

--- Bacharelado em Enfermagem ---

2017

Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem



Registro - SP

ELABORAÇÃO

André Luiz Thomaz de Souza

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil. Docente no Curso de Enfermagem nas Faculdades Integradas do Vale do Ribeira – FVR. E-mail: alfenas2@hotmail.com

Bárbara de Oliveira Prado Sousa

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP. E-mail: barbaraprado89@hotmail.com

REVISÃO TÉCNICA

Deise Aparecida Carminatte

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade de Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil. Coordenadora no Curso de Enfermagem nas Faculdades Integradas do Vale do Ribeira – FVR. E-mail: deiseac@gmail.com

Gabriela Fulan e Silva

Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Docente no Curso de Enfermagem nas Faculdades Integradas do Vale do Ribeira – FVR. E-mail: gabifulan@yahoo.com

Josiane Lima Gusmão

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Docente no Curso de Enfermagem nas Faculdades Integradas do Vale do Ribeira – FVR. E-mail: josigusmao@gmail.com

Roselene Nunes da Silva e Silva

Enfermeira. Especialista em enfermagem e obstetrícia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo, Brasil. Docente no Curso de Enfermagem nas Faculdades Integradas do Vale do Ribeira – FVR. E-mail: rlene.silva@hotmail.com

Vanessa de Lima Saraiva

Enfermeira. Especialista Urgência e Emergência pela Universidade Tuiuti do Paraná, Paraná, Brasil. Docente no Curso de Enfermagem nas Faculdades Integradas do Vale do Ribeira – FVR. E-mail: enf.saraiva@yahoo.com

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela biblioteca das Faculdades Integradas do Vale do Ribeira

FVR – Faculdades Integradas do Vale do Ribeira

Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem /
Elaboração de André Luiz Thomaz de Souza e Bárbara de Oliveira
Prado Sousa. Registro, 2017.

134p; il.

1. Manual. 2. Enfermagem. 3. Procedimentos básicos. I.
Souza, André Luiz Thomaz de .II. Sousa, Bárbara de Oliveira
Prado. III. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira IV. Título.

CDD: 610.73

APRESENTAÇÃO

A criação deste manual surgiu da necessidade em agrupar informações rápidas, precisas e fundamentadas na literatura sobre a utilização do conhecimento teórico e técnico aplicado aos procedimentos básicos realizados pela enfermagem. Para tanto, o referencial bibliográfico disposto ao final deste manual fornece subsídio na busca por informações sobre os temas apresentados e no fortalecimento da prática segura junto ao paciente.

Por ser um conhecimento de constantes remodelações, apontamos a necessidade da atualização e adequação constante deste manual. O foco é direcionar a assistência de enfermagem fundamentada em evidências disponibilizadas na literatura. Ressalta-se, que os erros encontrados no manual devem ser informados a coordenação do curso para as devidas adequações em edições futuras.

O uso deste manual requer o desenvolvimento de habilidades intelectuais e técnicas que serão aprimoradas durante a trajetória acadêmica. Para potencializar essas habilidades no decorrer do curso, o aluno em associação com professor necessita realizar a educação permanente sobre os aspectos envolvidos na prática assistencial de enfermagem.

Sugere-se, que nas fases iniciais este manual seja utilizado preferencialmente em conjunto com os professores do curso e preceptores de estágio. As eventuais dúvidas referentes aos procedimentos nele incluído, poderão ser questionadas e resolvidas com fundamentação no conhecimento científico de enfermagem e das ciências da saúde.

Por fim destacamos que o objetivo deste manual é facilitar o aprendizado do aluno e possibilitar a comunicação padronizada entre o corpo docente e discente por meio de evidências científicas disponíveis na literatura.

André Luiz Thomaz de Souza

SUMÁRIO

PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM.....	6
HIGIENE ORAL.....	10
BANHO.....	13
HIGIENE DOS CABELOS E COURO CABELUDO EM ACAMADOS.....	16
HIGIENE DA GENITÁLIA.....	17
PREPARO DO LEITO HOSPITALAR.....	20
APLICAÇÃO DE CALOR E FRIO.....	25
POSIÇÕES TERAPÊUTICAS.....	30
MOVIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTE.....	32
RESTRICÇÃO DE MOVIMENTOS.....	41
COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES.....	44
ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE.....	56
CURATIVOS.....	63
BANDAGEM.....	68
RETIRADA DE PONTOS.....	71
CÂNULA DE GUEDEL.....	73
OXIGENIOTERAPIA.....	76
NEBULIZAÇÃO.....	80
ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES.....	82
DRENAGEM TORÁCICA.....	87
SONDAGEM GÁSTRICA.....	90
SONDAGEM ENTERAL.....	94
LAVAGEM GÁSTRICA.....	97
CATETERISMO VESICAL.....	99
IRRIGAÇÃO VESICAL CONTÍNUA.....	107

TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA.....	108
ENTEROCLISMA.....	110
PUNÇÃO VENOSA.....	114
MEDICAÇÕES.....	118
VIA PARENTERAL.....	118
VIA NÃO PARENTERAL.....	121
MEDIDAS DE PRECAUÇÃO.....	123
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	123
LUVA ESTÉRIL.....	124
PRECAUÇÃO PADRÃO.....	127
PRECAUÇÃO POR CONTATO.....	128
PRECAUÇÃO PARA GOTÍCULAS.....	129
PRECAUÇÃO PARA AEROSSOL.....	130
REFERÊNCIAS.....	131
ANEXO A – ESCALA DE BRADEN.....	133

PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM

Os procedimentos básicos de enfermagem envolvem técnicas que podem ser implementadas pela equipe de enfermagem sob supervisão do enfermeiro. A condução das técnicas deve ser fundamentada na literatura e resguardar a segurança do profissional e do paciente. O objetivo dos procedimentos básicos de enfermagem é obter qualidade na assistência oferecida, reduzir custos, auxiliar o paciente na recuperação e promover conforto.

Para implementar os procedimentos básicos de enfermagem, é fundamental que o enfermeiro racionalize o cuidado prestado, o que pode ser obtido por meio das sugestões a seguir:

Processo de trabalho:

- ❖ Orientar o paciente sobre o cuidado que será oferecido;
- ❖ Zelar pelo sigilo profissional;
- ❖ Realizar os registros de enfermagem de forma eficiente;
- ❖ Higienizar as mãos;
- ❖ Sistematizar o ambiente de trabalho para que a execução dos procedimentos de enfermagem ocorra de modo eficaz;
- ❖ Respeitar as preferências do paciente;
- ❖ Atentar-se aos aspectos éticos e legais da profissão;
- ❖ Fundamentar a prática profissional em evidências científicas.

Cuidados pessoais:

- ❖ Manter as unhas naturais limpas, aparadas (comprimento inferior a 0,5 cm) e não retirar as cutículas;
- ❖ Não utilizar anéis, pulseiras e relógio de pulso (aumentam a carga bacteriana da pele e riscos de traumatismo no paciente);
- ❖ Manter os cabelos presos e curtos;
- ❖ Manter o uniforme limpo e não utilizar fora do ambiente hospitalar;
- ❖ Usar calçados limpos, fechados e laváveis;

- ❖ Não levar as mãos ao rosto e cabelo durante a execução das técnicas;
- ❖ Realizar a higienização das mãos conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde.

Além dos itens citados acima o emprego de técnicas assépticas é essencial no controle de infecções. Manter as superfícies limpas e desinfetadas, bem como camas, móveis e outros materiais inanimados tocados com frequência, também são favoráveis no controle de infecções. Alguns conceitos básicos são descritos nos itens abaixo.

Assepsia: consiste em minimizar o aparecimento e disseminação de infecção. A assepsia é a ausência de patógenos produtores de doenças. Existem dois tipos de técnica asséptica:

- **Assepsia médica:** também denominada como técnica limpa inclui procedimentos para reduzir o número de microrganismos presentes e prevenir sua transmissão. A higiene das mãos, o uso de barreiras (p. ex. avental) e a limpeza ambiental de rotina, são exemplos de assepsia médica. A precaução padrão deve ser adotada em todos os procedimentos realizados pela equipe de saúde, isso envolve a higienização das mãos, o uso de luvas, avental, óculos de proteção, máscara e descarte correto de materiais na caixa de perfuro-cortante.
- **Assepsia cirúrgica ou técnica estéril:** previne a contaminação de um determinado local ou objeto. Serve para isolar a área operatória de um ambiente não esterilizado e mantém um campo estéril para cirurgia ou execução de um procedimento. Os objetos em uso são considerados contaminados quando tocados por qualquer outro objeto que não esteja estéril. Isto exige o mais alto nível de técnica asséptica e requer que todas as áreas sejam mantidas livres de microrganismos infecciosos.

Campo estéril: é uma área livre de microrganismos e preparada para receber itens esterilizados. Pode ser preparada usando a superfície interior do invólucro estéril como superfície de trabalho ou usando um tecido estéril ou bandeja coberta.

Limpeza: remoção de toda sujeira (por exemplo, material orgânico e inorgânico) de objetos e superfícies. No geral a limpeza envolve o uso de ação química e ação mecânica com detergentes/sabão ou produtos enzimáticos.

Desinfecção: envolve o processo de eliminação de quase todos os microrganismos de objetos inanimados, com exceção de esporos bacterianos. Existem dois tipos de desinfecção, a desinfecção de superfícies e a desinfecção de alto nível, que é necessário para objetos de cuidados ao paciente, tais como endoscópios e broncoscópios. A desinfecção pode ser realizada com um desinfetante químico ou pela pasteurização úmida (usada para equipamento de terapia respiratória). Exemplos de desinfetantes: álcoois, cloretos, gluteraldeídos, peróxido de hidrogênio e fenóis.

Esterilização: é a eliminação completa ou a destruição de todos os microrganismos, incluindo esporos. O vapor sob pressão, o gás de etileno (ETO), o plasma de peróxido de hidrogênio, dentre outros produtos químicos, são os agentes mais comuns utilizados na esterilização. Além disso, o uso da autoclave (vapor úmido), de estufas (vapor seco) são métodos físicos comuns na esterilização. A decisão de limpar ou limpar e desinfetar ou esterilizar depende da intenção do uso do equipamento em questão. Podemos classificar os equipamentos em três tipos:

- **Críticos:** itens que penetram nos tecidos estéreis ou no sistema vascular. Apresentam alto risco de infecção se estiverem contaminados por microrganismos, especialmente esporos bacterianos. Itens críticos devem ser estéreis. Exemplos: instrumentos cirúrgicos, cateteres cardíacos ou intravasculares, implantes.
- **Semicríticos:** itens que entram em contato com mucosas ou pele não intacta. Esses itens também apresentam risco de infecção e precisam estar livres de todos os microrganismos, exceto esporos bacterianos. Itens semicríticos devem ser submetidos à desinfecção de alto nível ou esterilizados. Exemplos: cânulas endotraqueais, endoscópios, endoscópios gastrointestinais.
- **Não críticos:** são itens que entram em contato com pele intacta, mas não com as mucosas. Esses itens precisam ser limpos e desinfetados. Exemplos: comadres, estetoscópios, mobílias do quarto.

Degermação: envolve a remoção ou redução no número de microrganismos por meio de método químico (uso de antisséptico) ou mecânico (escovação). Realizada principalmente nas mãos e antebraços (por exemplo: no preparo pré-operatório).

Desinfestação: é a eliminação de insetos, roedores ou outros animais (vetores) capazes de transmitir doenças ao homem;

Sanificação: é redução do número de microrganismo a um nível isento de perigo. O hipoclorito de sódio é a principal solução utilizada na sanificação.

Limpeza diária ou concorrente: é limpeza realizada diariamente para manutenção de um ambiente hospital limpo.

Limpeza geral ou terminal: é a limpeza realizada após o paciente receber alta, ser transferido de setor, após óbito ou suspensão de medidas de isolamento.

HIGIENE ORAL

Conceito: higienização da cavidade oral (boca, palato, dentes, gengiva e língua).

Responsáveis pela execução: dentista, enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem.

Materiais necessários:

- Escova de dentes (preferencialmente de cerdas macias) ou *Swab* (risco de sangramento);
- Espátula envolta em gaze, pinça ou cotonetes;
- Pasta de dente ou antisséptico oral;
- Toalha de rosto;
- Saco plástico para resíduos;
- Tubo plástico (canudo);
- Sistema de aspiração montado (sondas de aspiração nº 10, nº 12 ou nº 14);
- Hidratante labial (p. ex. ácidos graxos essenciais (AGE), glicerina, dexpanthenol creme 5%);
- Copo descartável com água;
- Cuba rim ou cuba redonda;
- Equipamento de proteção individual;
- Abaixador de língua.

Etapas para execução:

Etapas iniciais

1. Orientar o paciente sobre o cuidado que será oferecido;
2. Organizar o ambiente;
3. Preparar e levar os materiais necessários, colocando-os em local de fácil acesso (p. ex. mesa de cabeceira).

Paciente acamado “consciente”

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Colocar o paciente na posição de *Fowler* (se possível) ou em decúbito lateral;
3. Organizar o material próximo ao paciente protegendo-o com a toalha;
4. Orientar o paciente sobre o modo correto de escovar os dentes e a língua;
5. Calce as luvas de procedimento;
6. Colocar a cuba rim no queixo do paciente, para receber a água utilizada;
7. Oferecer ao paciente a escova de dentes com água e creme dental;
8. Se necessário escove os dentes e a língua do paciente;

9. Ofereça o copo com água para que o paciente enxágue a boca e cuspa dentro da cuba rim;
10. Seque a boca do cliente;
11. Hidratar os lábios (se necessário);
12. Enxaguar a escova, secá-la e guarda-la em recipiente apropriado;
13. Deixar o paciente confortável;
14. Providenciar a limpeza, a ordem do ambiente e do material;
15. Retire as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
16. Anotar a assistência prestada.

Paciente acamado “inconsciente ou com limitações no autocuidado”

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS e calçar as luvas de procedimento;
2. Colocar o paciente na posição de *Fowler* (se possível) ou em decúbito lateral;
3. Colocar a toalha de rosto sob o queixo do paciente e protegendo a roupa de cama;
4. Adaptar a cuba rim ao lado do queixo do paciente;
5. Usar um abaixador de língua para abrir gentilmente a boca do paciente e deixe entre os molares posteriores;
6. Umedecer o *Swab* ou a gaze com a solução antisséptica e proceder à limpeza dos dentes, gengivas, mucosas da bochecha e palato;
7. Lavar a língua, usando a espátula ou o cotonete;
8. Proceder à aspiração da cavidade bucal;
9. Hidratar os lábios (se necessário);
10. Deixar o paciente confortável;
11. Providenciar a limpeza, a ordem do ambiente e do material;
12. Retire as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
13. Anotar a assistência prestada.

Observações:

- ❖ A frequência da higiene oral está relacionada com a necessidade do paciente. A avaliação da equipe de enfermagem e/ou odontológica determinará a frequência necessária para a higiene oral;
- ❖ A solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% deverá ser utilizada para a cada 12 horas após a realização da higiene oral;
- ❖ Inspeccionar a cavidade oral, observando alterações na mucosa, na salivação, mobilidade dental, presença de cáries, sangramento, quantidade de dentes, edemas e presença de lesões. As alterações identificadas devem ser registradas e comunicadas a equipe de saúde (enfermeiro, médico e cirurgia dentista).

Pacientes que fazem o uso de prótese dentária

- É responsabilidade da enfermagem proceder a higiene da prótese dentária do paciente em situações que ele não consiga realiza-la. Neste caso, a prótese dentária deve ser retirar com cuidado para que não machuque a boca do paciente;
- Recolar a prótese dentária assim que o paciente apresentar condições para o uso;
- Pacientes inconscientes ou submetidos à cirurgia, a prótese dentária não deverá ser colocada;
- Identificar e guardar a prótese dentária do paciente em local seguro.

BANHO

Conceito: higiene corporal do paciente.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem.

Materiais necessários:

- Luvas de procedimento;
- Luvas de banho, pano ou compressa;
- Almotolia com sabonete líquido;
- Material para higiene oral;
- Camisola ou pijama;
- Fralda;
- Sabonete (preferencialmente de pH neutro);
- Hidrante para pele (p. ex. ácidos graxos essenciais – AGE);
- Toalhas de rosto e de banho;
- Jarro, bacias, balde, comadre;
- Roupas de cama para preparo do leito;
- Cadeira de banho (se necessário);
- Biombo;
- Hamper;
- Saco plástico para resíduos.

Etapas para execução:

Etapas iniciais

1. Orientar o paciente sobre o cuidado que será oferecido;
2. Instruir o paciente para que tome banho corretamente;
3. Organizar o ambiente;
4. Manter as janelas fechadas (evitar correntes de ar);
5. Preparar e levar os materiais necessários, colocando-os em local de fácil acesso.

Banho de aspersão (chuveiro)

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Encaminhar o paciente ao banheiro, apoiando ou levando-o em cadeira de banho;
3. Organizar os materiais de banho (toalhas, sabonete, roupa, dentre outros) de modo acessível ao paciente;
4. Abrir o chuveiro e verificar a temperatura da água;
5. Se o paciente não tiver condições de manter-se em pé, disponibilizar uma cadeira de banho ou banquinho;

6. Pedir para que o paciente não tranque a porta, quando estiver sozinho no banheiro;
7. Auxiliar o paciente no banho caso tenha necessidade;
8. Ajudar o paciente a vestir-se (usar roupas adequadas à temperatura ambiente e estação do ano);
9. Providenciar a limpeza, a ordem do ambiente e do material;
10. Retire as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
11. Anotar a assistência prestada.

Banho no leito

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Calçar luvas;
3. Soltar a roupa de cama (começar pelo lado mais distante e retirar o travesseiro);
4. Iniciar o banho pela lavagem do rosto (ensaboar o rosto, começando pelo lado mais distante, abrangendo toda face, orelhas, pescoço e nuca). Na sequência enxaguar e secar;
5. Proceder à higiene oral conforme método descrito;
6. Despir o paciente;
7. Colocar a toalha de banho sobre o tórax, descer o lençol em leque até a região pubiana e deixar os braços do paciente sobre a toalha;
8. Lavar e enxaguar os membros superiores (iniciar sempre pelo membro mais distante e depois no mais próximo, iniciando sempre a lavagem pela extremidade distal);
9. Oferecer bacia com água morna e solicitar que o paciente lave as mãos (se necessário realize a lavagem das mãos do paciente);
10. Solicitar que o paciente coloque as mãos sob a cabeça;
11. Lavar, enxaguar e enxugar as axilas do paciente (iniciar pela mais distante);
12. Lavar, enxaguar e enxugar o tórax. Nas mulheres, atentar-se a higiene na base dos seios, especialmente em mulheres obesas (manter o local seco e hidratado);
13. Colocar a toalha sobre os membros inferiores;
14. Lavar, enxaguar e secar o membro inferior mais distante e em seguida o proximal (iniciar pela coxa, seguindo joelho e pernas, depois o pé);
15. Movimentar o paciente para decúbito lateral;
16. Colocar a toalha sob as costas e abaixar o lençol;
17. Lavar, enxaguar e secar o tronco e as nádegas;
18. Colocar as roupas de cama conforme técnica descrita para preparo do leito;
19. Movimentar o paciente para decúbito dorsal;
20. Colocar a toalha de banho e a comadre sob a região glútea;
21. Disponibilizar material para o paciente realizar a higiene íntima, ou se necessário, você deve realizá-la (incluindo a região pubiana);
22. Retirar a comadre e a toalha;
23. Se necessário colocar fralda no paciente;
24. Vestir o paciente;
25. Terminar o preparo do leito conforme técnica descrita;

26. Oferecer e/ou utilizar materiais de cuidado com pele do paciente;
27. Providenciar a limpeza, a ordem do ambiente e do material;
28. Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
29. Anotar a assistência prestada.

Observações:

- ❖ Durante o banho manter a temperatura da água adequadamente (realize a troca de água sempre que necessário);
- ❖ A higiene oral deve ser realizada antes do banho, caso não tenha sido realizada;
- ❖ As unhas devem ser cortadas e limpas;
- ❖ Estimular o paciente a participar do cuidado. Caso ele consiga realizar banhar-se, deixar o que faça.
- ❖ Avaliar as condições de pele e anexos, a função motora, circulatória, respiratória e nutricional do paciente;
- ❖ Tomar precauções quanto aos riscos de acidentes e quedas;
- ❖ Manter a pele do paciente hidratada;
- ❖ Para evitar infecções em âmbito hospitalar, as bacias devem ser lavadas e desinfetadas com solução alcóolica 70%;
- ❖ Atentar-se aos cuidados em relação ao uso de dispositivos (sondas, cateteres, dentre outros) e as restrições do paciente;
- ❖ Caso as condições do paciente não permitam o banho completo diariamente, realizar ao menos a lavagem do rosto, dos braços, das axilas, da região dorsal e dos órgãos genitais.

HIGIENE DOS CABELOS E COURO CABELUDO EM ACAMADOS

Conceito: higiene e hidratação dos cabelos e couro cabeludo do paciente.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem.

