está fluindo pelos orifícios de ventilação da máscara;
- posicionar a máscara de Venturi sobre o nariz e a boca e sob o queixo do paciente, ajustando a faixa elástica;
- certificar-se de que os orifícios para entrada de ar não estão obstruídos pela roupa de cama do paciente;
- registrar a velocidade de fluxo usada, a resposta imediata do paciente e a tolerância do paciente ao tratamento;
- notificar se houver intolerância;
- se houver retenção de CO_2 , verificar a gasometria arterial até que a PaO_2 seja > 50 mmHg e a $PaCO_2$ não esteja mais aumentada;
- monitorizar o pH e notificar se o pH diminui abaixo do valor da avaliação inicial;

- determinar o conforto do paciente com o uso do oxigênio;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram.

6.4 ASPIRAÇÃO DE CAVIDADE NASAL E ORAL

INDICAÇÃO:

manter as vias aéreas desobstruídas.

MATERIAIS:

- avental descartável;
- bandeja;
- frasco de aspiração;
- luvas de procedimento;
- máscara cirúrgica;
- óculos de proteção;
- solução fisiológica ou água destilada;
- cateter de aspiração estéril;
- lubrificante hidrossolúvel para aspiração nasofaríngea;
- oxímetro;
- vacuômetro ou aspirador.

PROCEDIMENTO:

- higienizar as mãos;
- preparar a bandeja com o material necessário;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- colocar o paciente em posição semi-Fowler ou sentado, quando possível;
- instalar oxímetro e monitorá-lo no decorrer do procedimento;

- adaptar o vacuômetro ou o aspirador ao frasco coletor;
- colocar máscara cirúrgica, óculos protetor e avental descartável;
- adaptar a sonda à extensão do aspirador;
- colocar as luvas de procedimento;
- ligar o aspirador ou o vacuômetro e regular sua pressão;
- lubrificar a ponta do cateter com lubrificante hidrossolúvel;
- com a mão dominante, introduzir a sonda em uma das narinas, clampeada, e aspirar retirando a sonda, em movimento circular, por no máximo 15 segundos;
- deixar o paciente descansar por 20 ou 30 segundos e repetir o procedimento se necessário, avaliando a condição respiratória do paciente;
- após a aspiração da cavidade nasal, introduzir a sonda na cavidade oral, realizando o mesmo procedimento descrito acima;
- lavar a extensão do aspirador ou vacuômetro com água destilada e descartar a sonda;
- deixar o paciente confortável e recolher o material;
- fazer o descarte adequado do material utilizado;
- higienizar as mãos;
- checar a prescrição;
- anotar o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente, registrando o aspecto, a quantidade da secreção e a reação do paciente durante e após o procedimento.

6.5 ASPIRAÇÃO DE TUBO OROTRAQUEAL

INDICAÇÃO:

manter as vias aéreas desobstruídas.

MATERIAIS:

- avental descartável;
- bandeja;
- frasco de aspiração;
- luva estéril;
- máscara cirúrgica;
- óculos de proteção;
- solução fisiológica ou água destilada;
- sonda de aspiração;
- oxímetro;
- vacuômetro ou aspirador.

PROCEDIMENTO:

- higienizar as mãos;
- preparar a bandeja com o material necessário;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- colocar o paciente em posição semi-Fowler ou sentado, quando possível;
- instalar oxímetro;
- adaptar o vacuômetro ou aspirador ao frasco coletor;
- colocar máscara cirúrgica, óculos protetores e avental descartável;
- abrir a extremidade do invólucro da sonda, conectando-a à extensão do aspirador ou vacuômetro, mantendo o restante da sonda dentro do invólucro;
- colocar a luva estéril na mão dominante;
- ligar o aspirador ou o vacuômetro e regular sua pressão com a mão não dominante;

- retirar a sonda do invólucro, sem contaminá-la, com a mão dominante;
- aumentar a oferta de O_2 a 100% por pelo menos 1 minuto, para prevenir hipoxemia e não agravar o quadro clínico do paciente;
- desconectar o tubo do circuito do respirador, com a mão não dominante;
- introduzir a sonda no tubo, clampeada, até encontrar resistência ou ocorrer tosse por estimulação;
- aspirar, retirando a sonda com movimento circular, sem exceder 10 segundos;
- reconectar o tubo do paciente ao respirador, deixando-o descansar por pelo menos 30 segundos;
- repetir o procedimento, se necessário, mas sem exceder mais do que três ou quatro aspirações por sessão;
- após a primeira aspiração, deve-se avaliar a necessidade de se umidificar (fluidificar) a secreção;
- se necessário, deve-se instilar soro fisiológico 0,9% em pequenas frações, não ultrapassando o volume de 5 ml;
- lavar a extensão do aspirador ou vacuômetro com solução estéril, protegendo-o com uma embalagem limpa e seca, e descartar a sonda;
- deixar o paciente confortável e recolher o material;
- fazer o descarte adequado do material utilizado;
- higienizar as mãos;
- checar a prescrição;
- anotar o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente, registrando o aspecto, a quantidade da secreção e a reação do paciente durante e após o procedimento.

OBSERVAÇÕES:

- fazer a técnica de aspiração de preferência por duas pessoas, para evitar a contaminação do tubo/circuito;
- realizar a técnica observando o ritmo cardíaco e a saturação de oxigênio com o oxímetro, para monitorar condições em que haja hipoxemia (PaO_2 menor que 60 mmHg), pois, nesta faixa, há uma correlação entre a PaO_2 e a saturação de hemoglobina.