Materiais necessários:

- Luvas de procedimento;
- Sabonete ou shampoo e condicionador (se necessário);
- Jarra com água morna;
- Balde
- Bolas de algodão;
- Cobertor
- Impermeável ou saco de plástico grande;
- Toalha de banho;
- Saco plástico para resíduos.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Reunir o material necessário;
3. Deixar o material próximo ao paciente e na ordem que será utilizado;
4. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada;
5. Fechar janelas (evitar corrente de ar);
6. Calçar luvas;
7. Preparar um rolo com cobertor simulando bacia e envolve-lo com o impermeável ou saco plástico com pequena abertura no fundo, formando um funil, para que o lado do escoamento da água fique dentro do balde;
8. Forrar a cama com impermeável e toalha próxima ao local onde será realizado a técnica;
9. Deixar uma toalha sob a cabeça do paciente afim de evitar que molhe o travesseiro;
10. Posicionar o paciente na diagonal da cama (se possível), com a cabeça sobre o rolo do cobertor e um coxim sob as escápulas;
11. Posicionar o balde para escoamento da água;
12. Proteger os ouvidos do paciente com bolas de algodão;
13. Executar a lavagem do cabelo e couro cabeludo com o material disponível para essa finalidade;
14. Enxaguar e secar os cabelos com a toalha ou secador (se disponível);
15. Deixar o paciente confortável;
16. Providenciar a limpeza, a ordem do ambiente e do material;
17. Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;

18. Anotar a assistência prestada.

Observações:

- ❖ Evitar que escorra sabão nos olhos;
- ❖ Lavar o cabelo ao menos uma vez por semana;
- ❖ Durante o procedimento investigar a presença de alterações no cabelo e/ou couro cabeludo.

HIGIENE DA GENITÁLIA

Conceito: higienização da genitália externa feminina e masculina.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, médico, auxiliar e técnico de enfermagem.

Materiais necessários:

- Luvas de procedimento;
- Pano, Gaze ou luva de pano;
- Sabonete (preferencialmente de pH neutro);
- Toalha de banho;
- Bacias;
- Impermeável (caso não tenha na cama);
- Jarro com água morna;
- Comadre;
- Biombo (se necessário);
- Saco plástico para resíduos.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Reunir o material necessário;
3. Deixar o material próximo ao paciente e na ordem que será utilizado;
4. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada;
5. Colocar o biombo e zelar pela privacidade com paciente;
6. Manter o ambiente em temperatura agradável;
7. Calçar as luvas;
8. Forra a cama sob a região pélvica do paciente com o impermeável e uma toalha;
9. Posicionar a comadre sob o paciente e posicioná-la próxima à região genital;
10. Se o paciente conseguir realizar a higiene sozinho, oferecer o material necessário, orientá-lo;
11. Colocar pano ou gaze na região inguinal para evitar que água escorra, molhando o leito;
12. Molhar e ensaboar a genitália da região pubiana em direção à região anal, sem retornar para a região limpa (movimento unidirecional);
13. Utilizar água morna (observar a temperatura da água para não queimar o paciente);
14. Enxaguar abundantemente;
15. Secar a região (movimento unidirecional);
16. Deixar o paciente confortável;
17. Providenciar a limpeza, a ordem do ambiente e do material;
18. Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
19. Anotar a assistência prestada.

Observações:

Higiene íntima feminina:

- ❖ Para facilitar a execução da técnica, priorizar a posição ginecológica;
- ❖ Por se tratar de uma região sensível proceder à higiene da vulva com delicadeza;
- ❖ Evitar exposição do paciente.

Higiene íntima masculina:

- ❖ Atentar-se a higiene do prepúcio e da glândula;
- ❖ Retrair o prepúcio para expor a glândula para melhor higienização, conforme material descrito acima, secar e voltar delicadamente o prepúcio sobre a glândula para evitar edema na região.

PREPARO DO LEITO HOSPITALAR

Conceito: preparo do leito hospitalar para receber um paciente ou para manter a cama ocupada limpa.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem ou funcionários do serviço de hotelaria.

❖ LEITO FECHADO

Consiste no leito que está desocupado, aguardando para receber um paciente. Deve ser preparado aproximadamente duas horas após ter sido feita a limpeza geral permitindo o arejamento do ambiente.

Materiais necessários:

- Um lençol;
- Um virol (lençol de cima);
- Um traçado ou forro;
- Um impermeável;
- Uma colcha;
- Luvas de procedimento (se necessário);
- Uma toalha de banho e uma toalha de rosto;
- Uma fronha;
- Um cobertor (se necessário);
- Hamper;
- Camisola ou pijama;
- Material acessório conforme rotina hospitalar (jarro, copo, bacias, comadre, papagaio, dentre outros).

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Reunir o material necessário e levar até o quarto;
3. Deixar o material na ordem que será utilizado sobre a mesa de cabeceira ou na cadeira;
4. Retirar a roupa de cama suja e colocá-la no hamper próximo ao leito;
5. Estender o primeiro lençol sobre o leito pretendo-o por baixo por meio de dobras nas pontas do lençol na cabeceira e nos pés. Para manter o lençol esticado usa-se também fazer um nó com as pontas do lençol, sob o colchão. Alguns serviços disponibilizam lençóis com elástico.
6. Estender o lençol móvel sobre o leito prendendo-o sob o lençol na parte mais próxima (se necessário utilizar o impermeável também);

7. Estender o lençol de cima, colocando a bainha rente ao colchão, na cabeceira da cama, fazendo uma prega no centro (em forma de envelope), aos pés da cama. É a prega de conforto;
8. Passar para o lado mais distante e proceder a arrumação do forro e lençol;
9. Colocar o cobertor (se necessário) a dois palmos da cabeceira, estendendo-o sobre o lençol;
10. Colocar a colcha também a dois palmos da cabeceira, fixando-a no cobertor ou lençol decima com uma pequena dobra;
11. Virar as roupas aos pés da cama, cobrindo o canto, primeiro com o lençol de cima e cobertores, e depois só com a colcha, cuidando sempre para não desfazer o que está pronto. Para isso a segurar com uma das mãos e fazer a dobra com a outra;
12. Cobrir o travesseiro com a fronha e colocá-lo sobre a cama já pronta;
13. Dispor as toalhas, camisola ou pijama sobre a cama;
14. Verificar se está tudo em ordem e providenciar o material acessório, conforme rotina do hospital;
15. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

❖ LEITO ABERTO

Consiste no leito que está sendo ocupado por um paciente que pode se locomover.

Materiais necessários:

- Peças de roupas que forem necessárias para a troca do leito (ver materiais do leito fechado);
- Luvas de procedimento;
- Saco para resíduos.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Reunir o material necessário e levá-lo ao quarto;
3. Deixar o material na ordem que será utilizado sobre a mesa de cabeceira ou na cadeira;
4. Retirar a roupa de cama usada (se necessário) e coloca-la no hamper próximo ao leito;
5. Arrumar o leito conforme etapas do leito fechado. Contudo, fazer dobra no virol/cobertor/colcha em um ângulo de 90°, no lado que for melhor para o paciente;
6. Verificar se está tudo em ordem e providenciar o material acessório, conforme rotina do hospital.
7. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

❖ LEITO DE OPERADO

É feito para aguardar o paciente que está na sala de cirurgia ou em exame, sob anestesia. Têm por finalidade proporcionar conforto, segurança, prevenir infecções e facilitar a colocação do paciente no leito.

Materiais necessários:

O mesmo para o leito fechado, acrescido de:

- Forro para cabeceira;
- Suporte de soro;
- Esfigmomanômetro e estetoscópio
- Saco plástico para resíduos;
- Comadre ou papagaio.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Reunir o material necessário e levar até o quarto;
3. Deixar o material na ordem que será utilizado sobre a mesa de cabeceira ou na cadeira;
4. Retirar a roupa de cama suja coloca-la no hamper próximo ao leito e fazer a limpeza do local;
5. Colocar o lençol de baixo da mesma maneira que é colocado leito fechado;
6. Colocar o impermeável e o lençol móvel, geralmente no centro da cama. Porém, o local pode variar conforme a cirurgia;
7. Colocar as demais roupas sem fazer cantos;
8. Nos pés, dobrar as roupas para cima, deixando-as rente ao colchão;
9. Enrolar ou dobrar tudo para o lado que melhor se adaptar à entrada do paciente. Pode-se também dobrar em forma de envelope no sentido da largura;
10. Na cabeceira dobrar o forro em forma de leque, colocando os travesseiros junto ao leito apoiados no beiral da cama;
8. Deixar na mesinha somente o material necessário para o paciente;
9. Dependendo da cirurgia, deixar disponíveis frascos de drenagem, oxigênio, aspirador e suporte para soro;
10. Verificar se está tudo em ordem e providenciar o material acessório, conforme rotina do hospital;
11. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

❖ LEITO COM PACIENTE

É o leito ocupado por um paciente que não pode se locomover. Em sua maioria o leito é arrumando durante o banho no leito, para evitar perda de tempo e esforços.

Materiais necessários:

- Os mesmos para o leito fechado.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Reunir o material necessário e levar até o quarto;
3. Preparar o ambiente (evitar correntes de ar) e se necessário, colocar o biombo;
4. Calçar as luvas;
5. Dobrar a roupa de cama necessária, colocando-a no espaldar da cadeira. Deixar no sentido do comprimento facilitando a recolocação na cama;
6. Colocar o paciente para o lado esquerdo, dobrando sob ele as roupas de baixo;
7. Retirar, gradativamente, o lençol móvel, o impermeável, e o lençol de baixo, ao mesmo tempo em que se colocam as roupas limpas sobre o colchão, fazendo os cantos e prendendo-os;
8. Passar o paciente para o lado já pronto;
9. Continuar a retirada gradativa da roupa usada e a colocação da limpa, fazendo os cantos;
10. Colocar, peça por peça, a roupa usada no hamper;
11. Trocar a fronha do travesseiro;
12. Deixar o paciente confortável no centro da cama;
13. Trocar o virol, mantendo o paciente coberto;
14. Colocar a colcha e/ou cobertor;
15. Dobrar o lençol sobre a colcha e finalizar fazendo o canto;
16. Verificar se está tudo em ordem e providenciar o material acessório, conforme rotina do hospital.
17. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

Observações:

- ❖ Evite cansar o paciente;
- ❖ A troca do leito deve ser realizada quantas vezes forem necessárias durante o plantão;
- ❖ O preparo do leito visa proporcionar conforto ao paciente pela mudança de roupa, estimular a circulação com a mudança de posição e observar o aspecto geral do paciente;
- ❖ O leito deve ser preparado de acordo com a sua finalidade;
- ❖ Sempre utilizar lençóis limpos, secos e sem pregas;
- ❖ Caso reutilize os lençóis, não deixar migalhas e/ou fios de cabelos;
- ❖ Observar o estado de conservação dos colchões, travesseiros e roupas de cama;
- ❖ Em caso de doente grave, a troca de cama deverá ser feita por duas pessoas, para evitar esforço demasiado do paciente e da equipe de enfermagem, e consequentemente obter rapidez e eficácia no cuidado prestado;

- ❖ Durante a arrumação, o paciente deverá ser afastado para o lado contrário àquele em que se está trabalhando. O paciente ficará em decúbito dorsal lateral ou dorsal, conforme sua preferência e condições;
- ❖ Não sacudir as roupas de cama;
- ❖ Não arrastar as roupas de cama pelo chão;
- ❖ Não transportar as roupas de cama junto ao seu corpo.

APLICAÇÕES DE CALOR E FRIO

Conceito: aplicação de calor ou frio nas camadas superficiais da pele por meio de bolsas térmicas ou compressas.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, médico, fisioterapeuta, auxiliar e técnico de enfermagem.

➤ APLICAÇÃO QUENTE

A aplicação de calor age estimulando ou acalmando, de acordo com a temperatura, tempo de aplicação e local onde é aplicado. Calor moderado relaxa os músculos, calor em grau mais elevado estimula a circulação por meio da dilatação dos vasos sanguíneos e diminui a dor local. O uso da compressa quente é indicado para envolver os membros inferiores (MMII) em casos de flebite, e superiores quando há traumatismos venosos resultantes de punções venosas e flebite.

Contraindicação:

- ✓ Feridas cirúrgicas;
- ✓ Hemorragias;
- ✓ Lesões abertas;
- ✓ Luxações ou torções antes de 24 horas;
- ✓ Presença de fenômenos tromboembólicos nos MMII;
- ✓ Pacientes hemofílicos;
- ✓ Fragilidade capilar ou tratamento com anticoagulantes.

➤ BOLSA QUENTE

Materiais necessários:

- Bolsa de borracha;
- Jarra com água quente;
- Cobertor de flanela, toalha de rosto ou fronha, para envolver a bolsa.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Reunir o material necessário e levar até o quarto;
3. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada;
4. Verificar as condições de uso da bolsa;

5. Colocar água quente na bolsa na quantidade de 3/4 para pés, mãos e em local que haja suporte ósseo. Usar 1/3 para abdome e epigástrico;
6. Retirar o ar da bolsa, colocando-a sobre uma superfície plana, deixando água chegar até o gargalo;
7. Vedar bem a bolsa, evitando vazamento;
8. Envolver a bolsa com pano ou toalha, impedindo o contato direto da mesma com a pele do paciente;
9. Aplicar no indicado, permanecendo por aproximadamente 20 minutos;
10. Após o término da aplicação, retirar a bolsa, esvaziá-la, deixando-a pendurada com o gargalo para baixo até secar completamente;
11. Encher a bolsa com ar e guardá-la em local seco;
12. Verificar se está tudo em ordem e deixar o paciente confortável;
13. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
14. Anotar a assistência prestada.

Observações:

- ❖ Monitorar a temperatura para não queimar o paciente, principalmente em idosos, pacientes inconscientes e crianças;
- ❖ Trocar a água da bolsa sempre que necessário, para manter a temperatura.

➤ COMPRESSA QUENTE

Materiais necessários:

- Bacia com água quente;
- Duas compressas ou toalhas de rosto;
- Toalha de banho;
- Faixas ou ataduras;
- Impermeável;
- Luvas de procedimento;
- Fita crepe.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada;
3. Preparar o ambiente (evitar correntes de ar);
4. Reunir o material necessário e levar até o quarto;
5. Proteger a cama com o impermeável e a toalha;
6. Calçar as luvas;
7. Colocar a compressa na água quente, com as pontas para fora;

8. Torcer à compressa e antes de aplicar no paciente, testar a temperatura, na face interna do antebraço;
9. Colocar a compressa no local indicado, cobrindo-a com impermeável e sobre ele a toalha;
10. Preparar outra compressa para substituir a que está em uso no paciente;
11. Realizar aplicações de 20 a 30 minutos, alternando as compressas;
12. Ao término das aplicações, secar o local envolvendo-o com uma toalha seca por alguns minutos, a fim de evitar choque térmico;
13. Verificar se está tudo em ordem, deixar o paciente confortável.
14. Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
15. Anotar a assistência prestada.

Observações:

- ❖ Não utilizar loções ou pomadas simultaneamente com a aplicação da compressa quente;
- ❖ Atentar-se ao risco de queimadura na pele;
- ❖ Observar a coloração da pele durante e após a aplicação da compressa quente.

➤ **APLICAÇÃO FRIA**

A aplicação fria diminui a circulação sanguínea local através da constrição dos vasos sanguíneos, retarda a supuração de abscesso. São indicadas para diminuir a congestão e a inflamação, controlar hemorragias, aliviar a dor local, diminuir o edema nas luxações e contusões, evitar a formação de bolhas nas queimaduras de 1º grau.

Contraindicação:

- ✓ Estase circulatória;
- ✓ Desnutrição;
- ✓ Pacientes debilitados;
- ✓ Idosos.

➤ **BOLSA DE GELO**

Materiais necessários:

- Bolsa de gelo (ou gelox “disponível no freezer e pronto para o uso”);
- Bacia com água;
- Recipiente com gelo picado;
- Flanela ou pano protetor para a bolsa;

- Toalha de rosto;
- Faixas ou ataduras;
- Fita crepe.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Reunir o material necessário e levar até o quarto;
3. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada;
4. Verificar as condições de uso da bolsa;
5. Passar os pedaços de gelo na água, para retirar as arestas e coloca-los na bolsa;
6. Vedar a bolsa, evitando o vazamento de água;
7. Envolver a bolsa com flanela ou pano, exceto quando colocada sobre local enfaixado ou protegido;
8. Colocar a bolsa sobre o local indicado, prendendo-a com atadura ou faixa (se necessário).
9. Deixar a bolsa no local indicado até que o gelo derreta e renová-la, quando se tratar de aplicações prolongadas;
10. Após o término da aplicação, retirar a bolsa, esvaziá-la, deixando-a pendurada com o gargalo para baixo até secar completamente;
11. Encher a bolsa com ar e guardá-la em local seco;
12. Verificar se está tudo em ordem e deixar o paciente confortável;
13. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
14. Anotar a assistência prestada.

Observações:

- ❖ Devido ao risco de necrose tecidual, não realizar aplicações frias demoradas;
- ❖ Vigiar frequentemente as condições da pele no local das aplicações, especialmente em crianças, idosos, pacientes inconscientes e crianças.

- COMPRESSA FRIA

Materiais necessários:

- Bacia com água gelada ou gelo;
- Duas compressas ou toalhas de rosto;
- Impermeável;
- Toalha de banho;
- Luvas de procedimento.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada;
3. Preparar o ambiente (evitar correntes de ar);
4. Reunir o material necessário e levar até o quarto;
5. Proteger a cama com o impermeável e a toalha;
6. Calçar as luvas;
7. Colocar a compressa na água gelada e torcer. Na sequência colocar sobre o local indicado;
8. Colocar na água a outra compressa que irá substituir a que está em uso no paciente;
9. Trocá-las a cada três minutos, durante meia hora ou mais (casos de queimaduras);
10. Verificar se está tudo em ordem e deixar o paciente confortável;
11. Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
12. Anotar a assistência prestada.

Observações:




- ❖ As compressas frias geralmente são utilizadas para aplicação na testa e sobre os olhos, para diminuir congestão e dor local;
- ❖ As compressas frias também podem ser utilizadas nas regiões axilares e inguinais para reduzir a temperatura corporal em caso de febre.

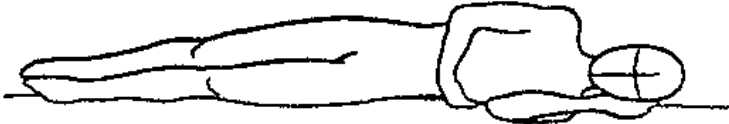
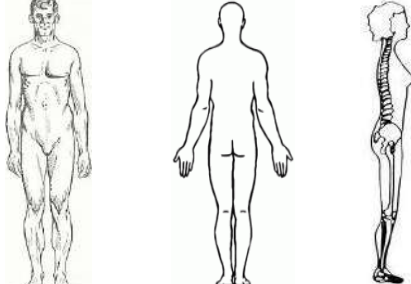
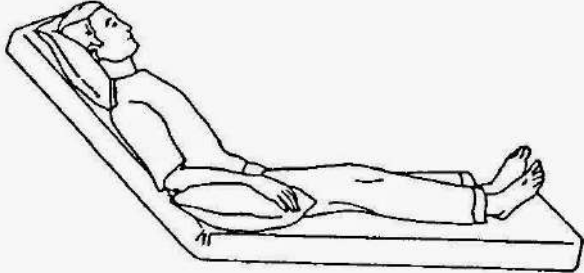
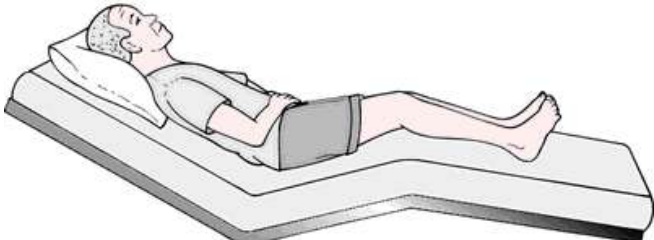
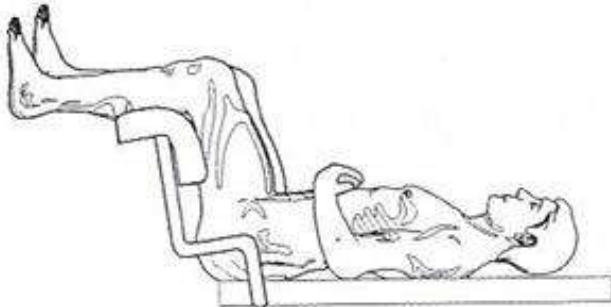
POSIÇÕES TERAPÊUTICAS


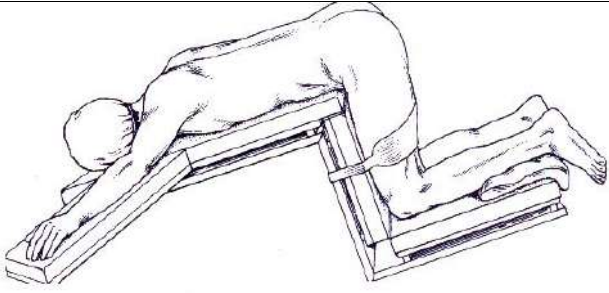
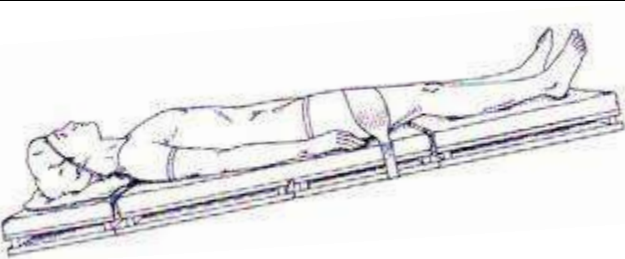
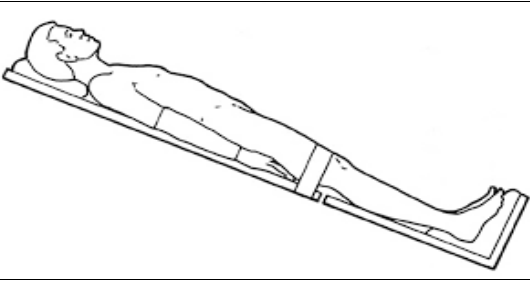

Conceito: posição para realização de exames, cirurgias, conforto e tratamento.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, médico, fisioterapeuta, auxiliar e técnico de enfermagem.