6.6 ASPIRAÇÃO DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA**INDICAÇÃO:**

manter as vias aéreas desobstruídas.

MATERIAIS:

- avental descartável;
- bandeja;
- frasco de aspiração;
- luvas de procedimento;
- luvas estéreis;
- máscara cirúrgica;
- óculos de proteção;
- solução fisiológica ou água destilada;
- sonda de aspiração;
- oxímetro;
- vacuômetro ou aspirador.

PROCEDIMENTO:

- higienizar as mãos;
- preparar a bandeja com o material necessário;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;

- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- colocar o paciente em posição semi-Fowler ou sentado, quando possível;
- instalar oxímetro;
- adaptar o vacuômetro ou o aspirador ao frasco coletor;
- colocar máscara cirúrgica, óculos protetor e avental descartável;
- abrir a extremidade do invólucro da sonda, conectando-a à extensão do aspirador ou vacuômetro, mantendo o restante da sonda dentro do invólucro;
- colocar a luva estéril na mão dominante;
- ligar o aspirador ou vacuômetro e regular sua pressão, com a mão não dominante;
- retirar a sonda do invólucro, sem contaminá-la, com a mão dominante;
- solicitar ao paciente que faça uma inspiração profunda, quando possível, e, se não for possível, realizar uma hiperventilação;
- introduzir a sonda clampeada por cerca de 12 a 14 cm (2 a 3 cm além do comprimento da cânula);
- aspirar, retirando a sonda com movimento circular, sem exceder 10 segundos;
- deixar o paciente descansar por 20 a 30 segundos e repetir o procedimento, se necessário;
- lavar a extensão do aspirador ou vacuômetro com solução estéril e descartar a sonda;
- deixar o paciente confortável e recolher o material;
- fazer o descarte adequado do material utilizado;
- higienizar as mãos;
- checar a prescrição;
- anotar o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente, registrando informações sobre

a secreção (aspecto e a quantidade) e a reação do paciente durante e após o procedimento.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

BARBOSA, A. L. Complicações não clínicas da ventilação mecânica: ênfase no cuidado de Enfermagem neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 439-443, out./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000400012&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 dez. 2015.

BORK, A. M. T. *Enfermagem baseada em evidências*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S et al. *Procedimentos de Enfermagem: guia prático*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2009.

FARIAS, G. M. Aspiração endotraqueal: estudo em pacientes de uma unidade de urgência e terapia intensiva de um hospital da região metropolitana de Natal – RN. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 8, n. 1, p. 63-69, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/942/1149>>. Acesso em: 19 dez. 2015.

LUZ, S. *Aspiração endotraqueal*. São Paulo: [s.n.], 2010. Disponível em: <http://www.portaldafenfermagem.com.br/protocolos_read.asp?id=252>. Acesso em: 19 dez. 2015.

_____. *Aspiração de traqueostomia*. São Paulo: [s.n.], 2010. Disponível em: <http://www.portaldafenfermagem.com.br/protocolos_read.asp?id=250>. Acesso em: 19 dez. 2015.

_____. *Aspiração de vias aéreas superiores*. São Paulo: [s.n.], 2010. Disponível em: <http://www.portaldafenfermagem.com.br/protocolos_read.asp?id=251>. Acesso em: 19 dez. 2015.

MARTINS, J. J. Necessidade de aspiração de secreção endotraqueal: critérios utilizados por uma equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 7, n. 4, p. 517-522, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6660/3918>>. Acesso em: 19 dez. 2015.

NETTINA, S. M. *Prática de Enfermagem*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

VEIGA, D. A.; CROSSETTI, M. G. O. *Manual de técnicas de Enfermagem*. 8. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

7 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À ALIMENTAÇÃO

Os cuidados de Enfermagem relacionados à passagem de sonda nasogástrica e nasoentereal e à lavagem gástrica são abordados neste capítulo.

7.1 SONDAGEM NASOGÁSTRICA

INDICAÇÃO:

drenagem de conteúdo gástrico, realização de lavagem do estômago, administração de medicamentos ou de nutrição enteral.

MATERIAIS:

- adesivo tipo Micropore® e esparadrapo;
- bandeja;
- estetoscópio;
- gaze;
- luvas de procedimento;
- seringa de 10 ou 20 ml;

- sonda tipo Levine (nº 14 a 22 para uso adulto ou nº 6 a 12 para uso pediátrico);
- xilocaína tipo gel 2%;
- tiras indicadoras de pH (se necessário).

PROCEDIMENTO:

- higienizar as mãos;
- preparar a bandeja com o material necessário;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- posicionar o paciente em posição de Fowler, quando indicado;
- calçar as luvas de procedimento;
- verificar o uso de prótese dentária e solicitar ao paciente que a retire;
- solicitar ao paciente que realize a higienização das narinas;
- após inspecionar as narinas com uso de uma lanterna de bolso para detectar anormalidades, ocluir cada narina e solicitar que o paciente respire para determinar qual narina está mais pérvia, pois é nesta que a sonda será introduzida;
- medir a extremidade que contém os orifícios da sonda desde a ponta do nariz até o lóbulo da orelha e deste até a borda inferior do apêndice xifoide, marcando na sonda com adesivo até onde deve ser introduzido;
- utilizar xilocaína em gel 2% em gaze para lubrificar a ponta da sonda (7-10 cm); desprezar um pouco de xilocaína antes do procedimento;
- solicitar ao paciente para fletir a cabeça, até encostar o queixo no tórax;