As posições terapêuticas têm diferentes finalidades, como proporcionar conforto, realizar exames, tratamentos e cirurgias. De acordo com a finalidade e conseqüentemente a região a examinada, a equipe de enfermagem deve auxiliar o paciente a adotar posições específicas. Durante as posições assumidas, é fundamental resguardar a privacidade, o conforto e o bem-estar do paciente. Para determinados exames, é recomendado o uso de perneiras, campos fenestrados, ou lençol dobrado em diagonal (preferencialmente descartável). Abaixo seguem descritas posições que o paciente pode assumir:

Posição	Finalidade
	Exame físico e conforto
Posição dorsal, supina ou horizontal (DDH)	
	Exame físico da coluna
Posição ventral ou prona	
	Exame físico, conforto, lavagem intestinal, aplicação de medicamentos por via retal, verificação de temperatura
Posição de Sims	

Posição	Finalidade
	<p>Exame físico da coluna, conforto, quando há risco de broncoaspiração e convulsão</p>
Posição lateral ou decúbito lateral (direito ou esquerdo)	
	<p>Exames ortopédico, neurológico e de membros superiores e inferiores</p>
Posição Ortostática / Ereto	
	<p>Descanso, conforto e facilitar a respiração, alimentação por sonda, diminuir o risco de broncoaspiração</p>
Posição de Fowler (60°)	
	<p>Descanso, conforto e facilitar a respiração, diminuir o risco de broncoaspiração</p>
Posição de Semi-Fowler (45°)	
	<p>Exame físico, parto, cirurgia do períneo, vagina e reto</p>
Posição Litotômica	

Posição	Finalidade
	<p>Exame físico e coleta de material para exames do colo, cateterismo vesical e parto</p>
Posição Ginecológica	
	<p>Cirurgia do reto e coluna lombar</p>
Posição de Kraske (Canivete)	
	<p>Cirurgias de órgãos pélvicos, estado de choque, hipotensão, laparotomia do abdome inferior</p>
Posição de Trendeleburg	
	<p>Cirurgias oftalmológicas, de cabeça e pescoço, facilitar a respiração, prevenir broncoaspiração de vômitos</p>
Posição de Trendeleburg Invertida	
	<p>Exame físico da vagina, reto e cólon</p>
Posição Genupeitoral	

MOVIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTE

Conceito: movimentação e transporte do paciente para prevenção de lesão por pressão e locomoção no ambiente de internação.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, médico, auxiliar e técnico de enfermagem.

A movimentação e o transporte de paciente é uma atividade comum no serviço de enfermagem. Um fator importante para executar essas atividades, é o emprego de uma boa mecânica corporal pela equipe de enfermagem. Evitar esforços desnecessários é fundamental para prevenir danos ocupacionais e preservar a segurança do paciente. Desse modo, os movimentos devem ser planejados.

Sugere-se fazer uma pequena contagem para todos os envolvidos agirem em conjunto, somando forças, empregando princípios de ergonomia. Por exemplo, pode-se se contar 1, 2, 3, já e executar a movimentação e/ou o transporte.

➤ Mudanças de posição

I - VIRAR O PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL COM OS BRAÇOS

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Deslocar um pouco o paciente do centro da cama para o lado oposto ao que será virado;
3. Colocar as pernas do paciente uma sobre a outra (cruzadas);
4. Colocar uma das mãos no ombro do paciente e a outra na região pélvica e, com um impulso virar o paciente para o lado direito ou esquerdo;
5. Colocar um travesseiro entre as pernas, um amparando o dorso e outro no abdome, para recostar o braço, deixando o paciente confortável;
6. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

II - VIRAR O PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL COM O LENÇOL MÓVEL

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Soltar o lençol móvel de um lado;
3. Deslocar um pouco, o paciente do centro da cama, para o lado oposto ao que será virado;
4. Colocar as pernas do paciente uma sobre a outra (cruzadas) para o lado que se quer virar;

5. Pegar o lençol móvel, enrolar e puxar vagarosamente para cima, até o paciente ficar virado de lado;
7. Colocar um travesseiro entre as pernas, um amparando o dorso e outro no abdome, para recostar o braço, deixando o paciente confortável;
8. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

III – COLOCAR EM DECÚBITO VENTRAL

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Virar o paciente em decúbito lateral;
3. Colocar uma das mãos no seu ombro e outra na coxa, auxiliando o paciente a ficar na posição adequada;
4. Colocar travesseiros sob suas pernas, peito e abdome, deixando o paciente confortável;
5. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

IV – LEVANTAR O PACIENTE PARA A CABECEIRA DO LEITO

➤ **Quando o paciente ajuda**

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Pedir ao paciente que flexione os joelhos, firme os pés no colchão e se segure à cabeceira da cama;
3. Colocar um dos braços sob o ombro do paciente até a axila oposta e o outro na região pélvica;
4. Pedir ao paciente que dê um impulso para cima levantando-o para a cabeceira da cama, com movimento sincronizado ao do paciente;
5. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

➤ **Quando o paciente não pode ajudar (serão necessárias duas pessoas, colocar uma de cada lado da cama)**

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. A primeira pessoa coloca um braço no ombro e o outro na região glútea;
3. A segunda pessoa coloca um braço na região lombar e o outro na altura dos joelhos;
4. Em um movimento sincronizado, as duas levam o paciente para a cabeceira da cama;
5. Para abaixar o paciente na cama, utiliza-se o mesmo movimento em direção contrária;
6. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

*Pode-se utilizar o lençol móvel para executar essa mudança.

V – LEVANTAR O PACIENTE NA CAMA

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Colocar o paciente em posição de *Fowler*;
3. Colocar um dos braços sob o ombro do paciente até a axila oposta e o outro na região pélvica ou poplíteia;
4. Realizar movimento giratório;
5. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

VI – MOVER O PACIENTE PARA UM DOS LADOS DO LEITO

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Enlaçar braços, cabeça, ombros e região inferior do tórax e puxar para a lateral da cama;
3. Enlaçar cintura e coxa e puxar para a lateral da cama;
4. Por fim, movimentar as pernas do paciente para a lateral da cama;
5. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

VII – PASSAR O PACIENTE DA CAMA PARA MACA E VICE-VERSA

Materiais necessários (preparo da maca):

- Acolchoado coberto totalmente com lençol;
- Travesseiro pequeno;

*A arrumação da maca é idêntica ao preparo do leito. A troca de roupa da maca deve ser feita a cada vez que for ser utilizada.

- **Com auxílio do lençol móvel (necessário quatro pessoas)**

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Preparar a maca;
3. Orientar o paciente sobre o movimento que será realizado;
4. Descer em leque a colcha e o sobre lençol que está cobrindo o paciente;
5. Soltar o lençol móvel e enrolar as pontas junto ao paciente;
6. Colocar a maca paralela e encostada na cama;

7. Posicionar duas pessoas ao lado da cama e duas ao lado da maca, segurando o lençol móvel;
8. Em um movimento sincronizado, as quatro pessoas passam o paciente para a maca ou cama;
9. Apoiar a cabeça, se o paciente estiver inconsciente ou impossibilitado de colaborar;
10. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

➤ **Sem auxílio do lençol móvel (necessário três pessoas)**

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Preparar a maca;
3. Orientar o paciente sobre o movimento que será realizado;
4. Colocar um lençol sob o paciente;
5. Abaixar a colcha e o sobre lençol que cobre o paciente;
6. Envolver o paciente com o lençol;
7. Colocar a maca em ângulo reto com a cama (cabeceira da maca e os pés da cama);
8. As pessoas posicionam ao lado do paciente, por ordem de altura;
- ❖ **A mais alta na cabeceira:** coloca um braço sob o ombro ou a cabeça, e o outro sob a região pélvica;
- ❖ **A média, no meio:** coloca um braço sob a região pélvica, cruzando-o com o da cabeceira e o outro sob o terço médio das coxas;
- ❖ **A mais baixa, nos pés:** coloca um braço na região lombar, cruzando com a do meio, e o outro segura o dorso dos pés;
9. Em um movimento sincronizado, colocar o paciente na beira da cama, levantá-lo, trazendo-o próximo ao peito e transportar cuidadosamente para a cama ou maca;
10. Soltar o lençol que o envolve e cobri-lo devidamente;
11. Utilizar o travesseiro para apoiar a cabeça, caso não tenha restrições;
12. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

VIII – SENTAR O PACIENTE EM CADEIRA CONVECIONAL OU CADEIRA DE RODAS

Materiais necessários:

- Cadeira convencional ou cadeira de rodas;
- Escadinha (se necessário);
- Chinelos e roupão;
- Forro;
- Cobertor.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Preparar a cadeira com o forro e um cobertor dobrado sobre o assento;
3. Orientar o paciente sobre o movimento que será executado e a forma como ele poderá colaborar, caso tenha condições;
4. A baixar a roupa de cama em leque;
5. Posicionar a cadeira obliquamente próxima à cama;
6. Travar as rodas da cadeira com trava própria ou pedir para que alguém segure a cadeira;
7. Virar o paciente de lado, colocando um braço sob o ombro do paciente e outro, na região poplíteia. O braço mais distante do paciente se apoia no ombro de quem está auxiliando e com um movimento simultâneo, sentar o paciente na cama;
8. Observar o estado geral do paciente (não deixa-lo sozinho);
9. Vestir-lhe o roupão;
10. Levantar o paciente. As mãos do paciente devem estar apoiadas nos ombros de quem está auxiliando na movimentação. O executante deve segurar a cintura do paciente ou estar com os braços em posição de alavanca sob as axilas;
11. Virar e sentar o paciente na cadeira;
12. Calçar os chinelos e cobri-lo;
13. Observar o estado geral do paciente;
14. Deixar o ambiente em ordem;
15. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

IX – MOVIMENTAR O PACIENTE DA CADEIRA PARA O LEITO

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Orientar o paciente sobre o movimento que será executado e a forma como ele poderá colaborar, caso tenha condições;
3. Colocar a cadeira obliquamente próxima à cama, no lado contrário ao que vai utilizar para a sua saída;
4. Travar as rodas da cadeira com trava própria ou pedir para que alguém segure a cadeira;
5. Auxiliar o paciente a levantar-se segurando-o pela cintura ou com os braços em posição de alavanca sob as axilas; As mãos do paciente devem estar apoiadas sobre o abdome;
6. Ajudar o paciente a sentar-se na cama, usando a escadinha;
7. Tirar o roupão e os chinelos;
8. Deitar o paciente e deixa-lo de forma confortável;
16. Observar o estado geral do paciente;
17. Deixar o ambiente em ordem;
18. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

X – TRANSFERÊNCIA DO LEITO PARA POLTRONA EM PACIENTES IMPOSSIBILITADOS (NECESSÁRIO DUAS PESSOAS)

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Colocar a poltrona próxima à cama;
3. Uma pessoa com os braços em posição de alavanca sob as axilas, segura o tórax e outra segura alça as pernas na região poplíteia;
4. Observar o estado geral do paciente;
5. Deixar o ambiente em ordem;
6. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

Observações:

A movimentação e o transporte do paciente envolvem risco eminente de quedas e lesões tegumentares. A equipe de enfermagem deve estar atenta à forma como conduzir essas atividades e evitar agravos no paciente. Além disso, a ergonomia deve fazer parte da rotina de trabalho da enfermagem.

XI - MUDANÇA DE DECÚBITO NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

A mudança de decúbito é um fator importante na prevenção de lesão por pressão, cujos riscos para lesão envolvem:

Fatores extrínsecos:

- Tempo de internação;
- Pressão (principalmente em regiões de proeminências ósseas);
- Fricção da pele;
- Umidade;
- Deficiência na mudança de decúbito.

Fatores intrínsecos:

- Estado nutricional e peso;
- Idade;
- Tipo de pele;
- Patologias crônicas;
- Nível de consciência;
- Sensibilidade cutânea;
- Uso de medicamentos.

Principais locais para lesão por pressão

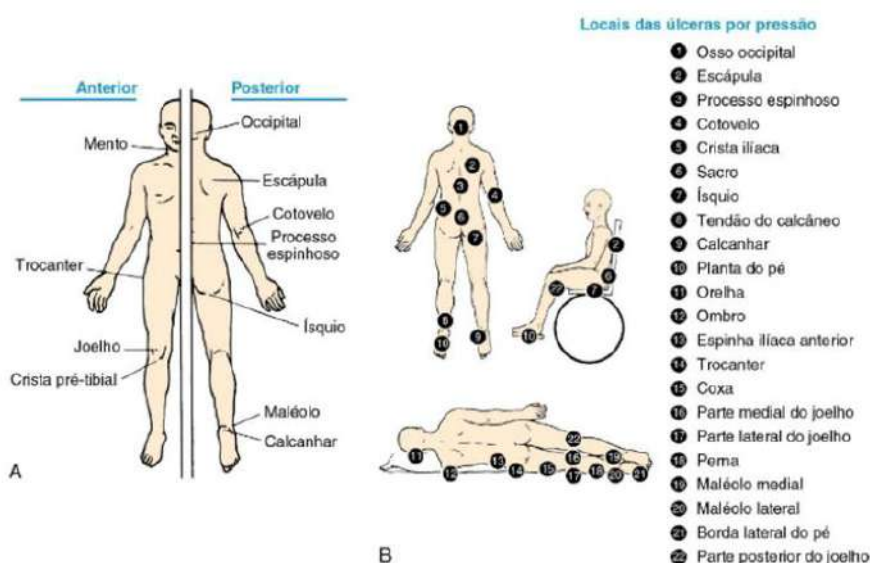


FIG. 48-9 A, Proeminências ósseas mais frequentemente subjacentes à úlcera por pressão. B, Locais das úlceras por pressão. (Modificada de Trelease CC: Developing standards for wound care. *Ostomy Wound Manage* 20:46, 1988.)

Fonte: Potter; Perry (2013).

Nota: Atualização do termo úlcera por pressão para lesão por pressão.

Para prevenir as lesões por pressão é fundamental que a equipe de enfermagem fique atenta com os intervalos de mudança de decúbito. Além disso, outros indicadores também devem ser avaliados durante a investigação sobre os riscos para lesão por pressão. Um dos instrumentos frequentemente utilizados pelo enfermeiro é o relógio para mudanças de decúbito e a Escala de Braden (PARANHOS; SANTOS, 1999).

➤ Relógio para mudanças de decúbito

A utilização do relógio para mudanças de decúbito pode ser instituída pelo enfermeiro com objetivo de orientar os intervalos de mudanças e potencializar a diminuição da pressão em um único local. Contudo, deve-se levar em consideração as condições clínicas e hemodinâmicas do paciente. A mudança de decúbito deve ser realizada pela equipe de enfermagem em intervalos de 2 horas, quando o paciente não apresenta condições de realizá-la sozinho. O relógio para mudanças de decúbito pode ser colocado na cabeceira do leito do paciente em local de fácil visualização.

Além do uso do relógio, outros cuidados devem ser implementados em conjunto com a mudança de decúbito, como: higienização adequada do paciente; não massagear a pele em regiões com risco para lesão por pressão; manter a pele hidratada; evitar exposição à umidade; monitorar o estado nutricional do paciente em conjunto com a equipe de nutrição.

Relógio para Mudanças de Decúbito



➤ Escala de Braden

A construção da Escala de Braden é fundamentada na fisiopatologia da lesão por pressão, anteriormente denominada como úlcera por pressão. Seus construtos de avaliação envolvem a investigação sobre: percepção sensorial; umidade; atividade; mobilidade; nutrição; fricção e cisalhamento. A pontuação atribuída para construto na escala varia de 1 a 4 pontos, em que, 1 significa o pior indicador atribuído e 4 o melhor indicador. A somatória das pontuações de cada construto permite ao final atribuir uma classificação de risco para lesão por pressão e conseqüentemente orientar a tomada de decisão da enfermagem em relação ao planejamento para que as lesões por pressão não ocorram (ANEXO A).

Durante a atuação da enfermagem na prevenção de lesão por pressão a utilização de protocolos operacionais padrão torna-se uma ferramenta útil na assistência oferecida e na manutenção da segurança do paciente. Desse modo, podem-se destacar seis ações fundamentais na prevenção de lesões por pressão:

- I. Avaliação da presença de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes;
- II. Reavaliação diária dos riscos para o desenvolvimento de lesão por pressão de todos os pacientes internados;
- III. Inspeção diária da pele;
- IV. Manutenção do paciente seco e com a pele hidratada;
- V. Otimização da nutrição e da hidratação;
- VI. Minimização da pressão (principalmente em regiões de proeminências ósseas).

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS

Conceito: restrição da movimentação física de um paciente no leito por meio da aplicação de medidas de contenção.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, médico, auxiliar e técnico de enfermagem.

A restrição de movimentos são medidas adotadas para limitar movimentos de pacientes acamados. São indicadas para prevenir o risco de queda da cama em pacientes agitados, semiconscientes, inconscientes ou com convulsões. Além disso, podem ser utilizadas nos casos de agitação que podem ocorrer no pós-operatório e nas situações descritas a seguir:

- Em algumas situações que envolvem exames e tratamentos;
- Em doentes mentais que apresentem perigo para si e para os outros;
- Em crianças e adultos com doenças de pele, para evitar que coçam;
- Nos casos em que o paciente não colabora para manutenção de sonda, cateteres, curativos e infusões venosas;
- Em pacientes com alteração de comportamento e lucidez prejudicada.

Na restrição dos movimentos a técnicas mais comuns envolvem de: lençóis, ataduras elásticas, colete, cama com grade, atadura gessada e aparelho de tração ortopédica.

❖ RESTRIÇÃO COM LENÇÓIS

Materiais necessários:

- Lençóis (dobrar em diagonal até formar faixa de aproximadamente 25 cm de largura)
- Algodão ortopédico.

I - Restrição do ombro

Etapas para execução:

1. Colocar o lençol sob as costas do paciente, passando pelas axilas protegidas com algodão ortopédico;
2. Amarar no estrado da cabeceira da cama.

II - Restrição do abdome (necessários dois lençóis)

Etapas para execução:

1. Colocar um dos lençóis sobre o abdome do paciente e o outro, sob a região lombar;
2. Torcer juntas as pontas dos lençóis até ficar próxima ao corpo do paciente.
3. Amarrar no estrado da lateral da cama.

II - Restrição dos joelhos

Etapas para execução:

1. Passar a ponta do lado direito do lençol sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo;
2. Passar a ponta do lado esquerdo do lençol sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito;
3. Amarrar as pontas no estrado da lateral da cama.

❖ RESTRIÇÃO COM ATADURAS

Materiais necessários:

- Ataduras de 15 cm de largura e pelo menos um metro de comprimento;
- Algodão ortopédico.

Etapas para execução:

1. Formar com a atadura uma figura em oito e apanhá-la pelos dois centros, formando uma argola;
2. Prender o membro protegido com algodão ortopédico dentro da argola;
3. Amarrar as extremidades da atadura, nas laterais da cama.

❖ RESTRIÇÃO COM COLETE

O colete é uma vestimenta reforçada, sem mangas, com tiras largas e longas, saindo de cada lado da parte da frente e cujas pontas são amarradas nas laterais da cama.

Observações:

- ❖ Avaliar criteriosamente, a necessidade para a restrição de movimentos. Deve ser aplicada somente nos casos de extrema necessidade;
- ❖ Anotar no relatório de enfermagem os pacientes que estão com restrição e motivo da restrição;
- ❖ Monitorar frequentemente o local da restrição. Se o paciente ficar contido por muito tempo, retirar a restrição ao menos duas vezes ao dia para higiene local;
- ❖ A restrição dos ombros deve ser realizada em conjunto com a restrição do abdome;

- ❖ Nunca fixar a restrição das mãos junto à cabeceira da cama;
- ❖ Na contenção do abdome evitar ajustar o lençol sobre a região epigástrica;
- ❖ Nas contenções, evitar fazer pressão sobre uma artéria.

COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES

Conceito: coleta de amostras para exames laboratoriais.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, bioquímico; médico, auxiliar e técnico de enfermagem.

A coleta de material para exames é uma atividade comum nos serviços de enfermagem e auxilia na complementação dos diagnósticos médicos e de enfermagem. Durante a coleta é fundamental atentar-se as seguintes normas gerais:

- ✓ Orientar o paciente sobre o exame que será realizado, sua finalidade, método de coleta, tempo aproximado para emissão dos resultados. Isso ajuda a minimizar preocupações e ansiedade;
- ✓ Higienizar corretamente as mãos antes e após a coleta e usar luvas;
- ✓ Rotular o frasco com etiqueta, onde deve constar:
 - a. Nome do paciente e número de registro geral;
 - b. Número da enfermagem, quarto e leito do paciente;
 - c. Exame solicitado;
 - d. Médico requisitante;
 - e. Pessoa responsável pela coleta;
 - f. Caso sejam necessárias mais de uma amostra, numerar os frascos especificando a finalidade, p. ex. hemocultura;
- ✓ Atentar-se a técnica e o método indicado para as diferentes coletas;
- ✓ O material coletado deve seguir imediatamente para o laboratório, acompanhado da requisição. Nos casos que seja impossível o envio imediato, seguir as rotinas estabelecidas pelo bioquímico responsável pelo setor de análises;
- ✓ Realizar registros no prontuário do paciente, constando: horário da coleta, material, colhido, exame solicitado e assinatura do responsável pela coleta.

I - COLETA DE URINA

Materiais necessários:

- Sabão ou solução de limpeza;
- Esponja ou toalha;
- *Kit* comercial para amostra limpa de urina ou suprimentos, conforme itens abaixo:

- a. Bolas de algodão estéreis ou compressas de gaze estéreis de 5 x 5 cm ou 10 x 10 cm ou lenços umedecidos em pacotes individuais;
 - b. Solução antisséptica (p. ex., clorexidina degermante 2,0% “verificar se o paciente tem alergia aos produtos utilizados”);
 - c. Água esterilizada ou soro fisiológico;
 - d. Frasco para coleta de material estéril;
- Luva estéril;
 - Luvas de procedimento;
 - Frasco para coleta de material limpo;
 - Frasco com capacidade para 2.000 mL;
 - Biombo;
 - Comadre, cadeira sanitária de beira de leito ou cuba rim para coleta de amostras;
 - Etiqueta para amostra (deve ser preenchida com as identificações corretas do paciente);
 - Formulário de requisição laboratorial preenchido;
 - Saco de resíduos de risco biológico.

❖ URINA TIPO I

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;
3. Oferecer o material ao paciente e orientá-lo sobre a limpeza correta da região perineal e genital (auxiliar os pacientes dependentes de cuidados);
4. Solicitar o que paciente urine em um recipiente limpo, orientando-o para que despreze o primeiro jato. Coletar no mínimo 10 mL de urina;
5. Anexar etiqueta na lateral do frasco na frente do paciente (colocar o frasco em um saco plástico de risco biológico, se exigido pela instituição);
6. Se necessário, calçar as luvas de procedimento e transferir a urina para um recipiente previamente rotulado;
7. Anexar requisição de exame ao saco com o frasco da amostra;
8. Remover as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
9. Deixar o ambiente em ordem;
10. Encaminhar o material coletado para o laboratório juntamente com a requisição dentro de um prazo de 15 a 30 minutos ou refrigerar imediatamente;
11. Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.

❖ URINA TIPO II (UROCULTURA)

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;
3. Fornecer privacidade ao paciente (fechar portas e janelas ou utilizar o biombo);
4. Fornecer ao paciente ou familiar um lenço umedecido ou sabonete, pano e toalha para limpar a área perineal ou auxiliar o paciente dependente;
5. Auxiliar o paciente a posicionar a comadre, caso ele não consiga;
6. Levantar a cabeceira do leito;
7. Usando assepsia cirúrgica, abrir o *Kit* estéril ou preparar os materiais estéreis;
8. Colocar luvas estéreis (no caso de pacientes dependentes) após a abertura do frasco de material estéril, colocando a tampa com a superfície estéril voltada para cima, não tocar no interior do frasco ou da tampa;
9. Colocar a solução antisséptica nas bolas de algodão ou compressas de gaze, a menos que o *kit* contenha compressas preparadas com solução antisséptica;
10. Oferecer o material ao paciente e orientá-lo sobre a limpeza correta da região perineal e genital (auxiliar os pacientes dependentes de cuidados);

Sexo feminino:

- a. Afastar os lábios com o polegar e o indicador da mão não dominante;
- b. Limpar a área com algodão ou gaze, com movimento unidirecional (do orifício da uretra em direção ao ânus). Utilizar um algodão ou gaze a cada movimento, começar pelo lado esquerdo, na sequência lado direito e por fim no centro da vulva;
- c. Manter os lábios genitais separados e pedir para que a paciente comece a urinar;
- d. Orientar para que a paciente urine e depois que começar a urinar, passar o frasco pelo jato da urina e coletar de 30 a 60 mL;
- e. Se a paciente estiver no período menstrual, registrar na guia de requisição de exame.

Sexo masculino

- a. Segurar o pênis com uma mão e, por meio de movimentos circulares e com o uso da gaze estéril com solução antisséptica, limpar a extremidade do pênis movendo-se do centro para fora. Em homens não circuncidados, retraindo o prepúcio antes de limpar;
- b. Orientar para que o paciente urine e depois que começar a urinar, passar o frasco pelo jato da urina e coletar de 30 a 60 mL;
11. Remover o frasco de amostra antes do término do fluxo da urina e antes de liberar os lábios ou o pênis. O paciente deve terminar de urinar na comadre ou no vaso sanitário;
12. Recolocar a tampa bem apertada no frasco da amostra (tocar somente na parte de fora);
13. Limpar toda a urina da superfície externa do frasco;
14. Anexar etiqueta na lateral do frasco na frente do paciente (colocar o frasco em um saco plástico de risco biológico, se exigido pela instituição);

15. Remover e esvaziar a comadre (se necessário) e manter o paciente em posição confortável;
16. Anexar requisição de exame ao saco com o frasco da amostra;
17. Remover a luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
18. Deixar o ambiente em ordem;
19. Encaminhar o material coletado para o laboratório juntamente com a requisição dentro de um prazo de 15 a 30 minutos ou refrigerar imediatamente;
20. Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.

❖ URINA DE 24 HORAS

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;
3. Preparar um recipiente adequado, com capacidade para 2.000 mL;
4. Desprezar a 1^o micção da manhã, anotando a hora;
5. Colocar identificação no leito, indicando: COLETA DE URINA DE 24 HORAS;
6. Colher todas as outras micções, inclusive a primeira da manhã seguinte, até completar 24 horas;
7. Anexar etiqueta na lateral do frasco na frente do paciente (colocar o frasco em um saco plástico de risco biológico, se exigido pela instituição);
8. Enviar toda a urina, ou uma amostra ao laboratório. *Para amostra de 24 horas deve-se misturar toda a urina e pegar uma amostra de 10-20 mL, anotando na etiqueta o volume total de 24 horas;*
9. Em se tratando de *Clearence de Creatinina*, colher a urina de 24 horas ou de três períodos. Ao completar 24 horas, colher 5 mL de sangue em tubo seco. Não é necessário jejum para a coleta de urina, Pesar e medir a altura do paciente e anotar na requisição de exame;
12. Remover a luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
10. Deixar o ambiente em ordem;
11. Encaminhar o material coletado para o laboratório juntamente com a requisição dentro ou refrigerar imediatamente;
12. Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.

Observações:

- ❖ Se o paciente não estiver com vontade de urinar, oferecer líquidos para ser ingerido meia hora antes da coleta, exceto se contraindicado (ou seja, nos casos de restrição de líquidos);

- ❖ Registrar na evolução de enfermagem, data e hora em que a amostra da urina foi coletada;
- ❖ Notificar a equipe médica imediatamente sobre quaisquer alterações significativas identificadas nos resultados ou durante a coleta da urina.

II - COLETA DE FEZES

Materiais necessários:

- Frasco para coleta de material limpo;
- Comadre;
- Luvas de procedimento;
- Etiqueta para amostra (deve ser preenchida com as identificações corretas do paciente);
- Formulário de requisição laboratorial preenchido.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele pode colaborar;
3. Solicitar ao paciente que ele evacue na comadre, que deve estar limpa e seca;
4. Calçar as luvas;
5. Colher uma amostra significativa com auxílio de uma espátula (colher preferencialmente no centro da amostra);
6. Colocar a amostra no frasco coletor;
7. Anexar etiqueta na lateral do frasco na frente do paciente (colocar o frasco em um saco plástico de risco biológico, se exigido pela instituição);
13. Remover a luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
13. Deixar o ambiente em ordem;
14. Encaminhar o material coletado para o laboratório juntamente com a requisição de exames (a entrega da amostra fecal no laboratório deve ser imediata; sua impossibilidade implica refrigeração após 12 horas em temperatura ambiente por até 24 horas após dejeção).
15. Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.

III - GLICOTESTE

Materiais necessários:

- Luvas de procedimento;

- Algodão;
- Lanceta;
- Monitor;
- Tiras teste;
- Tiras código (específica para cada embalagem de tiras teste);
- Requisição de exame;
- Saco plástico para resíduos;
- Descartex.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Reunir o material necessário para o glicoteste;
3. Codificar o monitor com a “tira código” específica para a tira teste que será utilizada;
4. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada;
5. Preparar o ambiente, providenciando boa iluminação;
6. Dispor o material em local próximo e de fácil acesso;
7. Calçar as luvas;
8. Retirar uma tira teste do frasco e fecha-lo imediatamente para evitar o contato com a umidade;
9. Introduzir a fita teste no local indicado no monitor e posicioná-la corretamente, conforme indicação da seta;
10. Realizar assepsia do dedo do paciente e puncionar na lateral da ponta do dedo com a lanceta (utilizar uma lanceta nova a cada punção);
11. Quando for indicado pelo monitor, aplicar uma gota de sangue sobre a área indicada na fita teste (evitar contato do dedo com a tira) e aguardar o resultado;
- **Aplicação da gota de sangue com a tira fora do equipamento:**
 - a. Introduzir a fita teste do monitor;
 - b. Quando indicador o pedido de sangue, retirar a fita e aplicar uma gota suspensa de sangue sobre a área indicada na fita teste (evitar o contato do dedo com a área de coleta);
 - c. Reintroduzir a fita teste no monitor e aguardar o resultado;
12. Deixar o ambiente em ordem;
13. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
14. Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.

Accutrend: Volume de Amostra



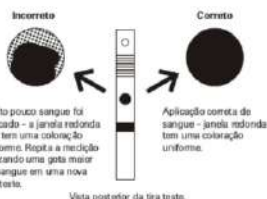
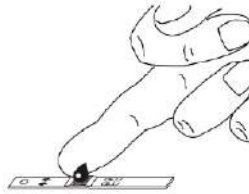
Incorreto

A área de aplicação da amostra na parte superior não está completamente coberta com sangue.



Correto

A área de aplicação da amostra na parte superior está completamente coberta com sangue.



Muito pouco sangue foi aplicado - a gota redonda não tem uma coloração uniforme. Repita a medição utilizando uma gota maior de sangue em uma nova tira teste.

Aplicação correta do sangue - gota redonda tem uma coloração uniforme.

Vista posterior da tira teste.

Volume Ideal: **GOTA DE SANGUE SUSPensa**

30 – 50 μ L de sangue capilar (ponta de dedo) ou sangue venoso imediatamente após a coleta ou heparinizado.

Heparinizado: tubo com heparina para não coagular o sangue, deixar ele fluído para fazer o teste

Nota: Imagem meramente ilustrativa e sem conflitos de interesse.

Observações:

- ❖ A realização do glicoteste deve ser conduzida de acordo com as normas do fabricante do monitor em uso. Além disso, a interpretação dos resultados também deve ser norteada pelas normas do fabricante do monitor utilizado e por fundamentações teóricas da literatura, uma sugestão é consultar as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.
- ❖ O tempo médio para indicação do resultado no monitor e os intervalos de medição, variam conforme o fabricante do aparelho.

IV - COLETA DE SANGUE

Materiais necessários:

- Seringa de 5 ou 10 mL ou tubo “vacutainer”;
- Álcool 70%;
- Agulha 25x8 ou 25x9 ou scalp 21 ou 23;
- Luvas de procedimento;
- Frascos ou tubos rotulados (adequados conforme a finalidade do exame);
- Garrote;
- Algodão;
- Requisição de exame;

- Saco plástico para resíduos;
- Descartex.

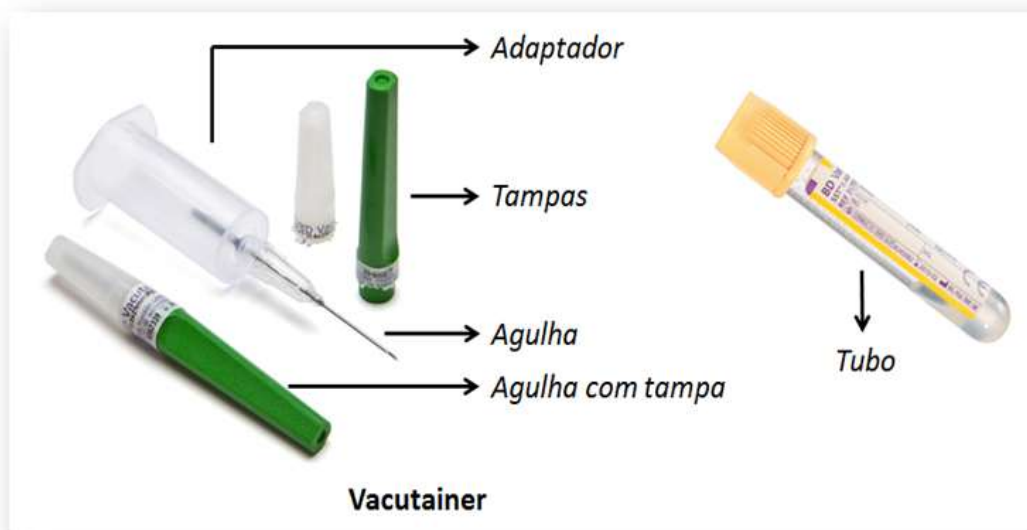
Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada;
3. Reunir o material necessário para a coleta de sangue;
4. Preparar o ambiente, providenciando boa iluminação;
5. Dispor o material em local próximo e de fácil acesso;
6. Posicionar o paciente, se possível sentado ou deitado em decúbito dorsal, com o braço apoiado, de modo a mantê-lo confortável e facilitar a visualização das veias;
7. Calçar as luvas;
8. Visualizar, palpar e selecionar a veia a ser puncionada (preferencialmente no antebraço ou na mão);
9. Prender o garrote aproximadamente 5 cm acima do local da punção e pedir que o paciente feche a mão;
10. Fazer antisepsia da área com solução alcóolica a 70% ou clorexidina alcóolica 0,5%, no sentido do retorno venoso, para estimular o aparecimento das veias;
11. Deixar o algodão na bandeja ou segurá-lo com o dedo mínimo;
12. Com o polegar da mão não dominante fixar a veia, esticando a pele abaixo do ponto da punção;
13. Segurar a seringa horizontalmente, com a mão dominante, mantendo o indicador sobre o canhão da agulha;
14. Introduzir a agulha com o bisel e a graduação da seringa voltados para cima (a agulha deve ser introduzida na veia aproximadamente 1 cm e ser mantida em um ângulo de 15°);
15. Aspirar à seringa com a mão que fixava a veia. Isto evita movimentos desnecessários e deslocamento da agulha. Se usar vacutainer aguardar o enchimento do tubo;
16. Após a coleta do sangue necessário, pedir para o paciente abrir a mão, desprender o garrote e remover a agulha, com movimento único e suave, apoiando o local com algodão;
17. Para facilitar a hemostasia, fazer leve pressão no local da punção com o algodão;
18. Fazer com que a mostra de sangue escorra vagarosamente pela parede do tubo, evitando hemólise (se o frasco tiver anticoagulante, agitá-lo levemente, para misturar o conteúdo);
19. Observar o estado geral do paciente;
20. Deixar o ambiente em ordem;
21. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.
22. Encaminhar o material coletado para o laboratório juntamente com a requisição;
23. Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.

Observações:

- ❖ Durante a escolha da veia para coleta de sangue, optar por locais isentos de feridas, queimaduras, traumatismos e hematomas;
- ❖ **Nunca bater com os dedos para que a veia apareça.** Solicitar o que paciente abaixe o braço e/ou abra e feche a mão;
- ❖ Optar pela punção de veias dos membros superiores. Evitar puncionar nos membros inferiores para não causar flebite;
- ❖ Para evitar movimentos da veia, preferir puncionar em locais de bifurcação;
- ❖ Se o bisel da agulha não penetrar na veia, introduzi-lo mais, e se não refluir sangue, optar por outra veia;
- ❖ Se a agulha transfixar a veia, retrocedê-la para que penetre na luz do vaso;
- ❖ A punção por meio do vacutainer oferece maior segurança para o profissional e para o paciente. Ela é menos traumática e dolorosa.

Dispositivo para Coleta de Sangue



Amostras obtidas a partir do sangue

➤ Plasma

Obtido após centrifugação do sangue não coagulado. Para análise do plasma um aditivo anticoagulante é utilizado no tubo de coleta para que o sangue não coagule.

➤ Soro

Obtido após centrifugação do sangue coagulado. Após a coleta do sangue as plaquetas e os fatores de coagulação completam o processo de coagulação sanguínea.

Tubos utilizado frequentemente na rotina laboratorial		
Tubo / Cor	Composição / Ação	Finalidade
Roxo	EDTA (Ácido Etilenodiaminotetracético) - Inibe o processo de coagulação (anticoagulante).	Exames hematológicos que requerem a preservação da morfologia celular (p. ex. hemograma)
Azul claro	Citrato de sódio - Atua como anticoagulante	Provas de coagulação sanguínea; imunofenotipagem; culutura celular e testes que necessitam de células vermelhas.
Cinza	Flureto de sódio - Inibidor glicolítico *Geralmente são associados com EDTA	Indicado para dosagem de glicose, hemoglobina glicada e lactato
Verde claro	Heparina - Ação anticoagulante por meio da inibição da trobina e do fator X ativado	Determinações bioquímicas a partir do plasma. Também utilizado em seringas para análise de gasometria e eletrólitos
Vermelho	Sem aticoagulante (com ativador de coágulo jateado) - Acelera o processo de coagulação	Utilizado para exames sorológicos
Amarelo	Gel separador - Obtenção de soro de alta qualidade	Utilizado para exames sorológicos, marcadores cardíacos e bioquímicos (uréia, creatinina, sódio, potássio, etc.)

➤ **Sequência correta para uso dos tubos durante a coleta de sangue**

De acordo com as recomendações do *Clinical and Laboratory Standards Institute* (CLSI), durante a coleta de sangue é necessário respeitar a sequência correta no uso dos tubos. A ausência deste procedimento expõe ao risco de contaminação por aditivos entre os tubos (contaminação cruzada) (LOPES; SILVA, 2015). Sequência correta segundo o CLSI:

1. Frasco para hemocultura
2. Tubo de citrato de sódio (tampa azul-claro)

3. Tubo com ativador de coágulo, com ou sem gel para obtenção de plasma (tampa vermelha ou amarela)
4. Tubo de heparina (tampa verde)
5. Tubo de EDTA (tampa roxa)
6. Tubo de flureto/EDTA (tampa cinza)

➤ **Volume para aspiração**

As etiquetas das embalagens individuais ou das caixas dos tubos contêm informações sobre a quantidade do aditivo específico e o volume aproximado de aspiração. Tubos com volume insuficiente ou em excesso de sangue, alteram a proporção correta de sangue/aditivo e podem gerar resultados incorretos ou desempenho precário do produto.

➤ **Homogeneização da amostra**

Após a coleta de sangue, as amostras obtidas devem ser homogeneizadas suavemente por inversão de 5 a 10 vezes. Este procedimento visa garantir o contato da amostra com toda superfície interna do tubo coletor. O tubo de tampa vermelha (tubo seco) dispensa a necessidade de homogeneização.

V – GASOMETRIA ARTERIAL

A gasometria é maneira mais efetiva para avaliar o equilíbrio ácido-base e a oxigenação. A medição da gasometria arterial envolve a análise de seis componentes: **pH sanguíneo** (mede a concentração de íons hidrogênio (H^+) no sangue), **PaCO₂** (pressão parcial de dióxido de carbono), **PaO₂** (pressão parcial de oxigênio), **saturação de oxigênio** (ponto no qual a hemoglobina é saturada pelo oxigênio), **excesso de bases** (representa a quantidade de tampões que existe no sangue “hemoglobina e bicarbonato) e o **bicarbonato sérico** (HCO_3^-).

Materiais necessários:

- EPI (óculos de proteção, avental, máscara cirúrgica e luvas de procedimento);
- Bandeja ou cuba-rim;
- Seringa de 3 mL (para adultos) ou de 1 mL (para crianças);
- Fita de identificação com os dados do paciente (nome completo, registro geral, número de leito, horário da coleta e nome do responsável pela coleta);
- Agulha 1,2 x 40 mm;
- Agulha 0,7 x 25 mm ou menor;
- Invólucro de plástico;

- Frasco de heparina 5.000 UI;
- Algodão embebido com álcool 70%;
- Fita adesiva hipoalérgica;
- Gaze;
- Tampa de borracha para ocluir a agulha;
- Coxim.