- introduzir a sonda suavemente (um recurso que pode ser utilizado quando a sonda atingir a faringe do paciente é oferecer-lhe água e pedir que a beba para evitar o reflexo de tosse e ajudar a passagem da sonda);
- voltar a cabeça para a posição anatômica;
- continuar a introduzir a sonda até a marca estabelecida;
- para verificar o posicionamento da sonda após a introdução, utilizar algumas técnicas como:
 - aspirar resíduo gástrico pela sonda (identificar o ph com o uso de fitas apropriadas em crianças);
 - posicionar o estetoscópio na região gástrica e injetar rapidamente na sonda de 10 a 20 ml de ar, se adulto, ou até 5 ml, se criança, auscultando simultaneamente o ruído produzido;
 - introduzir a ponta externa da sonda em recipiente com água para verificar se há o surgimento de borbulhas sincronizadas com os movimentos respiratórios (indicando que está no pulmão);
- fixar a sonda, primeiramente colocando um adesivo tipo Micropore® no nariz do paciente e, após, fixando uma ponta de esparadrapo no nariz e a outra ponta na sonda;
- deixar o paciente confortável e recolher o material;
- fazer o descarte adequado do material utilizado;
- higienizar as mãos;
- checar a prescrição;
- registrar o procedimento realizado e as intercorrências, caso ocorram, na folha de registros de enfermagem do prontuário do paciente.

OBSERVAÇÕES:

No caso de aspiração do conteúdo gástrico, este deve ser devolvido ao estômago, exceto se o volume for excessivo (maior que 200 ml).

7.2 SONDA GEM NASOENTERAL**INDICAÇÃO:**

obtenção de via de acesso para nutrição enteral e administração de medicamentos.

MATERIAIS:

- adesivo tipo Micropore® e esparadrapo;
- bandeja;
- compressa;
- estetoscópio;
- gaze;
- luvas de procedimento;
- seringa de 20 ml;
- sonda enteral (nº 6 a 10 para uso pediátrico ou nº 8 a 12 para uso adulto);
- recipiente ou cuba com água;
- xilocaína tipo gel 2%.

PROCEDIMENTO:

- lavar as mãos;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- preparar a bandeja com o material necessário;

- posicionar o paciente em posição semi-Fowler quando indicado;
- calçar as luvas de procedimento;
- verificar o uso de prótese dentária e solicitar ao paciente que a retire;
- solicitar ao paciente que realize a higienização das narinas;
- após inspecionar as narinas com uso de uma lanterna de bolso para detectar anormalidades, ocluir cada narina e solicitar que o paciente respire para determinar qual narina está mais pérvia e em qual delas será introduzida a sonda;
- medir a extremidade que contém os orifícios da sonda desde a ponta do nariz até o lóbulo da orelha e deste até a borda inferior do apêndice xifoide, marcando na sonda com adesivo até onde deve ser introduzido;
- acrescentar a medida da borda inferior do apêndice xifoide até a cicatriz umbilical;
- colocar xilocaína em gel 2% e, após, colocar em gaze para lubrificar a ponta da sonda;
- solicitar ao paciente para fletir a cabeça, até encostar o queixo no tórax;
- introduzir a sonda suavemente (um recurso que pode ser utilizado quando a sonda atingir a faringe do paciente é oferecer-lhe água e pedir que a beba para evitar o reflexo de tosse e facilitar a passagem da sonda);
- voltar a cabeça para a posição anatômica;
- continuar a introduzir a sonda até a marca estabelecida;
- retirar o fio-guia da sonda, segurando-a para evitar que se desloque;
- para verificar o posicionamento da sonda após a introdução, utilizar algumas técnicas como:

- posicionar o estetoscópio na região gástrica e injetar na sonda de 10 a 20 ml de ar rapidamente, auscultando simultaneamente o ruído produzido;
- introduzir a ponta externa da sonda em cuba com água para verificar se há o surgimento de borbulhas durante a expiração (indicando que está no pulmão);
- aspirar líquido da sonda para identificar o pH com o uso de fitas apropriadas;
- em algumas instituições é solicitado que o paciente realize uma radiografia de tórax para a verificação correta do posicionamento da sonda;
- fixar a sonda, primeiramente colocando um adesivo tipo Micropore® no nariz do paciente e, após, fixando uma ponta de esparadrapo no nariz e a outra ponta na sonda;
- deixar o paciente confortável e recolher o material;
- fazer o descarte adequado do material utilizado;
- higienizar as mãos;
- checar a prescrição;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram, na folha de registros de enfermagem do prontuário do paciente.

OBSERVAÇÕES:

No caso de aspiração do conteúdo gástrico, este deve ser devolvido ao estômago, exceto se o volume for excessivo (maior que 200 ml).

7.3 LAVAGEM GÁSTRICA

INDICAÇÃO:

é realizada em caso de intoxicações exógenas ou para drenagem do estômago nos casos de cirurgia ou exames diagnósticos.

MATERIAIS:

- material para a sondagem nasogástrica com sonda gástrica com lúmen grande;
- 2 a 3 litros de soro fisiológico 0,9%, água destilada ou solução prescrita;
- conector em “y”;
- bolsa/frasco de drenagem;
- luvas de procedimento;
- dispositivo de fechamento (*clamp*).