Etapas para execução:

1. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado;
2. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
3. Reunir os materiais necessários para coleta e dispor em local de fácil acesso;
4. Heparinizar a seringa (quando essa não for o dispositivo específico para coleta de sangue arterial):
 - Conectar a seringa a agulha 1,2 x 40 mm e aspirar de 0,2 – 0,3 mL de heparina do frasco; tracionar o êmbolo da seringa até aproximadamente a marca de 1 mL, e depois, ejetar o excesso de heparina em local apropriado, deixando, somente, 0,1 mL. Trocar a agulha pela a de numeração 0,7 x 25 mm;
5. Posicionar o braço do paciente de acordo com o local a ser puncionado. Posicionamento do braço do paciente: estender o braço, com a palma da mão para cima e hiperestender o punho apoiando-o sobre o coxim (para deixar a artéria radial o mais superficial possível);
6. Identificar a artéria radial por meio de palpação próximo ao processo estiloide do rádio e o tendão dos flexores do carpo (sente-se o pulso radial entre essas duas estruturas anatômicas);
7. Paramentar-se com os EPI;
8. Realizar antissepsia do local da punção com o algodão embebido em álcool 70%, em movimentos em sentido único, com a mão dominante;
9. Palpar o pulso radial usando a mão não dominante (palpar com auxílio da digital dos dedos indicador e médio);
10. Com a mão dominante, inserir a agulha em ângulo de 30° a 90° em direção cefálica logo abaixo do local onde está palpando o pulso;
11. Avançar a agulha lentamente até que o sangue arterial flua espontaneamente para a seringa. Caso o sangue não retorne espontaneamente, puxar o êmbolo da seringa com a mão dominante e coletar de 1,2 a 2 mL de sangue (média de 1,6 mL) em adultos, e de 0,5 a 0,6 mL, em crianças;
12. Retirar a agulha e comprimir imediatamente o local com a gaze, fazendo pressão por 5 minutos até obter a hemostasia. Na sequência realizar curativo oclusivo e compressivo, utilizando gaze e fita adesiva hipoalérgica;
13. Segurar a seringa na posição vertical, retirar as bolhas (se houver) e tampar a agulha (“espetar” na tampinha de plástico ou silicone);
14. Homogeneizar a amostra por meio de movimentos de inversão da seringa, no mínimo, cinco vezes e girar a seringa em torno dela mesma, suavemente entre as palmas das

mãos, por cinco segundos (não exceder o tempo de um minuto após a coleta para realizar a homogeneização);

15. Fixar no corpo da seringa a fita com os dados de identificação da amostra;
16. Colocar a seringa no invólucro de plástico;
17. Recolher os materiais utilizados, manter o ambiente organizado e retirar os EPI;
18. Deixar o paciente confortavelmente no leito;
19. Encaminhar a amostra para o laboratório, junto com o formulário de solicitação de exames, em até 15 minutos após a coleta;
20. Realizar registros de enfermagem, constando: número de tentativas de punções, local punccionado, tipo e frequência respiratória, temperatura corporal, uso de ventilador mecânico (modo de ventilação e FiO_2) ou outro supor de oxigênio (concentração de O_2), ocorrências adversas e medidas implementadas.

Observações:

- ❖ Alterar o local a punção após duas tentativas;
- ❖ Avaliar o local após a punção arterial quanto à presença de sangramentos, hematomas e/ou equimoses, principalmente nos pacientes que fazem o uso de anticoagulantes;
- ❖ Investigar contraindicações para a realização da coleta de sangue, como: trombocitopenia intensa (contagem de plaquetas de $20.000/mm^3$); prolongamento do tempo de protrombina ou do tempo de tromboplastina parcial; comprometimento vascular da artéria (fístula arteriovenosa, dissecção arterial recente, doença vascular periférica ou infecção local); ausência de pulso palpável.
- ❖ Substituir a agulha por outra de menor calibre, quando ocorrerem espasmos arteriais;
- ❖ Transportar a amostra de sangue arterial ao laboratório, imediatamente após a coleta. O transporte sob refrigeração, sem contato direto, será necessário se ocorrer em tempo superior a 15 minutos, utilizando caixa térmica e gelo reciclável. As análises para lactato, pH, Na^+ , K^{++} , Cl^- , PaO_2 e $PaCO_2$ deverão ocorrer dentro de 15 minutos, enquanto os outros elementos poderão ser analisados até uma hora.

ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE

Conceito: fornecimento de alimentos necessários para conservação das funções vitais.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, médico, nutricionista, auxiliar e técnico de enfermagem.

➤ ALIMENTAÇÃO ORAL

CLASSIFICAÇÃO DAS DIETAS HOSPITALARES		
Tipo	Características	Indicações
Normal / Geral / Livre	<p>Caracteriza-se pela consistência normal e quantidade suficiente de energia, proteína, carboidratos, lipídios, vitaminas, minerais, entre outros nutrientes, com a finalidade de manutenção da saúde e estado nutricional adequado.</p> <p>Fracionamento: 5 a 6 refeições diárias Valor calórico: 2.000 a 2.200 kcal/dia</p>	Pacientes com ausência de alterações metabólicas importantes ou que não estejam em risco nutricional, portanto, não necessitam de modificações dietéticas importantes.
Dieta Branda	<p>Dieta com valor nutricional similar à dieta livre. Caracteriza-se, principalmente, pela atenuação da textura dos alimentos por meio do processo de cocção das fibras e de verduras/legumes/frutas e tecido conectivo das carnes, com finalidade de facilitar o trabalho digestivo (mastigação/deglutição/digestão/absorção).</p> <p>Fracionamento: 5 a 6 refeições diárias Valor calórico: 1.800 a 2.200 kcal/dia</p>	Pacientes no pré e pós-operatórios imediatos de diversos procedimentos cirúrgicos (exceto de cirurgias do sistema digestório, para qual é indicada apenas no pós-operatório tardio), afecções gástricas (úlceras e gastrites) e dificuldades em outras funções digestivas. Utilizada na transição entre a dieta posta e normal.
Dieta Pastosa	<p>Dieta que proporciona repouso digestivo e fornece quantidade adequada de nutrientes semelhante à dieta bruta. A textura, porém, é menos sólida. Normalmente, os alimentos/preparações apresentam-se na forma de purês, cremes, papas e carnes subdivididas (moídas, trituradas, desfiadas) e suflês.</p> <p>Fracionamento: 5 a 6 refeições diárias Valor calórico: 1.800 a 2.200 kcal/dia</p>	Pacientes com dificuldades de mastigação e deglutição, principalmente pacientes idosos (ausência de próteses dentárias), portadores de doenças neurológicas e estados graves de doenças crônicas (insuficiência cardíaca e respiratória). Utilizada na transição entre dieta leve e a branda.
Dieta Leve	<p>Conhecida também como semilíquida, caracteriza-se pelas preparações de consistência espessada (presença de farináceos ou espessantes artificiais), constituídas de líquidos e alimentos semissólidos, cujos pedaços encontram-se em emulsão ou suspensão. Permite repouso digestivo, porém apresenta valor nutricional reduzido quando comparada às dietas anteriores. Recomenda-se acompanhar o paciente, e, se necessário, orientar suplementação.</p> <p>Fracionamento: 5 a 6 refeições diárias Valor calórico: 1.300 a 1.500 kcal/dia</p>	Pacientes com função gastrointestinal moderadamente reduzida, intolerância aos alimentos sólidos devido à dificuldade de mastigação e deglutição, e evolução de pós-operatório. Utilizada na transição entre a dieta líquida e a pastosa.
Dieta Líquida	<p>Conhecida também como líquida completa. A dieta apresenta os alimentos/preparações na forma líquida e é prescrita para os pacientes que necessitam de mínimo esforço digestivo e pouco resíduo. Devido ao valor nutricional reduzido,</p>	Pacientes no pós-operatório de cirurgias na boca, plástica de face e pescoço entre outras evoluções de pós-operatórios, fratura de mandíbula, estreitamento esofágico e intolerância

	<p>geralmente além das necessidades dos pacientes, deve-se oferecer suplementos alimentares com intuito de melhorar o aporte energético, proteico, vitamínico e de minerais, e evoluir o mais breve a dieta via oral. Caso não seja possível, recomenda-se terapia nutricional.</p> <p>Fracionamento: a cada 2 horas ou em intervalos menores. Aconselha-se o controle do volume da dieta para evitar distensão abdominal.</p> <p>Valor calórico: 750 a 1.500 kcal/dia</p>	<p>aos alimentos sólidos. Utilizada na transição entre a dieta líquida restrita e a leve. Atentar-se ao risco de broncoaspiração em pacientes com disfagias.</p>
Dieta Líquida Restrita	<p>Conhecida também como cristalina ou de líquidos claros. Caracteriza-se pela presença de água, líquidos límpidos e carboidratos, com a finalidade de hidratação e a mínima formação de resíduos, proporcionando o máximo repouso do sistema digestório. Além disso, devido ao baixo valor nutricional, a dieta deve ser evoluída o quanto antes, caso não seja possível via oral, recomenda-se terapia nutricional.</p> <p>Fracionamento: a cada 2 horas ou em intervalos menores. Aconselha-se o controle do volume da dieta para evitar distensão abdominal.</p> <p>Valor calórico: 375 a 600 kcal/dia</p>	<p>Pacientes no pré-operatório de cirurgias do colón, pós-operatório imediato e evolução de terapia nutricional – redução da nutrição parenteral e introdução da via orla.</p>
Dieta Zero	<p>Conhecida também como jejum, caracteriza-se pela ausência da ingestão de alimentos por via oral.</p> <p>Valor calórico: 0 kcal/dia (via oral)</p>	<p>Pacientes em pré – pós operatórios ou preparo de exames agendados, que exijam tal procedimento. deve-se conhecer/controlar a duração exata do tempo de jejum, evitando que o paciente permaneça com dieta zero além do necessário.</p>

Fonte: Waitzberg (2009).

Nota: A prescrição dietética é responsabilidade do nutricionista e do médico. Contudo, a enfermagem auxilia na administração.

➤ ALIMENTAÇÃO PARA CONDIÇÕES ESPECÍFICAS

São dietas indicadas para pacientes com doenças que requerem terapia nutricional específica, como: dieta para diabéticos, doenças cardiovasculares, cirurgia bariátrica, doença renal, alergia alimentar, dentre outras condições.

➤ ALIMENTAÇÃO PARENTERAL

A nutrição parenteral, segundo portaria 272 da ANVISA, consiste em solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos e sistemas (WAITZBERG, 2009).

➤ ALIMENTAÇÃO ENTERAL

Alimentação enteral pode ser definida como: alimentos para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sonda ou via oral, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas (WAITZBERG, 2009).

ALIMENTAÇÃO POR SONDA GÁSTRICA OU ENTERAL

Materiais necessários:

- Sonda (Levin, Dobhoff, Nutriflex);
- Suporte para frasco de alimento;
- Frasco com alimento;
- Estetoscópio;
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 20 mL;
- Copo com água;
- Lubrificante hidrossolúvel (Xylocaína gel);
- Esparadrapo ou micropore;
- Gaze;
- Papel toalha;
- Cuba rim;
- Saco plástico para resíduos.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Verificar a prescrição médica e conferir a dieta;
3. Reunir todo o material e levar até o quarto do paciente;
4. Observar a temperatura da dieta (deve estar em temperatura ambiente);
5. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele pode auxiliar;
6. Colocar o paciente em decúbito elevado (sentado ou em posição de Fowler);
7. Verificar posicionamento da sonda;
8. Lavar a sonda (injetar água) com auxílio de uma seringa contendo em torno de 10 mL de água, evitar a entrada de ar na sonda;
9. Conectar o frasco de dieta ao equipo destinado à infusão da dieta;
10. Conectar o equipo na sonda, evitando a entrada de ar;
11. Abrir o equipo, não deixando a dieta correr muito rápido (permitir que o gotejamento ocorra de 30 a 60 minutos, ajustando o rolete “pinça” do equipo);

12. Ao término da administração da dieta, dobrar a sonda, desconectar o equipo e levar a sonda com água (em torno de 20 mL);
13. Fechar a sonda e manter o paciente na posição de Fowler por no mínimo 30 minutos;
14. Recolher o material utilizado;
15. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
16. Checar o procedimento, anotar observações, intercorrências e reações do paciente.

❖ **Comprovação de posicionamento da sonda**

Teste da audição: posicionar o diafragma do estetoscópio sobre o estômago do paciente e injetar rapidamente 20 mL de ar pela sonda. Espera-se com este procedimento ouvir o ruído característico da posição da sonda no estômago.

Aspiração de conteúdo: aspirar com uma seringa de 10 mL o conteúdo gástrico do paciente e determinar o seu pH. A confirmação também pode ser pela identificação de restos alimentares no conteúdo aspirado (neste caso o conteúdo aspirado pode ser reintroduzido no estômago).

Teste do borbulhamento: posicionar a extremidade da onda em um copo com água, caso ocorra borbulhamento na água, é indicativo de que a sonda esteja na via respiratória.

Verificação de sinais: monitorar a presença de sinais como tosse, cianose e dispneia (indicativo de que a sonda esteja na via respiratória).

Observações:

- ❖ Monitorar os valores glicêmicos do paciente a cada 6 horas;
- ❖ Frequentemente observar as condições respiratórias do paciente;
- ❖ Trocar a bolsa/frasco e usar um novo conjunto de administração (equipo) a cada dieta com exceção das dietas contínuas e cíclicas, onde o equipo deve ser trocado a cada 24 horas ou novo frasco de dieta;
- ❖ Injetar 20 mL de água após as infusões de dieta e seguir prescrição médica para administração de água via sonda;
- ❖ Monitorar peso do paciente (sempre no mesmo horário e com a mesma balança).
- ❖ Monitorar os ruídos hidroaéreos e as fezes do paciente.

➤ **ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL: FORMAS E VELOCIDADE DE INFUSÃO**

I. Intermitente ou fracionada

- De 100 a 300 ml a cada 3 ou 4 horas por método gravitacional, em que o controle do fluxo de gotejamento é manual;

- Sondas localizadas no estômago: 40 min a 1 hora;
- Sondas localizadas no intestino delgado: 1h30min a 2h.

Vantagens:

- É mais fisiológica e simula o padrão habitual de alimentação;
- Ocorre melhor aproveitamento dos nutrientes;
- Facilita a evolução e avaliação de desmame de dieta enteral para dieta por via oral;
- Maior liberdade do paciente.

Desvantagens:

- Eleva o risco de broncoaspiração;
- Aumenta a manipulação da sonda (sistema aberto).

II. Cíclica

Volume prescrito é administrado por gotejamento lento de preferência por bomba de infusão (por 14 a 16 horas), mantendo uma pausa noturna de 6 a 8 horas com os objetivos de:

- Mimetizar a pausa noturna habitual;
- Reduzir a população bacteriana intragástrica. Durante a pausa noturna o pH do estômago diminui para níveis bactericidas, auxiliando o controle da população bacteriana do trato gastrointestinal;
- Mais indicado para pacientes gravemente enfermos;
- Maior precisão controle e segurança;
- Previne intolerâncias gastrintestinais e refluxo;
- Deve ser administrada por sistema fechado.

Desvantagens:

- Custo mais elevado;
- Restringe o paciente;
- Necessidade de bomba de infusão.

III. Contínua

- Administrada por bomba de infusão sem pausa noturna, durante 24 horas;
- Deve-se dividir o volume prescrito por 22 a 23 horas, prevendo uma pausa de 1 a 2 horas para o banho, a aspiração de vias aéreas, dentre outros procedimentos.

Indicações:

- Pacientes com insulino terapia contínua;
- Pacientes críticos na fase inicial da terapia;

- Para controlar diarreia osmótica.

Desvantagens:

- Requer uso de bomba de infusão;
- Não permite a pausa fisiológica noturna;
- Maior custo.

CURATIVOS

I. CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA

Conceito: Limpeza de ferida operatória limpa com cicatrização por primeira intenção.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, médico, auxiliar e técnico de enfermagem.

Materiais necessários:

- EPI: óculos de proteção, avental, luvas de procedimento e máscara cirúrgica;
- Pacote de curativo (pinças cirúrgicas “Kelly, anatômica ou dente de rato”, tesoura) ou luva estéril;
- Frasco de SF 0,9%;
- Álcool 70% e algodão;
- Pacotes de gaze estéril;
- Saco de lixo para curativo;
- Fita adesiva hipoalergênica;
- Agulha 40x12;
- Lençol;
- Impermeável.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS antes e após preparar o material;
2. Reunir todo o material;
3. Colocar a bandeja com o material sobre a mesa-de-cabeceira, previamente desinfetada, mantendo o ambiente livre de correntes de ar;
4. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
5. Garantir a privacidade do paciente, descobrir apenas a área a ser tratada;
6. Colocar o cliente em posição confortável, adequada e segura;
7. Colocar o recipiente de descarte próximo ao paciente;
8. Colocar impermeável e/ou lençóis próximo à ferida para reter a solução drenada, evitando umedecer outras áreas;
9. Paramentar-se com os EPI;
10. Abrir o pacote de curativo estéril com técnica asséptica;
11. Abrir os pacotes de gazes esterilizadas e coloca-las sobre o campo estéril com técnica asséptica;
12. Colocar as pinças sobre o campo da bandeja com os cabos voltados para a borda, manuseando-as pelo lado externo do campo;

13. Fazer desinfecção da curvatura superior do frasco de SF0,9% ou do injetor de borracha do frasco de PVC do SF0,9% com algodão embebido em álcool a 70% e perfura-los com agulha 40x12;
14. Desprender a fita hipoalergênica com auxílio de pinça e gaze embebida em solução fisiológica;
15. Remover o curativo anterior com a pinça dente-de-rato, desprezando o curativo no lixo e a pinça na borda do campo;
16. Montar uma “trouxinha” de gazes esterilizadas utilizando a pinça cirúrgica, e umedecê-la com SF 0,9%;
17. Limpar a ferida em sentido único, utilizando as faces da “trouxinha” umedecida e trocando quantas vezes forem necessárias. Desprezá-las no recipiente de descarte;
18. Limpar as regiões laterais da ferida em sentido único, utilizando as faces da “trouxinha” umedecida com SF0,9% e trocando-a quantas vezes forem necessárias;
19. Montar uma “trouxinha” de gazes esterilizadas e secas utilizando a pinça cirúrgica e passa-la sobre a ferida e depois em suas laterais, utilizando todas as faces e trocando-as quantas vezes forem necessárias;
20. Ocluir a ferida com duas ou mais lâminas de gazes esterilizadas dobradas no sentido horizontal e fixa-las com fita adesiva hipoalergênica;
21. Recolher os materiais;
22. Retirar os EPI;
23. Recompôr a unidade e o cliente;
24. Colocar o cliente em posição confortável, adequada e segura;
25. Dar destino adequado aos materiais e encaminhar bandeja, pinças, tesouras e bacias para o expurgo para posterior esterilização;
26. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
27. Proceder às anotações de enfermagem no prontuário constando: técnica do curativo, características da ferida e da pele adjacente, quantificação de materiais utilizados e ocorrências adversas e as medidas tomadas.

Observações:

- ❖ Realizar o curativo com técnica asséptica 24 horas após a sutura e mantê-lo ocluído por mais 24 horas, desde que o curativo esteja seco;
- ❖ Manter a ferida cirúrgica aberta após 48 horas da cirurgia e/ou quando não apresentar complicações de deiscência e saída de secreções;
- ❖ Realizar a limpeza com água e solução degermante, quando não mais houver indicação de curativo esterilizado;
- ❖ Utilizar luvas de procedimento para a retirada do curativo anterior, e luvas esterilizadas quando o procedimento não for realizado por meio de instrumentais.

II. CURATIVO EM FERIDA ABERTA

Conceito: Limpeza de ferida limpa com cicatrização por segunda intenção.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, médico, auxiliar e técnico de enfermagem.

Materiais necessários:

- Pacote estéril de curativo contendo:
 - 1 - pinça anatômica;
 - 1 - pinça Kelly ou Kocher;
 - 1 - espátula;
- Solução fisiológica a 0,9% (SF) (preferencialmente aquecida);
- Seringa de 20 mL;
- Bandeja de inox;
- Agulha 40 x 12;
- Pacotes de gazes esterilizadas;
- Esparadrapo, fita crepe ou micropore;
- Tesoura estéril e de bolso;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Cuba rim ou bacia;
- Forro de papel, pano ou impermeável;
- Solução antisséptica (se prescrito);
- Tratamento de escolha (coberturas) quando indicado;
- Ataduras;
- Biombo (se necessário);
- Saco plástico para descarte de resíduos.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Reunir o material necessário para o curativo;
3. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada e as formas como ele pode colaborar;
4. Preparar o ambiente, providenciando boa iluminação;
5. Dispor o material em local próximo e de fácil acesso;
6. Zelar pela privacidade do paciente;
7. Calçar as luvas;
8. Descobrir a área a ser tratada e proteger a cama com forro de papel, pano ou impermeável;
9. Colocar o paciente em posição apropriada e de fácil acesso a área a ser tratada;
10. Abrir o pacote de curativo, colocando as pinças com os cabos voltados para a borda do campo;
11. Colocar as gazes, em quantidade suficiente para uso, sobre o campo estéril;

12. Umedecer o curativo que está no paciente com SF 0,9% para facilitar a sua remoção;
13. Com o auxílio da espátula, dobrar a gaze;
14. Remover o curativo anterior com a pinça anatômica, colocando-o no saco plástico para resíduos e a pinça no local apropriado (fora do campo estéril);
15. Limpar a ferida com jatos de SF 0,9% aspirado por meio da seringa de 20 mL;
16. Embeber as gazes com SF 0,9% e cobrir toda a extensão da ferida, para mantê-la úmida e utilizar o produto apropriado para o tipo de ferida; Se for colocar alguma cobertura não utilizar a gaze umedecida com SF 0,9%, colocar a cobertura indicada e o curativo secundário com gaze seca;
17. Proteger a ferida com gaze e fixar com fita adesiva e/ou atadura;
18. Envolver as pinças no próprio campo estéril e encaminha-las ao expurgo;
19. Observar o estado geral do paciente;
20. Deixar o ambiente limpo e em ordem;
21. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
22. Anotar a assistência prestada e condições da ferida nos registros de enfermagem.

Observações:

- ❖ Curativos úmidos são contraindicados em locais de inserção de cateteres, introdutores, fixadores externos, drenos e sondas;
- ❖ A SF 0,9% é indicada para limpeza e tratamento de feridas com cicatrização por segunda ou terceira intenção, pois auxilia na limpeza e umedece a ferida (a utilização de SF 0,9% é indicada para limpeza de todas as feridas (primeira, segunda e terceira intenção, drenos e cateteres, esses últimos antes da utilização de solução antisséptica. Esse procedimento favorece a formação de tecido de granulação e amolece os tecidos desvitalizados, se possível utilizar SF 0,9% morno);
- ❖ A manutenção do calor no local da ferida é importante para favorecer o processo de cicatrização. Por isso, recomenda-se utilizar SF 0,9% aquecido para manter a temperatura constante da ferida, o que estimula a atividade celular;
- ❖ A ferida demora 40 minutos para voltar à temperatura normal e três horas para a atividade mitótica retornar a sua velocidade normal se não utilizar SF 0,9% aquecido.
- ❖ Em curativos com muito exsudato, utilizar cuba rim ou bacia sob a área da ferida durante o curativo;
- ❖ Nos casos em que o paciente necessitar de vários curativos, começar pela lesão mais limpa, seguindo para as mais infectadas;
- ❖ Nas feridas com exsudato e/ou suspeita de infecção, coletar (antes de fazer o curativo) amostra de material para bacterioscopia (Swab), quando prescrito pelo médico.

➤ **TRATAMENTO PARA FERIDAS**

O tratamento de feridas é parte essencial do processo de trabalho da enfermagem. Existem disponíveis no mercado inúmeras opções para o tratamento de feridas, com

indicações específicas, de acordo com avaliação realizada pelo médico e pelo enfermeiro. Abaixo, foram selecionados alguns tratamentos (coberturas) rotineiramente utilizados no reparo tecidual.

Tratamento	Indicação	Trocas
Ácidos Graxos essenciais (AGE)	Hidratação da pele e utilização em lesões superficiais abertas com tecido de granulação, sem infecção.	A cada 24 horas.
Clorexidina alcóolica 0,5%	Inserção de drenos ou cateteres.	A cada 24 horas ou quando o curativo estiver sujo ou úmido.
Cobertura seca com SF 0,9%	Feridas suturadas; inserção de drenos e cateteres antes da solução antisséptica.	A cada 24 horas ou quando o curativo estiver sujo ou úmido.
Curativo úmido com SF 0,9%	Feridas com cicatrização por 2° ou 3° intenção.	A cada 24 horas ou na presença de grande quantidade de exsudato.
Papaína 4, 6 e 10%	Feridas desvitalizadas ou necróticas e infectadas.	A cada 24 horas ou de acordo com a saturação do curativo.
Sulfadiazina de prata pomada	Queimaduras e lesões superficiais abertas com tecido de granulação, sem infecção.	A cada 12 horas (no máximo).
Carvão ativado	Lesões neoplásicas; feridas muito exsudativas e infectadas.	7 dias ou antes de acordo com a saturação.
Colagenase pomada	Indicada exclusivamente nas feridas com tecido necrótico (liquefação e coagulação).	A cada 24 horas.
Hidrocolóide em placa	Feridas com baixa exsudação, por exemplo, lesão por pressão, úlceras venosas, pé diabético, queimaduras de 2° grau, prevenção de bolhas em atletas e pé diabéticos, abrasões e escoriações. Não é recomendado para feridas infectadas.	3 a 7 dias (conforme exsudação).
Hidrogel	Feridas secas ou com baixo exsudato, feridas com perda tecidual parcial ou total, feridas com tecido necrótico, áreas doadoras de enxerto, queimaduras de primeiro e segundo graus, dermabrasões e úlceras.	Feridas infectadas (24 horas) e feridas não infectadas até 72 horas.
Hidrogel com alginato	Feridas com tecido necrótico e exsudativas. Não utilizar em feridas com tecido de granulação.	A cada 24 horas.
Alginato de Cálcio	Ferida operatória nas quais seja necessário hemostasia e feridas muito exsudativas e com infecção, por exemplo, úlceras crônicas e lesão por pressão.	7 dias ou antes de acordo com a saturação.

III. CURATIVOS ESPECÍFICOS

As etapas de execução dos curativos específicos envolvem as mesmas utilizadas na realização do curativo comum, contudo a equipe de enfermagem deve atentar-se aos cuidados específicos mencionados para cada curativo abaixo.

I. Feridas com drenos

- Limpar o dreno e a pele ao redor da ferida com gaze umedecida com SF 0,9%, seguida da utilização de clorexidina alcóolica 0,5%, por meio de movimentos semicirculares unidirecional com os dois lados da gaze;
- Colocar uma gaze sob o dreno, isolando-o da pele;
- Colocar o uma gaze sobre o dreno, protegendo-o.

II. Cateteres, introdutores e fixadores externos

- Limpar o local da inserção do cateter, com gaze umedecida com SF 0,9%, seguida da utilização de clorexidina alcóolica 0,5%, por meio de movimentos semicirculares unidirecional com os dois lados da gaze;
- Com outra gaze umedecida com SF 0,9%, limpar a região ao redor do ponto de inserção;
- Secar a região do ponto de inserção e ao redor dele com auxílio de uma gaze estéril;
- Aplicar solução antisséptica no ponto de inserção em direção ao cateter e depois na região ao redor do ponto de inserção, quando indicado e prescrito;
- Colocar gaze dobrada, uma de cada lado do cateter ou um protetor semipermeável apropriado;
- Fixar a gaze com micropore.

III. Curativo na traqueostomia

- Colocar o paciente na posição de *Fowler* e proteger o seu tórax com um forro;
- Abrir o pacote de curativo;
- Calçar luva estéril;
- Verificar se o “**cuff**” está insuflado, se a cânula for plástica. Realizar aspiração na traqueostomia, se necessário;
- Remover o curativo anterior;
- Umedecer a gaze estéril com SF 0,9% e limpar ao redor do orifício da traqueostomia, por meio de movimentos semicirculares unidirecional com os dois lados da gaze;
- Secar ao redor do orifício da traqueostomia com gaze estéril;
- Trocar o cadarço da cânula;
- Colocar gaze estéril ao redor da traqueostomia.

BANDAGEM

Conceito: cobertura realizada em torno de uma parte do corpo com o uso atadura ou outros dispositivos.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, médico, fisioterapeuta, auxiliar e técnico de enfermagem.

Materiais necessários:

- Atadura do tamanho adequado;
- Algodão ortopédico para proteção das proeminências ósseas (se necessário);
- Fita adesiva ou esparadrapo para fixação.

As ataduras têm média 4,5 m de comprimento e possuem diferentes tamanhos de larguras, recomenda-se a utilização conforme descrição no quadro abaixo.

Ataduras	
Local	Largura
Dedos	2,0 cm
Mão e pé	4 a 5 cm
Cabeça e olhos	5 a 6 cm
Braço e perna	5 a 7 cm
Ombro e tórax	7 a 10 cm
Quadril, coxa e abdome	10 a 15 cm

- FORMAS DE BANDAGEM E SUAS UTILIZAÇÕES

I. Circular

Usada para fixação da atadura no início e no fim, como também, em partes cilíndricas e curtas do corpo, por exemplo, testa, pescoço, pulso e tórax.



II. Espiral

Utilizada obliquamente em um seguimento do corpo. A volta em espiral é colocada do diâmetro menor para o maior, isso evita com que se desfaça. **Pode ser Lenta:** cobre 2/3 ou 1/2 da volta anterior (utilizada em partes cilíndricas do corpo como: braço, antebraço, dedos, troco e pernas); **ou Apressada:** as voltas não se tocam entre si (usada para fixar talas imobilizando articulações).



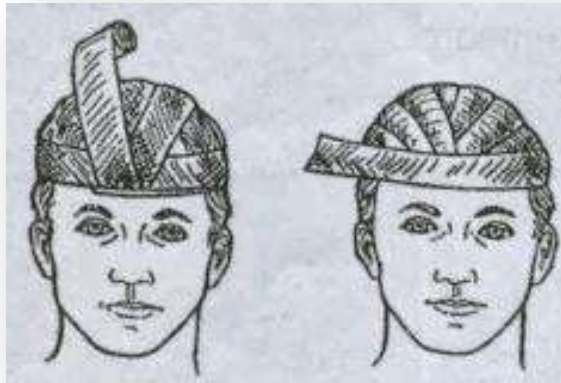
III. Espiral reversa

A cada volta o rolo de atadura é invertido, de forma que sua parte interna fica sendo a externa e na seguinte volta interna. Usada para membros em forma de cone, por exemplo, braço, antebraço, pernas e coxas.



IV. Recorrente

Aplicada em regiões ovoides como cabeça e cotos de membros ou segmentos amputados. Após a fixação circular, aplicar a atadura com idas e vindas lateralizadas, finalizando com volta circular dupla, firmando-a bem. A volta recorrente nunca é aplicada sozinha, sempre com outro tipo de volta.



V. Cruzada ou em oito

São voltas oblíquas, que sobem e descem, simulando o número “8”. É usada, sobretudo em regiões de articulações, como o cotovelo, o joelho, o punho e o calcâneo.



Observações:

- ❖ Ao aplicar uma bandagem, observar as condições da circulação local e a presença de lesões ou edema;
- ❖ Para investigar as condições de perfusão sanguínea, é necessário deixar as extremidades descobertas (dedos da mão e do pé);
- ❖ As ataduras devem ficar firmes, indeslocáveis, adaptando-se às formas corporais, sem serem muito apertadas;
- ❖ Deve-se tomar cuidado com a compressão excessiva das bandagens para evitar edema e deficiência circulatória.

RETIRADA DE PONTOS

Conceito: remoção de fios cirúrgicos com técnica asséptica.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, médico, auxiliar e técnico de enfermagem.

Materiais necessários:

- Pacote de retirada de pontos contendo:
 - 1 - Pinça Kocker;
 - 1 - Pinça Kelly;
 - 1 - Pinça e uma tesoura Íris ou Spencer;
- Gaze estéril;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Lâmina de bisturi (na ausência de tesoura);
- Cabo de bisturi;
- Fita adesiva;
- Cuba rim;
- Foco de luz ajustável;
- Solução antisséptica;
- Saco plástico para resíduos.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Verificar a prescrição médica sobre a retirada dos pontos;
3. Reunir o material necessário para a execução da técnica;
4. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada e as formas como ele pode colaborar;
5. Preparar o ambiente, providenciando boa iluminação;
6. Dispor o material em local próximo e de fácil acesso;
7. Calçar as luvas;
8. Na presença de curativo na área dos pontos, remover cuidadosamente;
9. Observar se há presença de afastamento das bordas da lesão ou sinais de infecção e inflamação (na presença desses sinais, comunicar o médico responsável);
10. Usar solução antisséptica e gaze estéril para limpar a linha de sutura e seu entorno com movimentos unidirecionais (isso ajuda a diminuir a quantidade de microrganismos presentes e reduzir o risco de infecção);
11. Umedecer as suturas com SF 0,9% para facilitar a remoção;
12. Colocar uma gaze próxima da incisão, para depositar os pontos retirados;
13. Com a pinça anatômica, segurar a extremidade do fio e com a tesoura ou bisturi, cortar a parte inferior do nó;

14. Remova pontos de forma intercalada, para evitar a deiscência e consequentemente evisceração, nos casos de ausência de cicatrização eficaz;
15. Remover os pontos remanescentes;
16. Limpar a incisão com gaze estéril e solução antisséptica;
17. Se necessário realizar curativo seco com gaze estéril;
18. Envolver as pinças no próprio campo estéril e encaminha-las ao expurgo;
19. Observar o estado geral do paciente;
20. Deixar o ambiente limpo e em ordem;
21. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
22. Anotar a assistência prestada e condições da sutura nos registros de enfermagem.

Suturas Comuns

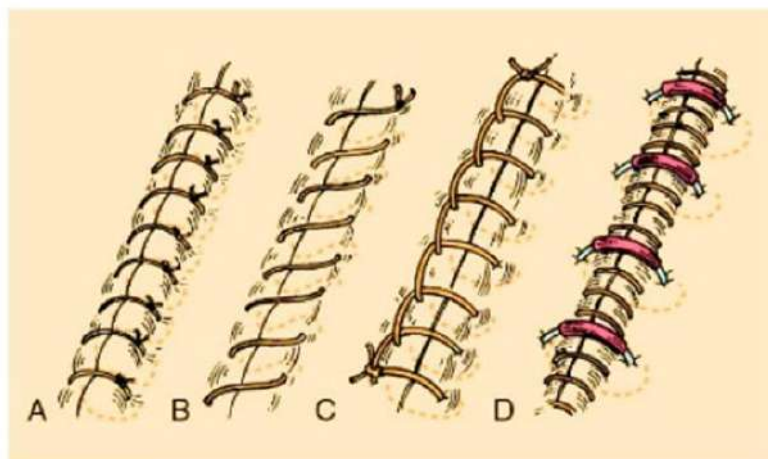


FIG. 48-27 Exemplos de métodos de sutura. **A**, Intermitente. **B**, Contínua. **C**, Contínua em cobertor. **D**, De retenção.

Fonte: Potter; Perry (2013).

Retirada de Pontos

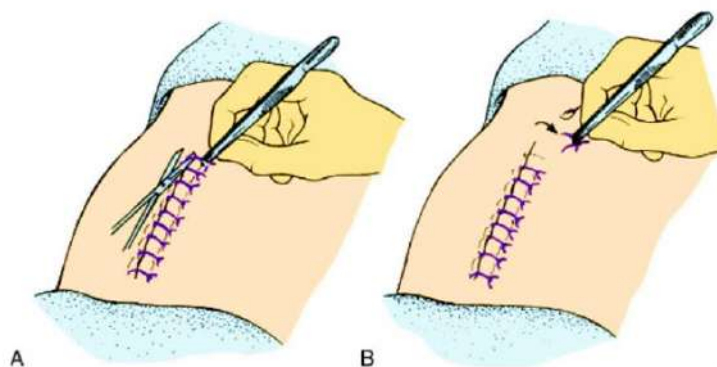


FIG. 48-28 Retirada de pontos intermitentes. **A**, Corte o ponto o mais próximo possível da pele, longe do nó. **B**, Retire o ponto e nunca deixe que o ponto contaminado atravesse os tecidos.

Fonte: Potter; Perry (2013).

CÂNULA DE GUEDEL

Conceito: introdução de cânula orofaríngea na cavidade bucal.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, fisioterapeuta, médico e técnico de enfermagem.

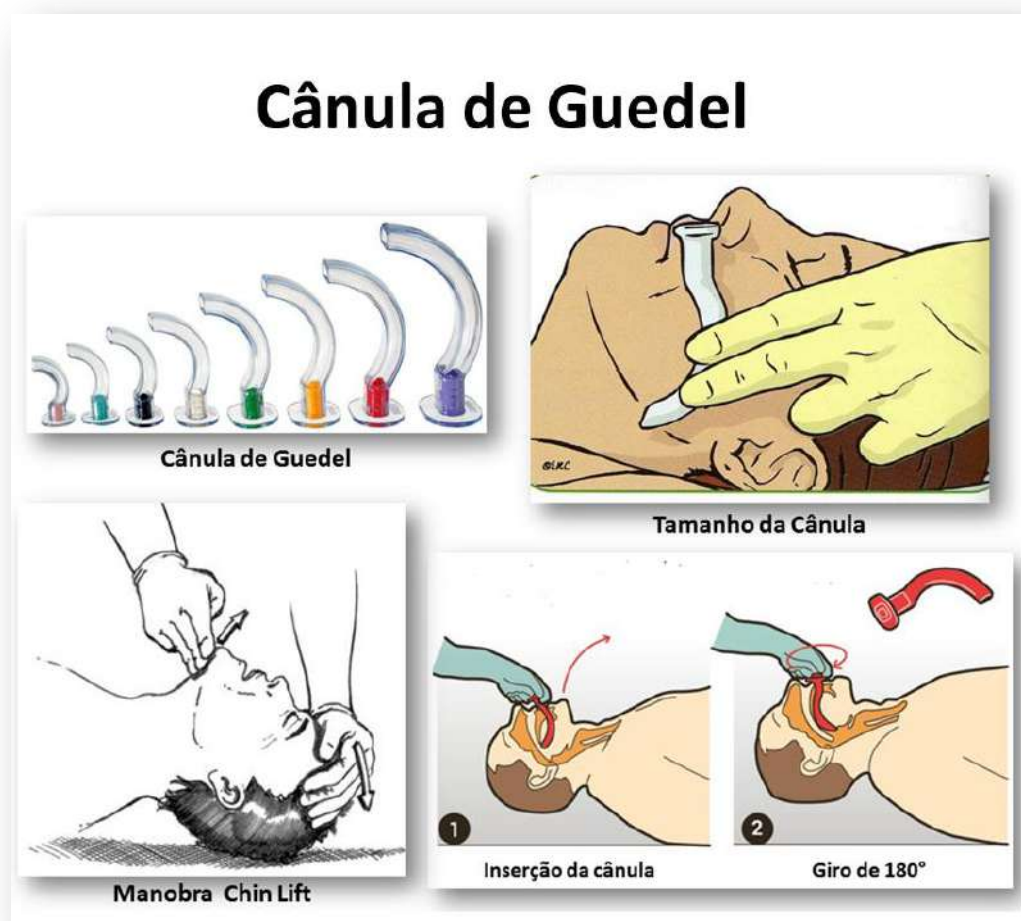
Materiais necessários:

- Máscara cirúrgica;
- Luvas de procedimento;
- Abaixador de língua;
- Cânula orofaríngea (Guedel);
- Biombo (se necessário).

Etapas para execução:

1. Reunir o material necessário para a execução da técnica;
2. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada e as formas como ele pode colaborar;
3. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
4. Dispor o material em local próximo e de fácil acesso;
5. Colocar biombo ao redor do leito, se necessário;
6. Calçar as luvas e colocar a máscara cirúrgica;
7. Posicionar o paciente em decúbito dorsal com a cabeça hiperestendida, caso não seja contraindicado;
8. Retirar a cânula da embalagem e confirmar se o tamanho é adequado ao paciente seguindo os passos:
 - a) Colocar a ponta da cânula próxima à rima labial e sua parte distal, no lobo da orelha, ou
 - b) Colocar a ponta da cânula na sínfise do mento e a sua parte distal, no ângulo da mandíbula.
9. Abrir a cavidade bucal por meio da manobra de Chin Lift;
10. Inspeccionar a cavidade bucal observando se há presença de secreções, corpos estranhos e próteses dentárias e removê-las;
11. Inserir a cânula na cavidade bucal conforme descrição:
 1. Inserir a cânula com a mão dominante. A concavidade da cânula deve estar voltada para cima e sua inserção deve ser feita até a transição do palato mole e palato duro;
 2. Após a inserção, girar a cânula em 180°, deixando-a com a concavidade voltada para baixo, e terminar de inserir até que sua aba coincida com os dentes.
12. Posicionar o paciente confortavelmente;
13. Deixar o ambiente limpo e em ordem;

14. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
15. Anotar a assistência prestada constando: tamanho da cânula utilizada, finalidade do uso, presença de ocorrências durante o procedimento e as medidas tomadas.



Observações:

- ❖ O abaixador de língua pode ser utilizado para abrir a cavidade oral de criança;
- ❖ Utilizar tamanho adequado da cânula as medidas do rosto do paciente. Uma cânula menor não impede a queda da língua e pode tornar-se um corpo estranho, enquanto que, uma cânula maior pode obstruir as vias respiratórias;
- ❖ Trocar a cânula a cada 24 horas, ou antes, se necessário, no momento da higiene bucal;
- ❖ Aspirar secreções contidas no interior do orifício da cânula.

OXIGENIOTERAPIA

Conceito: administração de oxigênio para aliviar ou prevenir hipóxia tecidual.

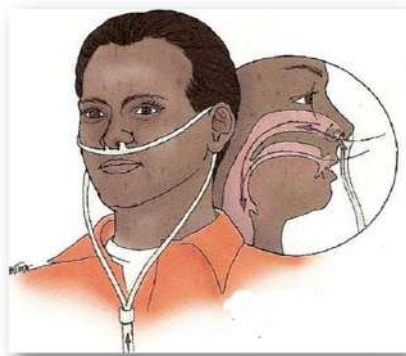
Responsáveis pela execução: enfermeiro, fisioterapeuta, médico e técnico de enfermagem.