PROCEDIMENTO:

- reunir o material;
- higienizar as mãos;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- calçar luvas de procedimento;
- realizar sondagem nasogástrica com os testes para verificar posicionamento da sonda;
- inserir o conector em “y” na sonda;
- inserir o extensor da bolsa irrigadora em uma das entradas do conector em “y”;
- inserir na bolsa/frasco de drenagem a entrada remanescente do conector;
- manter o sistema clampeado;
- suspender o sistema de irrigação em um suporte, deixando a bolsa de irrigação no maior nível possível;
- iniciar a lavagem abrindo o dispositivo de fechamento da bolsa irrigadora e instilando em torno de 200 a 300 ml da solução;

- clampar o tubo de irrigação e descampar o tubo de drenagem para que a solução reflua;
- medir a quantidade que refluiu, comparando-a com a quantidade de solução irrigada para verificar se a medida que retornou é no mínimo igual à que entrou;
- se a quantidade drenada for menor que a instilada, reposicionar o tubo e massagear delicadamente o abdome para auxiliar o refluxo;
- avaliar os sinais vitais, a eliminação urinária e o nível de consciência a cada 15 minutos (em caso de alterações, remover o tubo);
- repetir o procedimento até o fluido estomacal parecer claro;
- retirar a sonda;
- recolher o material e encaminhá-lo para o expurgo;
- higienizar as mãos;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram, no prontuário do paciente.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

- BEST Practices: Evidence-Based Nursing Procedures*. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- BORK, A. M. T. *Enfermagem baseada em evidências*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- CARMAGNANI, M. I. S. et al. *Procedimentos de Enfermagem: guia prático*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2009.
- VEIGA, D. A.; CROSSETI, M. G. *Manual de técnicas de Enfermagem*. 9. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2000.

8 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À ELIMINAÇÃO

Este capítulo aborda os cuidados de Enfermagem relacionados à passagem de sonda vesical, tanto de alívio quanto de demora, e os cuidados relacionados à lavagem intestinal.

8.1 SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO

INDICAÇÃO:

esvaziar a bexiga em casos de retenção urinária, coletar material para exames, instilar medicamentos e controlar o débito urinário.

MATERIAIS:

- bandeja;
- biombo;
- cálice graduado;
- pacote de cateterismo vesical: campo fenestrado, cuba rim, pinça e cuba redonda;
- gaze (pacote);

- lubrificante anestésico 2%;
- luvas estéreis cirúrgicas;
- luvas de procedimento;
- material para higiene íntima;
- antisséptico: clorexidina aquosa;
- sonda uretral;
- mesa auxiliar;
- foco de luz ou lanterna.

PROCEDIMENTO:

- higienizar as mãos;
- reunir o material na bandeja e levá-lo até o paciente;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- promover a privacidade do paciente;
- posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- colocar as luvas de procedimento;
- fazer a higiene íntima do paciente com água e sabão;
- descartar o material utilizado na higiene íntima;
- retirar as luvas de procedimento;
- higienizar as mãos;
- abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar e aproximá-lo do leito;
- abrir o material descartável, com técnica estéril, sobre o campo (sonda uretral, gaze estéril);
- colocar antisséptico na cuba redonda;
- colocar lubrificante anestésico na cuba rim;
- calçar as luvas estéreis;

- no **HOMEM**, retrain o prepúcio, da glândula para a base do pênis, trocando a gaze a cada etapa da higienização;
- na **MULHER**, fazer a antisepsia do meato urinário com movimento para baixo em direção ao períneo com auxílio de pinça Pean e gaze;
- colocar o campo fenestrado;
- no **HOMEM**, posicionar o pênis do paciente perpendicularmente ao corpo;
- na **MULHER**, separar os pequenos lábios com o polegar e o indicador da mão não dominante, expondo o vestíbulo da vagina, dando atenção especial ao meato uretral;
- lubrificar a sonda uretral com o anestésico em gel;
- introduzir a sonda uretral no meato urinário delicadamente, colocando a extremidade distal da sonda dentro da cuba rim, até observar a drenagem da urina;
- ao término do fluxo urinário, retirar lentamente a sonda;
- deixar o paciente confortável;
- recolher o material do quarto, mantendo o leito organizado;
- encaminhar o material permanente e o resíduo para o expurgo;
- medir o volume urinário no cálice graduado e desprezá-lo no expurgo;
- lavar a bandeja com água e sabão, secá-la com papel toalha e passar álcool 70%;
- retirar as luvas estéreis;
- higienizar as mãos;
- checar a prescrição médica e anotar o procedimento realizado, registrando o volume, o aspecto e a coloração da urina no prontuário do paciente.

8.2 SONDAGEM VESICAL DE DEMORA

INDICAÇÃO:

controlar o volume urinário, possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução, ou em pós-operatório de cirurgias.

MATERIAIS:

- adesivo hipoalergênico, tipo Micropore®;
- água destilada (20 ml);
- bandeja;
- biombo;
- coletor de urina de sistema fechado estéril;
- duas agulhas 40 x 1,2 mm;
- luvas estéreis cirúrgicas e luvas de procedimento;
- lubrificante anestésico em gel 2%;
- material para higiene íntima: água e sabão;
- material de cateterismo vesical (campo fenestrado, cuba rim, cuba redonda, pinça e gaze);
- antisséptico: PVPI tópico ou clorexidina aquosa;
- 2 seringas de 20 ml;
- sonda Foley de calibre adequado;
- mesa auxiliar.

PROCEDIMENTO:

- higienizar as mãos;
- reunir o material na bandeja e levá-lo para o quarto do paciente;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;

- promover a privacidade do paciente;
- posicionar o paciente em decúbito dorsal com os membros fletidos ou afastados;
- colocar as luvas de procedimento;
- fazer a higiene íntima do paciente com água e sabão;
- retirar o material utilizado na higiene íntima;
- retirar as luvas de procedimento;
- higienizar as mãos;
- abrir a embalagem do material de cateterismo sobre a mesa auxiliar e aproximá-lo do leito;
- abrir o material descartável com técnica estéril sobre o campo (sonda Foley, seringas, agulhas, gaze estéril e sistema coletor fechado);
- colocar antisséptico na cuba redonda;
- calçar as luvas estéreis;
- testar o balonete (*cuff*) e a válvula da sonda com seringa de 20 ml com ar;
- no **HOMEM**, colocar lubrificante anestésico estéril na seringa de 20 ml com a ajuda de um colega (5 ml);
- no **HOMEM**, fazer a antisepsia do meato urinário para a base do pênis, trocar a gaze em cada etapa;
- na **MULHER**, fazer a antisepsia do meato urinário com movimentos para baixo em direção ao períneo (da frente para trás) com auxílio de pinça Pean e gazes embebidas em antisséptico;
- colocar o campo fenestrado;
- no **HOMEM**, posicionar o pênis perpendicularmente ao corpo do paciente, introduzir o bico da seringa no meato urinário e injetar o lubrificante anestésico lentamente;
- na **MULHER**, separar os pequenos lábios com o polegar e o indicador da mão não dominante, expor o vestibulo da vagina e fazer a antisepsia local;

- na MULHER, lubrificar a sonda uretral com anestésico, utilizando uma gaze estéril de apoio;
- introduzir a sonda Foley no meato urinário até a extremidade distal ou até observar a drenagem da urina;
- inflar o balonete com água destilada conforme instrução do fabricante e tracioná-lo levemente;
- no HOMEM, fixar a sonda na região inguinal D ou E com adesivo hipoalergênico e, na mulher, na face interna da coxa;
- retirar as luvas estéreis;
- prender o coletor na parte inferior do leito, após rotulá-lo com a data abaixo da linha do trocater do paciente;
- deixar o paciente confortável;
- recolher o material do quarto, mantendo o leito organizado;
- encaminhar o material permanente e o resíduo para o expurgo, fazendo o descarte adequado do material utilizado;
- lavar a bandeja com água e sabão, secá-la com papel toalha e passar álcool 70%;
- higienizar as mãos;
- checar a prescrição médica, registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram, anotando o volume, o aspecto e a coloração da urina no prontuário do paciente.

8.3 LAVAGEM INTESTINAL

INDICAÇÃO:

estimular o peristaltismo e promover o esvaziamento intestinal para a realização de procedimento diagnóstico ou terapêutico em pacientes internados, ambulatoriais e de pronto-atendimento com prescrição médica.

MATERIAIS:

- bandeja;
- biombo;
- comadre;
- equipo de soro;
- gaze;
- impermeável/saco plástico aberto;
- lidocaína em gel 2%;
- luvas de procedimento, avental descartável e óculos;
- solução prescrita;
- soro fisiológico;
- sonda retal (nº 20, 22 ou 24);
- suporte de soro.

PROCEDIMENTO:

- verificar a prescrição médica;
- higienizar as mãos;
- preparar a solução prescrita para a lavagem e aquecê-la até a temperatura de 37 °C;
- adaptar o equipo de soro ao frasco com a solução preparada para a lavagem;
- preencher a câmara de gotejamento e retirar o ar da extensão do equipo;
- preparar o material necessário para o procedimento em uma bandeja;
- levar o material até o paciente;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;

- promover a privacidade do paciente, colocando biombo, fechar a porta do quarto e cobrir o paciente, deixando as nádegas expostas;
- forrar o leito com material impermeável ou plástico;
- orientar/auxiliar/colocar o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo com membro inferior esquerdo estendido e membro inferior direito fletido), cama baixa e sem travesseiro;
- pendurar o frasco da solução em suporte de soro com altura não superior a 70 cm em relação ao leito;
- calçar luvas de procedimento, avental descartável e óculos;
- lubrificar a sonda retal com lidocaína em gel 2%;
- afastar a nádega direita do paciente com uma das mãos para visualizar o ânus e observar se há presença de hemorroidas, fístulas ou lesões perianais;
- introduzir suavemente, por 7 a 12 cm, a sonda retal lubrificada;
- abrir o equipo e infundir a solução lentamente, solicitando ao paciente que respire pausadamente;
- quando terminar a infusão da solução, fechar o equipo e retirar a sonda retal;
- orientar o paciente para que respire profundamente, retendo a solução pelo maior tempo que conseguir, contraindo o esfíncter anal;
- ajudar o paciente a ir ao banheiro ou oferecer-lhe a comadre, elevando a cabeceira do leito (se não houver contra-indicação);
- orientar o paciente a, ao utilizar o vaso sanitário, solicitar ao profissional de enfermagem que verifique o aspecto da eliminação;
- auxiliar o paciente na higiene perianal;
- deixar o paciente confortável;
- recolher o material, mantendo o leito organizado;
- encaminhar o material permanente e o resíduo para o expurgo;
- lavar a bandeja com água e sabão, secá-la com papel toalha e passar álcool 70%;

- descartar o conteúdo da comadre no vaso sanitário e lavar a comadre no expurgo;
- retirar as luvas de procedimento;
- higienizar as mãos;
- checar e anotar o procedimento realizado, descrevendo o resultado obtido e as intercorrências, caso ocorram, na folha de registros de enfermagem no prontuário do paciente.