A oxigenioterapia é uma intervenção destinada à administração de oxigênio medicinal com finalidade terapêutica. Sua utilização pode ser feita através de cânula nasal, cateter nasal, máscara fácil simples com ou sem reservatório, máscara fácil (de Venturi), cânula endotraqueal, incubadora (crianças) ou HOOD (capacetes). Os meios de administração mais comuns de oxigênio são:

➤ **Cateter nasal:**

Utilizado quando o paciente requer uma concentração baixa ou média de oxigênio.

Cateter Nasal (tipo óculos)



➤ **Máscara facial simples com ou sem reservatório:**

Utilizada para administração de oxigênio em média ou baixa quantidade, porém com grande quantidade de umidade.

Máscara Facial Simples



FIG. 40-16 Máscara facial simples.



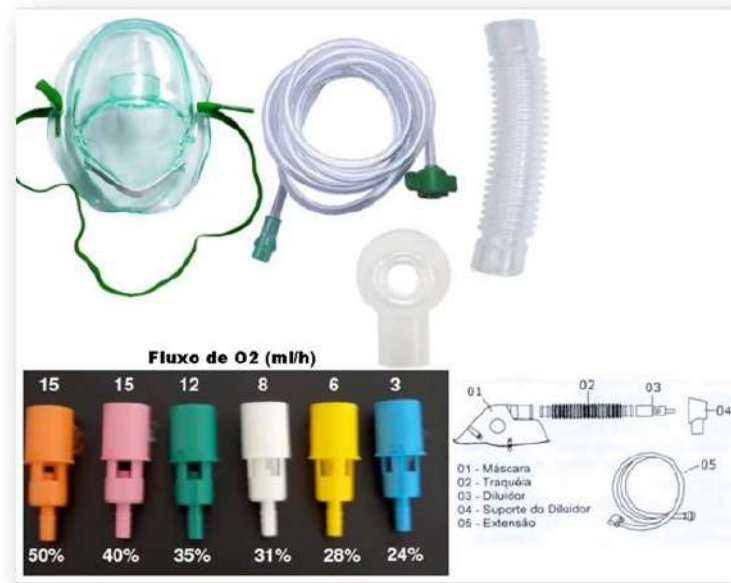
FIG. 40-17 Máscara facial de plástico com bolsa-reservatório.

Fonte: Potter; Perry (2013).

➤ **Máscara facial (de Venturi):**

Utilizada para administração de concentrações mais precisas de oxigênio, sem considerar a profundidade ou a frequência de respiração.

Máscara de Venturi



➤ **Incubadora (ou capacete de HOOD):**

Utilizado para administração de oxigênio em crianças.

Capacete de HOOD



Materiais necessários:

- Oxigênio canalizado ou em torpedo;
- Cateter nasal (nº 6, 8 ou 10), máscara fácil simples com ou sem reservatório ou máscara facial (de Venturi);
- Cadastrar (se necessário);
- Manômetros: para indicar a quantidade de oxigênio no torpedo e o fluxo de saída (fluxômetro);
- Luvas de procedimento;
- Umidificador de oxigênio;
- Água destilada ou solução fisiológica 0,9% para umidificação;
- Fonte de oxigênio;
- Extensor (cânula de conexão);
- Gaze estéril.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Verificar a prescrição médica sobre a oxigenioterapia;
3. Reunir o material necessário para a execução da técnica;
4. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada e as formas como ele pode colaborar;
5. Preparar o ambiente e dispor os materiais em local próximo e de fácil acesso;
6. Verificar as fontes de oxigênio que serão utilizadas;
7. Calçar as luvas;
8. Preencher o umidificador com água destilada ou SF 0,9% até o nível indicado;
9. Conectar o umidificador na rede ou no torpedo de oxigênio;
10. Conectar o umidificador na extensão presa ao cateter nasal ou máscara fácil;
11. Liberar a saída de oxigênio de 3 a 5 litros/minuto ou conforme prescrição médica (confirmar borbulhamento dentro do umidificador e a presença de ar na extremidade da cânula);
12. Remover secreções da narina do paciente com o uso de uma gaze embebida com SF 0,9%;
13. Ajustar a cânula confortavelmente nas narinas do paciente;
14. Fixar o cateter se necessário;
15. Posicionar o paciente confortavelmente, com a cabeceira da cama elevada (caso não tenha contraindicações);
16. Observar o estado geral do paciente;
17. Deixar o ambiente limpo e em ordem;
18. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
19. Anotar a assistência prestada nos registros de enfermagem.

Observações:

- ❖ Avaliar as condições do quarto para garantir que esteja seguro para a administração de oxigênio (deve ser proibido fumar no local ou usar velas durante rituais religiosos);
- ❖ Manter os torpedos de oxigênio na vertical, longe de aparelhos elétricos e/ou fontes de calor;
- ❖ Anotar no prontuário do paciente, o horário de início, a quantidade e o meio de administração da oxigenioterapia;
- ❖ Trocar diariamente a cânula, os umidificadores, o tubo e outros equipamentos expostos à umidade;
- ❖ Monitorar o funcionamento do sistema de oxigênio constantemente, observando o volume de água do umidificador e a quantidade de litros administrada por minuto;
- ❖ Monitorar sinais vitais, nível de consciência e sinais de hipóxia no paciente. Na presença de alterações, comunicar a enfermeira responsável pelo setor e realizar anotação nos registros de enfermagem;
- ❖ Se administração de oxigênio for contínua, trocar o cateter no mínimo a cada 24 horas, alternando as narinas, evitando assim ferimentos da mucosa nasala e obstrução do cateter por secreção;
- ❖ A máscara fácil é desconfortável para o paciente. Desse modo, deve ser retirada de duas em duas horas, deixando o paciente repousar alguns minutos antes de recolocá-la. Nesse intervalo, limpar a pele do paciente, a fim de evitar irritações e reduzir desconforto.

NEBULIZAÇÃO

Conceito: administração de medicamentos no ar inspirado por meio de partículas de tamanhos variados que se misturam ao ar e a umidade.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, fisioterapeuta, médico, auxiliar e técnico de enfermagem.

Materiais necessários:

- Fonte de oxigênio ou ar comprimido (preferencialmente);
- Nebulizador (com máscara e intermediário de borracha ou plástico) de uso individual;
- Solução fisiológica 0,9% ou água destilada;
- Medicação prescrita;
- Cuba rim;
- Toalha de rosto;
- Papel toalha.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Verificar a prescrição médica atentando-se aos seis certos da medicação;
3. Reunir o material necessário para a execução da técnica;
4. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada e as formas como ele pode colaborar;
5. Preparar o ambiente e dispor os materiais em local próximo e de fácil acesso;
6. Verificar a fonte de oxigênio ou ar comprimido que será utilizado;
7. Calçar as luvas;
8. Colocar o paciente em posição de *Fowler* ou sentado na cama ou cadeira;
9. Colocar o medicamento com a solução fisiológica no nebulizador;
10. Ligar o fluxo de ar comprimido ou oxigênio (conforme prescrição médica) no nebulizador e observar a formação de névoa;
11. Colocar uma toalha de rosto sobre o tórax do paciente;
12. Orientar o paciente para que permaneça com o nebulizador cobrindo o nariz e a boca. O paciente deve respirar profundamente com a boca semiaberta;
13. Regular o fluxo de oxigênio ou ar comprimido de acordo com a prescrição médica;
14. Manter a nebulização até que a medicação seja consumida;
15. Oferecer papel toalha e encorajar o paciente a tossir e escarrar na cuba rim (quando necessário);
16. Monitorar os sinais vitais do paciente durante a nebulização;
17. Ao término da nebulização deixar o ambiente limpo e em ordem;
18. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;

19. Anotar as reações do paciente durante e após o procedimento realizado, suas condições respiratórias, a quantidade e aspecto da secreção drenada.



Observações:

- ❖ Ao término da nebulização, substituir os materiais de uso individual utilizados, conforme rotina institucional;
- ❖ Os frascos contendo doses múltiplas deverão ser datados, podendo ser utilizados até sete dias após a abertura.

ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES

Conceito: remoção de secreções da cavidade bucal e das vias respiratórias.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, fisioterapeuta, médico, auxiliar e técnico de enfermagem.

Materiais necessários:

- Cateter de aspiração de tamanho adequado. Optar sempre pelo menor diâmetro que seja capaz de remover efetivamente as secreções (8 a 12 para adultos e 4 a 8 para crianças);
- Tubo conector (látex);
- Recipiente coletor;
- Aspiradores de parede ou portáteis como fonte de aspiração;
- Luvas estéreis;
- Campo estéril;
- Toalha de rosto;
- Cânula de Guedel (se necessário);
- Máscara, óculos de proteção e avental de manga longa;
- Fonte de oxigênio e/ou maleta com reanimador manual equipada com dispositivo de oxigênio;
- Oxímetro de pulso;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Cuba rim estéril;
- Gaze estéril;
- Saco plástico para resíduos.

I. ASPIRAÇÃO DA NASOFARINGE

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Reunir o material necessário para a execução da técnica;
3. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada e as formas como ele pode colaborar;
4. Preparar o ambiente e dispor os materiais em local próximo e de fácil acesso;
5. Colocar o paciente em posição de *Semi-Fowler*;
6. Verificar a fonte de aspiração ou ar comprimido que será utilizado;
7. Colocar a máscara, o óculos de proteção e o avental de manga longa;

8. Conectar uma extremidade do tubo conector no aparelho de aspiração e a outra num local conveniente próximo ao paciente. Ligar o aparelho e ajustar a regulação para uma aspiração apropriada;
9. Abrir o *Kit* de aspiração apropriado ou o cateter, utilizando técnica asséptica. Caso tenha um campo estéril disponível, coloca-lo ao redor do tórax do paciente ou na mesa de cama auxiliar (não permitir que o cateter de aspiração toque em quaisquer objetivos não estéreis);
10. Calçar a luva estéril;
11. Pegar o cateter com a mão dominante sem tocar superfícies não estéreis;
12. Pegar o tubo conector com a mão não dominante. O cateter deve estar seguro para inserção;
13. Avaliar o funcionamento do aspirador, colocando a ponta do cateter dentro da cuba rim estéril e aspirando pequena quantidade de SF 0,9%;
14. Avaliar o funcionamento do aspirador, colocando a ponta do cateter dentro da cuba rim estéril e aspirando pequena quantidade de SF 0,9%;
15. Revestir levemente de 6 a 8 cm da porção do cateter com lubrificante hidrossolúvel;
16. Sem aplicar sucção (látex clipado com a mão não dominante) e utilizando o polegar dominante e o dedo indicador, inserir gentilmente a sonda no nariz durante a inspiração;
17. Solicitar que o paciente inspire profundamente para que a sonda seja inserida, seguindo o percurso natural do nariz;
18. Inclinar ligeiramente o cateter para baixo e avançar para a porção posterior da faringe. Não deve se fazer força por meio das narinas. Em adulto o cateter deve ser inserido aproximadamente 16 cm; em crianças mais velhas, de 8 a 12 cm; em bebês de 4 a 8 cm.
19. Aplicar sucção intermitente (látex desclipado) com duração de até 15 segundos;
20. Aa sonda deverá ser retirada por meio de rotação para trás e para frente entre o polegar e o dedo indicador;
21. Durante a aspiração observar simultaneamente o padrão respiratório, a coloração da pele e agitação (prevenir hipóxia);
22. Enxaguar o cateter e o látex com SF 0,9% até que fiquem limpos;
23. Repetir a aspiração (caso necessário) com intervalo de no mínimo, 20 a 30 segundos e de acordo com a tolerância do paciente;
24. Retirar a sonda da ponta do látex depois de realizado o procedimento. Enrole a sonda na mão da luva e retire a luva mantendo a sonda dentro da mesma, jogando-as no lixo;
25. Proporcionar conforto ao paciente, manter o ambiente limpo e em ordem;
26. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
27. Efetuar registro de enfermagem no prontuário do paciente (quantidade e características da secreção aspirada).

II. ASPIRAÇÃO DA OROFARINGE

Etapas para execução:

A aspiração da orofaringe segue as mesmas etapas descritas para a aspiração da nasofaringe. Durante a execução da técnica, atentar-se as seguintes especificidades:

1. Durante a aspiração conversar com o paciente para que ele possa manter a boca aberta. Caso tenha dificuldades, poderá ser utilizado a cânula de Guedel para manter a boca levemente aberta;
2. A aspiração deverá conduzida por meio da movimentação da sonda ao redor da boca, incluindo a faringe e a linha da gengiva, até que as secreções sejam limpas;
3. Encorajar o paciente a tossir e repetir a aspiração se necessário;

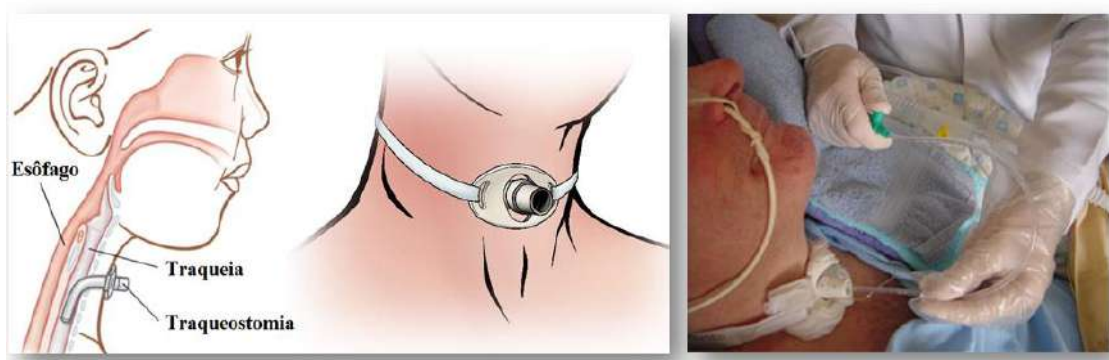
III. ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA E TUBO ENDOTRAQUEAL

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Reunir o material necessário para a execução da técnica;
3. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada e as formas como ele pode colaborar;
4. Preparar o ambiente e dispor os materiais em local próximo e de fácil acesso;
5. Colocar o paciente em posição de *Semi-Fowler*;
6. Verificar a fonte de aspiração ou ar comprimido que será utilizado;
7. Colocar a máscara, o óculos de proteção e o avental de manga longa;
8. Verificar se o paciente encontra-se em ventilação mecânica (assistida ou controlada) ou espontânea;
9. Conectar uma extremidade do tubo conector no aparelho de aspiração e a outra num local conveniente próximo ao paciente. Ligar o aparelho e ajustar a regulação para uma aspiração apropriada;
10. Abrir o *Kit* de aspiração apropriado ou o cateter, utilizando técnica asséptica. Caso tenha um campo estéril disponível, coloca-lo ao redor do tórax do paciente ou na mesa de cama auxiliar (não permitir que o cateter de aspiração toque em quaisquer objetivos não estéreis);
11. Calçar a luva estéril;
12. Pegar o cateter com a mão dominante sem tocar superfícies não estéreis;
13. Pegar o tubo conector com a mão não dominante. O cateter deve estar seguro para inserção;
14. Avaliar o funcionamento do aspirador, colocando a ponta do cateter dentro da cuba rim estéril e aspirando pequena quantidade de SF 0,9%;
15. No caso de pacientes com ventilador mecânico: hiperventilar ou hiperoxigenar o paciente antes de iniciar a aspiração. Pode ser utilizado o próprio respirador mecânico, FIO₂ de 100%, ou com ambu e oxigênio a 100% (cinco litros); desconectar o respirador com a mão esquerda ou solicitar que outra pessoa faça isso, protegendo a conexão em Y do circuito;
16. Introduzir a sonda de aspiração (utilizar a mão dominante) em direção ao tubo endotraqueal até que seja encontrada resistência ou o paciente tossir, então, deve-se

- puxar para trás 1 cm. Durante a introdução da sonda o tubo conector (látex) deve ser colocado sem a clipagem da válvula.
17. Clipar a válvula lateral da sonda para proceder à aspiração de secreções e retirar vagarosamente a sonda do tubo endotraqueal enquanto faz a rotação para trás e para frente entre o polegar dominante e o indicador.
 18. Enxaguar o cateter e o látex com SF 0,9% até que fiquem limpos;
 19. Repetir a etapa 13, 14 e 15 uma ou duas vezes mais. Permitir um tempo adequado (no mínimo um minuto inteiro) entre as aspirações para ventilar e hiperoxigenar. Não é permitido mais que duas passagens com o cateter;
 20. Durante as aspirações observar simultaneamente o padrão respiratório, a coloração da pele e agitação (prevenir hipóxia);
 21. Realizar aspirações nasofaríngea e orofaríngea se necessário. Caso realize aspirações nesses locais, o cateter estará contaminado. Neste caso, o cateter não deverá ser reinsertado na traqueostomia;
 22. Retirar a sonda da ponta do látex depois de realizado o procedimento. Enrole a sonda na mão da luva e retire a luva mantendo a sonda dentro da mesma, jogando-as no lixo;
 23. Proporcionar conforto ao paciente, manter o ambiente limpo e em ordem;
 24. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
 25. Efetuar registro de enfermagem no prontuário do paciente (quantidade e características da secreção aspirada).

Aspiração da Traqueostomia



Observações:

- ❖ A aspiração da traqueostomia envolve basicamente a mesma técnica para aspiração de pacientes intubados. Contudo, é necessária atenção, pois a distância anatômica entre as duas técnicas é diferente e isso reflete no comprimento que a sonda deve ser inserida;
- ❖ Comparar os sinais vitais e a saturação de SpO₂ antes e depois da aspiração;
- ❖ Monitorar secreções de vias respiratórias;
- ❖ Na necessidade de aspirações intermitentes, a extremidade do látex deve sempre ser protegida com a embalagem da sonda de aspiração, quando desuso;

- ❖ Para os pacientes que estão no ventilador mecânico, optar por realizar a aspiração com o auxílio de outra pessoa;
- ❖ Em caso de secreção espessa ou presença de rolhas, instilar água destilada ou SF 0,9% para facilitar a aspiração;
- ❖ Ao término da aspiração, se necessário, proceder à troca do curativo da traqueostomia.

DRENAGEM TORÁCICA

Conceito: drenagem de ar ou líquido do espaço pleural para ajudar a restaurar a pressão negativa.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, fisioterapeuta, médico e técnico de enfermagem.

Pneumotórax: é a coleção de ar no espaço pleural. O dreno é posicionado no segundo ou terceiro espaço intercostal, ao longo da linha clavicular média ou da linha axilar anterior.

Hemotórax: é o acúmulo de sangue e fluídos na cavidade pleural entre as pleuras visceral e parietal. O dreno é posicionado no sexto ou sétimo espaço intercostal lateral, na linha axilar média.

Materiais necessários:

- Sistema de drenagem torácica fechado (tubos de conexão e tubulação, frascos coletores ou sistema comercial, bomba de vácuo (se necessário));
- Suporte para o sistema de drenagem (se necessário);
- Conector simples para uso emergencial;
- Solução fisiológica 0,9% (500 mL) ou água destilada estéril;
- Luvas de procedimento;
- Esparadrapo;
- Gaze estéril.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Reunir o material necessário para a execução da técnica;
3. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada e as formas como ele pode colaborar;
4. Preparar o ambiente e dispor os materiais em local próximo e de fácil acesso;
5. Calçar as luvas;
6. Acoplar o dreno proveniente do espaço pleural (no paciente) à tubulação que leva a um tubo longo com a extremidade submersa em solução fisiológica estéril;
7. Ajustar o tubo para que fique pendurado em linha reta da cabeceira do leito até o frasco coletor;
8. Verificar periodicamente as conexões do dreno, fixar com esparadrapo se necessário;
9. O dreno longo deve estar cerca de 2,5 cm abaixo do nível da água;
10. O dreno curto é deixado aberto para a atmosfera;
11. Marcar o nível de líquido original (selo d'água) com esparadrapo na parte externa do frasco de drenagem (marcar data, hora, quantidade de SF 0,9% e nível da drenagem);
12. Certificar-se de que o equipo não faz alça nem interfere nos movimentos do paciente;

13. Incentivar o paciente a assumir uma posição confortável com bom alinhamento corporal. Quando o paciente estiver em posição lateral, coloque uma toalha enrolada sobre a tubulação para protegê-la do peso do corpo do paciente. Incentivar o paciente a mudar com frequência de posição;
14. Certificar-se de que há flutuação (ondulação) do nível de líquido no tubo de vidro do dreno. Flutuações no líquido da tubulação serão interrompidas quando:
 - ✓ O pulmão tiver se reexpandido;
 - ✓ A tubulação estiver obstruída por coágulos de sangue ou de fibrina;
 - ✓ Uma alça dependente se desenvolve;
15. Proporcionar conforto ao paciente, manter o ambiente limpo e em ordem;
16. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
17. Efetuar registro de enfermagem no prontuário do paciente (registrar o horário de início da drenagem ou troca do sistema, quantidade e características da secreção drenada).