8.3.1 TROCA DE BOLSA COLETORA

INDICAÇÃO:

as bolsas de colostomia devem ser trocadas rotineiramente para evitar vazamentos, além de permitir a inspeção da pele em volta do estoma; a frequência da troca pode variar de 3 a 7 dias, de acordo com as características da bolsa e as necessidades do indivíduo.

MATERIAIS:

- placa e bolsa coletora;
- compressa;
- toalha;
- luvas de procedimento;
- dispositivo de fechamento (*clamp*).

PROCEDIMENTO

- higienizar as mãos;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- proporcionar privacidade ao paciente, fechando as cortinas ou utilizando biombos;

- solicitar ao paciente que assuma uma posição confortável (as melhores posições para a troca são a sentada, a reclinada ou a em pé);
- calçar luvas de procedimento;
- iniciar a retirada empurrando levemente a pele para baixo enquanto a placa é levantada;
- descartar a bolsa e a placa sujas em recipiente adequado;
- se necessário, usar papel higiênico para remover fezes do estoma e da pele;
- limpar o estoma e a pele periostomal com compressa e água (sabão opcional) – se necessário, realizar tricotomia na região periostomal;
- enxaguar e secar a pele cuidadosamente após a limpeza;
- usar uma guia de medida para determinar o tamanho do estoma;
- traçar o tamanho correto na parte posterior da placa e cortá-la no tamanho do estoma (é aceito um corte de 1 cm maior que o estoma);
- aplicar uma barreira cutânea (pasta indicada pelo fabricante ou faixas) ao redor do estoma ou no lábio da abertura da placa;
- remover o papel na parte posterior da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele ao redor do estoma;
- fixar a bolsa sobre as bordas da placa de acordo com as orientações do fabricante;
- aplicar o dispositivo de fechamento (*clamp*) à extremidade da bolsa;
- retirar o material do quarto e encaminhá-lo para o expurgo;
- retirar as luvas e higienizar as mãos;
- registrar o procedimento e as intercorrências, caso ocorram, no prontuário do paciente.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

CARMAGNANI, M. I. S. et al. *Procedimentos de Enfermagem: guia prático*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

NETTINA, S. M. *Prática de Enfermagem*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

TIMBY, B. K. *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de Enfermagem*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

9 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS A CURATIVOS

Neste capítulo serão abordados os principais cuidados de Enfermagem relacionados aos curativos feitos em ferida aberta e cirúrgica.

9.1 CURATIVO EM FERIDA ABERTA

INDICAÇÃO:

proporcionar o ambiente ideal com vistas à reparação tecidual.

MATERIAIS:

- adesivo (tipo Micropore® ou hipoalergênico ou fita crepe para as ataduras);
- agulha de 40 x 1,2 mm;
- álcool gel;
- apósito (se necessário);
- atadura de crepe (se necessário);
- bandeja com pacote de curativo;

- carrinho de curativo ou mesa auxiliar;
- cobertura primária prescrita;
- compressa (se necessário);
- cuba rim;
- gaze estéril;
- luvas de procedimento ou estéreis (se necessário);
- solução fisiológica 0,9% aquecida a 37 °C;
- seringa de 20 ml;
- saco branco para material infectante.

PROCEDIMENTO:

- higienizar as mãos;
- reunir o material na bandeja e levá-lo ao quarto do paciente;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- promover a privacidade do paciente, colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto;
- posicionar o paciente, assegurando a visualização e o manuseio da ferida;
- realizar novamente a higienização das mãos com álcool gel;
- abrir o pacote de curativo na mesa auxiliar ou no carro de curativo;
- abrir o pacote de gazes, cuba rim, seringa, agulha, entre outros materiais necessários, e colocá-los no campo de curativo;
- retirar o curativo anterior, descolando parte do adesivo com uma pinça do tipo dente de rato ou com auxílio da mão enluvada, podendo umedecer o curativo em solução fisiológica 0,9%;
- limpar a pele ao redor da ferida com solução fisiológica 0,9% a 37 °C;
- proceder à limpeza de acordo com a avaliação da ferida:

- etiologia;
- dimensões;
- existência de locas, fístulas e/ou trajetos fistulosos;
- exsudato;
- odor;
- dor;
- tipo de tecido/leito da ferida;
- bordas da ferida e pele perilesional e sinais de colonização crítica/infecção;
- efetuar reavaliação frequentemente e, se detectadas alterações na mudança de apósito, reavaliar e alterar, se necessário, o plano terapêutico;
- se a ferida for crônica, pode ser utilizada água corrente; o método de limpeza mais eficaz é a irrigação com pressão entre 4 e 15 psi (seringa de 20 ml conectada a uma agulha de 18 G = 9,5 psi);
- realizar desbridamento (cirúrgico, cortante, enzimático ou autolítico) de tecidos não viáveis, caso necessário, conforme avaliação do enfermeiro ou médico;
- colocar a cobertura primária (preencher a cavidade se a lesão for profunda);
- ocluir com gazes, utilizando apósitos (carbometilcelulose, espumas e alginatos) ou compressas sobre a cobertura primária – se necessário, controlar o exsudato;
- retirar as luvas de procedimento, se utilizadas;
- fixar o curativo com adesivo (evitar locais com lesões de pele) ou enfaixar com a atadura de crepe (de acordo com a região do corpo);
- deixar o paciente em posição confortável;
- retirar o material utilizado juntamente com o campo, levá-lo para o expurgo e descartar o material descartável em saco apropriado;
- descartar o material perfurocortante em recipiente próprio;

- fazer a desinfecção da mesa auxiliar ou do carro de curativo com álcool 70% ou solução desinfetante preconizada pelo hospital;
- lavar a bandeja com água e sabão, secá-la com papel toalha e passar álcool 70% ou solução desinfetante preconizada pelo hospital;
- higienizar as mãos;
- registrar o curativo na prescrição de enfermagem e registrar na folha de evolução ou de registro de enfermagem no prontuário do paciente, conforme a avaliação realizada (etiologia; dimensões; existência de locas, fístulas e/ou trajetos fistulosos; exsudato; odor; dor; tipo de tecido/leito da ferida; bordas da ferida e pele perilesional e sinais de colonização crítica/infecção), bem como eventuais intercorrências, caso ocorram.

9.2 CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA

INDICAÇÃO:

prevenir infecção no local da ferida operatória de pacientes internados e ambulatoriais.

MATERIAIS:

- adesivo (tipo Micropore® ou hipoalergênico);
- bandeja;
- luva estéril ou de procedimento;
- mesa auxiliar;
- pacote de curativo;
- pacotes de gaze estéril;
- saco de lixo branco;
- solução fisiológica 0,9% aquecida a 37 °C.

PROCEDIMENTO:

- higienizar as mãos;

- reunir o material na bandeja e levá-lo até o paciente;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível
- promover a privacidade do paciente, colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto;
- posicionar o paciente de acordo com o local da ferida operatória;
- abrir o pacote de curativo na mesa auxiliar ou no carro de curativo;
- abrir o pacote de gazes estéreis e colocá-lo no campo do curativo;
- retirar o curativo anterior com uma pinça do tipo dente de rato ou com uma luva de procedimento e descartá-lo no saco de lixo branco;
- limpar a ferida com gaze estéril embebida em solução fisiológica 0,9% aquecida a 37 °C;
- após, limpar ao redor da ferida operatória com solução fisiológica 0,9% aquecida a 37 °C e com o auxílio da pinça Kelly/Crile ou luva estéril;
- ocluir a ferida operatória com a cobertura primária prescrita;
- fixar o curativo com adesivo, caso necessário;
- deixar o paciente em posição confortável;
- retirar o material utilizado com o campo, levá-lo para o expurgo e descartar o material descartável em saco apropriado;
- lavar a bandeja com água e sabão, secá-la com papel toalha e passar álcool 70% ou antisséptico recomendado pela instituição;
- higienizar as mãos;
- registrar o curativo na prescrição de enfermagem, anotar o procedimento realizado, descrevendo o local da ferida, tipo de cicatrização, aspecto, profundidade e diâmetro, sinais flogísticos (calor, hiperemia, dor, edema, isquemia e presença de exsudato), bem como

eventuais intercorrências, e registrar na folha de evolução ou de registro de enfermagem no prontuário do paciente.

OBSERVAÇÕES:

- é recomendado que o primeiro curativo permaneça por até 48 horas, se não houver contraindicação, como presença de dreno, exsudato excessivo e saída acidental do curativo;
- durante o banho, o curativo deve ser protegido com película transparente ou plástico impermeável;
- um curativo com filme transparente diretamente sobre a ferida operatória pode permanecer por até 7 dias (avaliação diária), considerando-se as recomendações do fabricante, condições clínicas do paciente, localização da ferida, tipo do material do curativo, taxas de infecções, etc;
- o curativo nos drenos deve ser isolado do curativo da ferida operatória, sempre que possível, e trocado todas as vezes que apresentar umidade – se necessário, colocar bolsa coletora e medir a drenagem em cada turno;
- a frequência da realização do curativo deve ser individualizada e determinada de acordo com a quantidade de exsudato e/ou conforme orientação do enfermeiro estomaterapeuta ou médico.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

- AFONSO, C. et al (Orgs.). *Prevenção e tratamento de feridas*: da evidência à prática. 1. ed. Braga: Hartmann Portugal, 2014.
- CARMAGNANI, M. I. S. et al. *Procedimentos de Enfermagem*: guia prático. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- FERREIRA, A. M.; ANDRADE, D. Sítio cirúrgico: avaliação e intervenções de Enfermagem no pós-operatório. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 13, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2006.
- SCEMONS, D.; ELSTON, D. *Cuidados com feridas em Enfermagem*. Porto Alegre: AMGH, 2011. (Coleção Nurse to Nurse).

10 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À DRENAGEM TORÁCICA

Este capítulo aborda os principais cuidados relacionados à drenagem torácica e aos cuidados de Enfermagem para a retirada do dreno.

10.1 TROCA DE FRASCO DE DRENAGEM TORÁCICA

INDICAÇÃO:

evitar refluxo do líquido drenado, prevenir infecção e medir o volume drenado.

MATERIAIS:

- água destilada ou solução salina 0,9%;
- bandeja;
- fita adesiva (mais ou menos 30 cm) tipo fita crepe ou esparadrapo;
- frascos de drenagem com capacidade superior a 5 litros e altura de 20 a 25 cm (verificar o sistema de drenagem utilizado: simples,

- aspirativo, três frascos ou frasco coletor sem colocação da haste imersa ou líquido no rasco);
- luvas de procedimento;
 - pacote de curativo.

PROCEDIMENTO:

- higienizar as mãos;
- abrir o frasco de água destilada ou solução salina 0,9%;
- preparar o novo frasco coletor no posto de enfermagem;
- colocar água destilada ou solução salina 0,9% (em torno de 500 ml) no novo frasco até assegurar a imersão de 2 a 4 cm abaixo do nível do líquido ou até a linha de marcação a ser atingida;
- conectar a tampa do frasco;
- se a aspiração for utilizada, despejar a água destilada ou solução salina 0,9% dentro do orifício de controle de aspiração até a quantidade designada ser alcançada (usualmente 20 cm de nível de pressão de água);
- rotular o frasco com as seguintes informações: nome do paciente, leito, data, hora, nome do profissional, quantidade de água destilada ou solução salina 0,9%, e marcar o nível de água com um traço, anotando a data e a hora da troca;
- reunir todo o material na bandeja e levá-lo para o quarto do paciente;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- higienizar as mãos novamente;
- calçar as luvas de procedimento;
- pinçar o dreno próximo ao tórax (com pinça Kocker ou Kelly), enquanto realiza a troca do frasco;

- manter o frasco de drenagem em nível inferior ao tórax do paciente;
- retirar o frasco do dreno e colocar imediatamente o novo frasco preparado, observando se está bem fechado;
- retirar a pinça com o frasco de drenagem abaixo do nível do paciente;
- observar se há oscilação e drenagem e, se necessário, fazer ordenha na extensão;
- posicionar o frasco, evitando formação de alças e colocá-lo sob a cama, abaixo do nível do tórax (60 a 90 cm), devidamente protegido de quedas acidentais;
- medir o volume drenado;
- retirar as luvas de procedimento;
- recolher o material, mantendo o local organizado;
- encaminhar o material permanente e o resíduo para o expurgo;
- lavar a bandeja com água e sabão, secá-la com papel toalha e passar álcool 70% ou antisséptico preconizado na instituição;
- lavar as mãos;
- registrar o procedimento na prescrição de enfermagem e anotar o procedimento realizado, registrando o volume e o aspecto do líquido drenado, bem como eventuais intercorrências, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

OBSERVAÇÕES:

Não fixar ao leito o tubo de borracha (extensão) que conecta o dreno ao frasco de drenagem pelo risco de saída com a mobilização do paciente. Não ocluir o respiro da tampa do frasco. Verificar diariamente as conexões.

10.2 AUXÍLIO NA RETIRADA DE DRENO TORÁCICO

INDICAÇÃO:

providenciar materiais para a retirada de dreno torácico.

MATERIAIS:

- 1 lâmina de bisturi nº 11 ou 15;
- bandeja;
- biombo;
- esparadrapo ou adesivo tipo Micropore®;
- gaze esterilizada;
- luvas de procedimento;
- pacote de curativo;
- clorexidina alcoólica 0,5%.

PROCEDIMENTO:

- higienizar as mãos;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- realizar analgesia conforme prescrição médica;
- preparar a bandeja com o material necessário;
- promover a privacidade do paciente, colocando biombo e/ou fechando a porta do ambiente;
- posicionar o paciente em decúbito lateral ou dorsal, expondo o lado da drenagem torácica;
- higienizar as mãos com solução antisséptica;
- auxiliar o médico, abrindo o material solicitado sobre uma superfície limpa e sem contaminação;

- antes de iniciar a retirada do dreno, preparar um curativo oclusivo com esparadrapo largo ou Micropore® e gazes;
- ordenhar o dreno de tórax, utilizando pinça ou realizando manobra de sucção da parte proximal para distal, verificando se há sangramentos;
- fazer a antissepsia com clorexidina alcoólica 0,5% no local da inserção do dreno;
- retirar a sutura, cortando o fio de sutura com lâmina de bisturi;
- orientar o paciente a expirar e prender a respiração (apneia) durante a retirada do dreno (inspirar somente após a retirada completa do dreno);
- tracionar o dreno e ocluir imediatamente o orifício;
- manter o curativo oclusivo por 48 horas;
- deixar o paciente em posição confortável;
- retirar o material e organizar o local;
- lavar a bandeja com água e sabão, secá-la com papel toalha e passar álcool 70%;
- lavar as mãos;
- registrar o procedimento na prescrição e anotar o procedimento realizado, registrando o aspecto do local da inserção do dreno, bem como eventuais intercorrências, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

OBSERVAÇÕES:

A retirada do dreno de tórax só ocorrerá se a drenagem estiver estabilizada por um período mínimo de 3 horas; em caso de pneumotórax ou hemotórax, o dreno deve ser clampeado por 12 horas antes de ser retirado.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

BORK, A. M. T. *Enfermagem baseada em evidências*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. *Procedimentos de Enfermagem: guia prático*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2009.

VEIGA, D. A.; CROSSETTI, M. G. O. *Manual de técnicas de Enfermagem*. 8. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.



Editora da
UFCSPA