Sistema de Drenagem de Frasco Único em Selo D'água

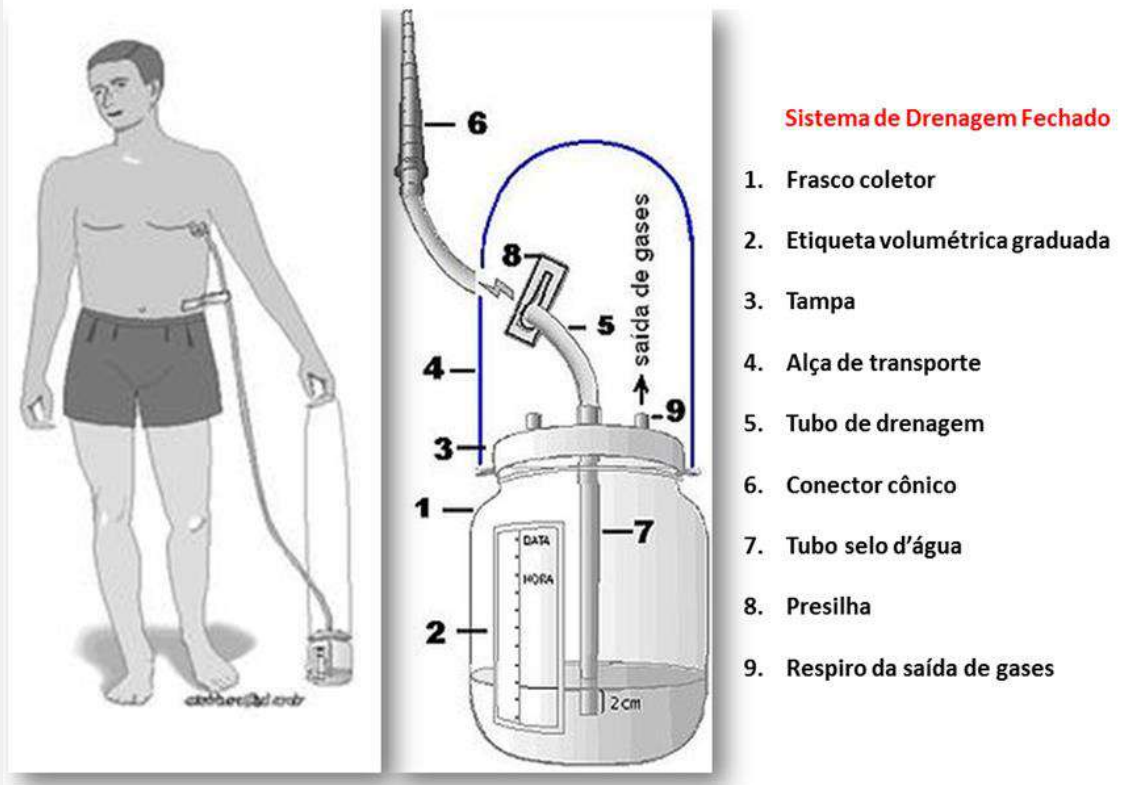
- I. A extremidade do tubo de drenagem do tórax do paciente é coberta por uma camada de água, que permite a drenagem de ar e líquido do espaço pleural, contudo, impede que o ar volte para dentro do tórax. Funcionalmente, a drenagem depende da gravidade, da mecânica da respiração e, se desejado, da aspiração por adição de vácuo sob controle;
- II. O tubo do paciente se estende aproximadamente 2,5 cm abaixo do nível da água no recipiente. Há um respiro para o escapamento de qualquer ar que possa sair do pulmão. O nível de água flutua à medida que o paciente respira; ele sobe quando o paciente inspira e desce quando o paciente expira;
- III. No final do tubo de drenagem, as bolhas podem ou não ser visíveis. O borbulhar pode significar o vazamento persistente de ar do pulmão ou de outros tecidos, ou vazamento no sistema.

Observações:

- ❖ O frasco de drenagem deve ser mantido abaixo do nível do tórax, o mais próximo possível do chão;
- ❖ Observar extravasamentos de ar no sistema de drenagem conforme indicado pelo borbulhar constante no frasco do selo d'água;
- ❖ Observar e registrar imediatamente sinais de respiração rápida e superficial, cianose, pressão no tórax, enfisema subcutâneo ou sintomas de hemorragia;
- ❖ Encorajar o paciente a respirar profundamente e a tossir com intervalos frequentes;
- ❖ Se o paciente precisar ser transportado para outro local, colocar o frasco de drenagem abaixo do nível do tórax (o mais próximo possível do chão);

- ❖ Durante a troca do frasco coletor o tubo deve ser pinçado;
- ❖ Realizar troca de curativo no local da inserção do dreno e investigar a presença de sinais flogísticos;
- ❖ Monitorar e registrar o aspecto da drenagem, quantidade e cor.

Drenagem Torácica



SONDAGEM GÁSTRICA

Conceito: introdução de um cateter/sonda por meio do nariz ou pela boca até o estômago.

Responsáveis pela execução: enfermeiro e médico.

Materiais necessários:

Inserção de sonda nasogástrica

- Sonda nasogástrica (avaliar o tamanho adequado da sonda “14 ou 16”); Lumens menores não são utilizados para a descompressão em adultos, pois a sonda deve ser capaz de remover as secreções espessas;
- Gel hidrossolúvel para lubrificar a sonda;
- Luvas de procedimentos;
- Tiras de teste de pH (para medir a acidez do aspirado gástrico);
- Abaixador de língua;
- Lanterna;
- Bacia de êmese;
- Biombo;
- Gaze;
- Seringa asepto com bulbo ou ponta-cateter (20 mL);
- Estetoscópio;
- Soro fisiológico;
- Fita hipoalérgica ou dispositivo de fixação comercial;
- Toalha de rosto;
- Copo de água com canudo.

Sonda nasogástrica de irrigação

- Seringa asepto com bulbo ou cateter;
- Soro fisiológico e bacia;
- Luvas de procedimento.

Descontinuação da sonda nasogástrica

- Toalha de rosto;
- Luvas de procedimentos;
- Água e sabão.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Verificar prescrição médica;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;

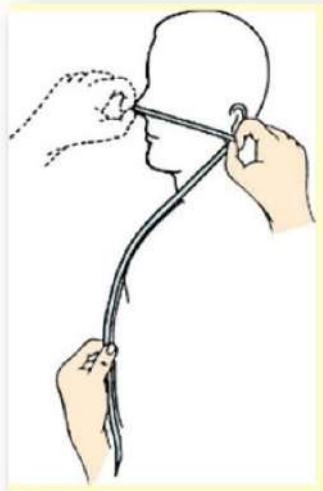
4. Posicionar o paciente na posição de *Fowler* com travesseiros atrás da cabeça e ombros. Elevar a cama no nível horizontal que seja confortável para quem for realizar o procedimento;
5. Colocar a toalha sobre o peito do paciente;
6. Oferecer papel toalha ao paciente;
7. Colocar a bacia de emêse em local de fácil acesso;
8. Zelar pela privacidade do paciente;
9. Calçar as luvas de procedimento;
10. Orientar o paciente a relaxar e respirar normalmente enquanto oclui uma narina. Repita esta ação para a outra narina. Selecionar a narina com maior fluxo de ar;
11. Medir a distância para o posicionamento gástrico:
 - **Nasogástrica:** medir a distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha e até o apêndice xifoide, mais dois dedos ou 3-4 centímetros, desconsiderando o último orifício do cateter.
 - **Orogástrica:** medir a distância da rima labial ao lóbulo da orelha e até o apêndice xifoide, mais dois dedos ou 3-4 centímetros, desconsiderando o último orifício do cateter.
12. Marcar o comprimento da sonda a ser inserida colocando um pequeno pedaço de fita adesiva;
13. Curvar de 10 a 15 cm da extremidade da sonda com força em torno do dedo indicador e soltar;
14. Lubrificar de 7,5 a 10 cm a extremidade da sonda com gel hidrossolúvel;
15. Inicialmente orientar o paciente a hiperestender o pescoço contra o travesseiro; Na sequência inserir a sonda suave e lentamente pelo nariz ou pela boca, com o objetivo de progredir a ponta final da sonda para baixo;
16. Continuar passando a sonda ao longo do assoalho da passagem nasal, para baixo. Se encontrar resistência, aplicar uma leve pressão para baixo a fim de avançar com a sonda (não forçar se permanecer a resistência);
17. Se encontrar resistência, tentar girar a sonda e ver se avança. Se ainda houver resistência, retirar a sonda, deixar o paciente descansar, lubrificar novamente a sonda, e inserir na outra narina;
18. Continuar inserindo a sonda até a nasofaringe apenas progredindo delicadamente, girando-a em direção à narina oposta e passando-a logo acima da orofaringe;
19. Oferecer um copo de água para o paciente e explicar que o próximo passo exige que ele engula a sonda juntamente com a água (não oferecer água caso haja contraindicação);
20. Com a sonda acima da orofaringe, orientar o paciente para flexionar a cabeça para frente, tomar um pequeno copo de água e engolir. Avançar a sonda de 2,5 a 5 cm de acordo com cada gole de água e engolir. Se o paciente estiver com restrição de líquidos, orientá-lo a engolir a seco;
21. Se o paciente tossir, engasgar, sufocar ou ficar cianótico, retirar a sonda ligeiramente (não removê-la por completo) e parar de avançar. Orientar o paciente a respirar com calma e tomar pequenos goles de água;

22. Se o paciente continua a engasgar e tossir ou reclama que a sonda parece estar enovelando-se na parte posterior da garganta, inspecionar a orofaringe com um abaixador de língua e lanterna. Se estiver enovelada, retraindo a sonda até que a ponta retorne à parte visível da orofaringe;
23. Depois que o paciente relaxar, reinserir a sonda pedindo que engula;
24. Continuar progredindo com a sonda até que a fita ou a marcação seja atingida;
25. Fixar a sonda temporariamente na bochecha do paciente com um pedaço de fita adesiva até que a verificação de sua localização seja realizada;

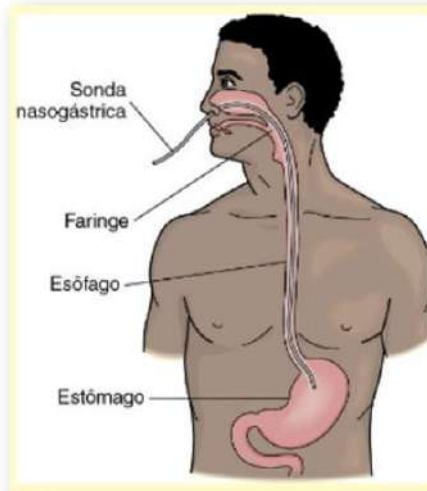
Comprovação de posicionamento da sonda

- **Teste da audição:** posicionar o diafragma do estetoscópio sobre o estômago do paciente e injetar rapidamente 20 mL de ar pela sonda. Espera-se com este procedimento ouvir o ruído característico da posição da sonda no estômago.
 - **Aspiração de conteúdo:** aspirar com uma seringa de 10 mL o conteúdo gástrico do paciente e determinar o seu pH. A confirmação também pode ser pela identificação de restos alimentares no conteúdo aspirado (neste caso o conteúdo aspirado pode ser reintroduzido no estômago).
 - **Teste do borbulhamento:** posicionar a extremidade da sonda em um copo com água, caso ocorra borbulhamento na água, é indicativo de que a sonda esteja na via respiratória.
 - **Verificação de sinais:** monitorar a presença de sinais como tosse, cianose e dispneia (indicativo de que a sonda esteja na via respiratória).
26. Se a sonda não estiver no estômago, avançar mais 2,5-5 cm e repetir os passos para comprovação do posicionamento da sonda;
 27. Após a comprovação da sonda no estômago, fechar sua extremidade e fixa-la sobre o nariz com o auxílio de fita adesiva ou um dispositivo de fixação;
 28. Marcar a sonda na extremidade do nariz com o auxílio de uma fita adesiva (opcional) ou medir o comprimento externo da sonda e anotar no prontuário paciente;
 29. A menos que o médico prescreva outra forma, elevar a cabeceira da cama a 30 graus;
 30. Observar o estado geral do paciente;
 31. Deixar o ambiente em ordem;
 32. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.
 33. Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.

Sondagem Nasogástrica



1. Determine o comprimento da sonda a ser inserido



2. Sonda nasogástrica inserida pelo nariz e esôfago até o estômago

Fonte: Potter; Perry (2013).

SONDAGEM ENTERAL

Conceito: introdução de um cateter/sonda com fio guia por meio do nariz ou pela boca até o duodeno ou jejuno.

Responsáveis pela execução: enfermeiro e médico.

Materiais necessários:

- Sonda enteral DOBBHOFF, com fio guia (mandril);
- Estetoscópio;
- Lubrificante hidrossolúvel (Xilocaína gel);
- Seringa de 20 mL (Luer-lok);
- Esparadrapo;
- Copo com água e canudo;
- Cuba rim;
- Toalha de rosto;
- Luvas de procedimento;
- Gaze estéril;
- Lanterna e abaixador de língua;
- Biombo.

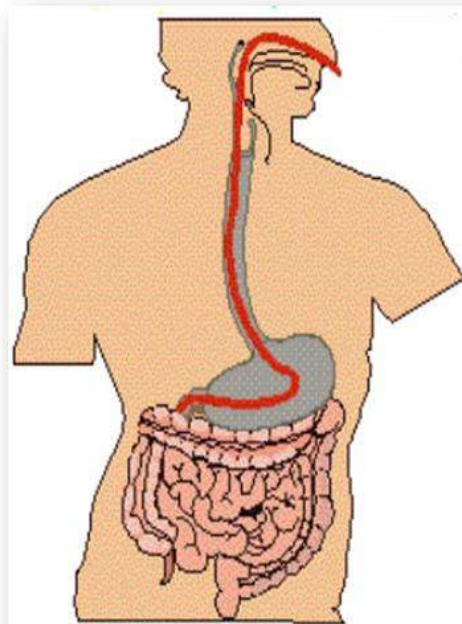
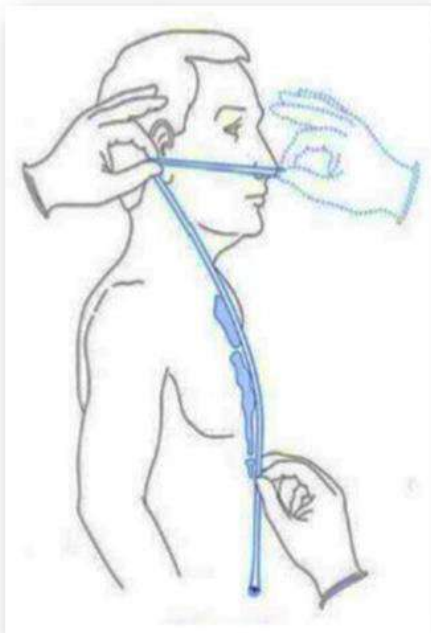
Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Verificar a prescrição médica;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;
4. Posicionar o paciente na posição de *Fowler* com travesseiros atrás da cabeça e ombros. Elevar a cama no nível horizontal que seja confortável para quem for realizar o procedimento;
5. Zelar pela privacidade do paciente;
6. Colocar a toalha sobre o peito do paciente;
7. Colocar a cuba rim em local de fácil acesso (para uso no caso de êmese);
8. Calçar as luvas de procedimento;
9. Orientar o paciente a relaxar e respirar normalmente enquanto oclui uma narina. Repita esta ação para a outra narina. Selecionar a narina com maior fluxo de ar;
10. Medir a distância para o posicionamento da sonda:
 - **Nasoenteral:** colocar a sonda na ponta do nariz e direciona-la até o lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifoide e acrescentar mais 15 a 20 cm, para obter o posicionamento pós-pilórico (duodeno). Marcar o local da medida com uma fita adesiva (esparadrapo) desconsiderando o último orifício do cateter;

- **Oroenteral:** colocar a sonda na rima labial e direcioná-la até o lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifoide e acrescentar mais 15 a 20 cm, para obter o posicionamento pós-pilórico (duodeno). Marcar o local da medida com uma fita adesiva (esparadrapo), desconsiderando o último orifício do cateter;
11. Injetar SF 0,9% na sonda se ela não for lubrificada no local de inserção do fio guia;
 12. Lubrificar de 7,5 a 10 cm a extremidade da sonda com gel hidrossolúvel;
 13. Inicialmente orientar o paciente a hiperestender o pescoço contra o travesseiro; Na sequência inserir a sonda suave e lentamente pela narina, com o objetivo de progredir a ponta final da sonda para baixo;
 14. Continuar passando a sonda ao longo do assoalho da passagem nasal, para baixo. Se encontrar resistência, aplicar uma leve pressão para baixo a fim de avançar com a sonda (não forçar se permanecer a resistência);
 15. Se encontrar resistência, tentar girar a sonda e verificar se avança. Se ainda houver resistência, retirar a sonda, deixar o paciente descansar, lubrificar novamente a sonda, e inserir na outra narina;
 16. Continuar inserindo a sonda até a nasofaringe apenas progredindo delicadamente, girando-a em direção à narina oposta e passando-a logo acima da orofaringe;
 17. Oferecer um copo de água para o paciente e explicar que o próximo passo exige que ele engula a sonda juntamente com a água (não oferecer água caso haja contraindicação);
 18. Com a sonda acima da orofaringe, orientar o paciente para flexionar a cabeça para frente, tomar um pequeno copo de água e engolir. Avançar a sonda de 2,5 a 5 cm de acordo com cada gole de água e engolir. Se o paciente estiver com restrição de líquidos, orientá-lo a engolir a seco;
 19. Se o paciente tossir, engasgar, sufocar ou ficar cianótico, retirar a sonda ligeiramente (não removê-la por completo) e parar de avançar. Orientar o paciente a respirar com calma e tomar pequenos goles de água;
 20. Se o paciente continua a engasgar e tossir ou reclama que a sonda parece estar enovelando-se na parte posterior da garganta, inspecionar a orofaringe com um abaixador de língua e lanterna. Se estiver enovelada, retraindo a sonda até que a ponta retorne à parte visível da orofaringe;
 21. Depois que o paciente relaxar, reinsserir a sonda pedindo que engula;
 22. Continuar progredindo com a sonda até que a fita ou a marcação seja atingida;
 23. Fixar a sonda temporariamente na bochecha do paciente com um pedaço de fita adesiva até que a verificação de sua localização seja realizada;
 24. Se a sonda não estiver no estômago, avançar mais 2,5-5 cm e repetir os passos para comprovação do posicionamento da sonda;
 25. Após a comprovação da sonda no estômago, fechar sua extremidade e fixá-la sobre o nariz com o auxílio de fita adesiva ou um dispositivo de fixação;
 26. Retirar o fio guia da sonda;
 27. Baixar a cabeceira da cama e posicionar o paciente em decúbito lateral direito, se possível;

28. Após 8-12 horas encaminhar o paciente para confirmação radiológica do posicionamento da sonda no intestino delgado, com pedido médico (o exame radiográfico é o padrão ouro para verificar o posicionamento correto da sonda no intestino delgado);
29. Certifique-se de que o exame radiográfico seja avaliado por um médico, confirmando a localização da sonda e a liberação para uso;
30. Marcar a sonda na extremidade do nariz com o auxílio de uma fita adesiva (opcional) ou medir o comprimento externo da sonda e anotar no prontuário paciente;
31. A menos que o médico prescreva outra forma, elevar a cabeceira da cama a 30 graus;
32. Observar o estado geral do paciente;
33. Deixar o ambiente em ordem;
34. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
35. Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.

Sondagem Nasoenteral



LAVAGEM GÁSTRICA

Conceito: introdução e remoção de secreções/substâncias da cavidade gástrica por meio de cateter.

Responsáveis pela execução: enfermeiro e médico.

Materiais necessários:

- Frasco com a solução indicada para lavagem (mais indicadas: água e solução fisiológica 0,9%);
- Sonda de Facuhet ou Levin;
- Suporte de soro;
- Seringa de 20 mL ou equipo de soro;
- Luvas de procedimento;
- Gaze estéril;
- Tolha de rosto;
- Frasco coletor para líquido de retorno;
- Forro de pano e plástico;
- Bacia de gelo (se necessário);
- Estetoscópio;
- Esparadrapo;
- Saco plástico para resíduos.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Verificar prescrição médica;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;
4. Colocar a tolha sobre o peito do paciente;
5. Calçar as luvas;
6. Realizar sondagem gástrica conforme técnica descrita anteriormente;
7. Adaptar, à extremidade da sonda, a seringa com solução ou equipo conectado à solução prescrita;
8. Introduzir o líquido da lavagem (500 mL por vez “paciente adulto”), mantendo a sonda em torno de 8 cm acima da boa do paciente, para que o líquido caia vagarosamente no estômago;
9. Inclinar a extremidade da sonda para fazer sifonagem, a fim de esvaziar o conteúdo gástrico no frasco coletor. Esta operação deverá ser feita até que o líquido de retorno saia limpo, sem esgotar todo o líquido do estômago, para impedir a entrada de ar;
10. Ao término da lavagem (se for solicitado), fechar sonda e sacá-la, segurando-a com uma gaze;

11. Desprezar a sonda e a gaze no saco de lixo para resíduos;
12. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
13. Observar o estado geral do paciente (monitorar sinais vitais, débito urinário e nível de consciência);
14. Deixar o ambiente limpo e em ordem;
15. Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.

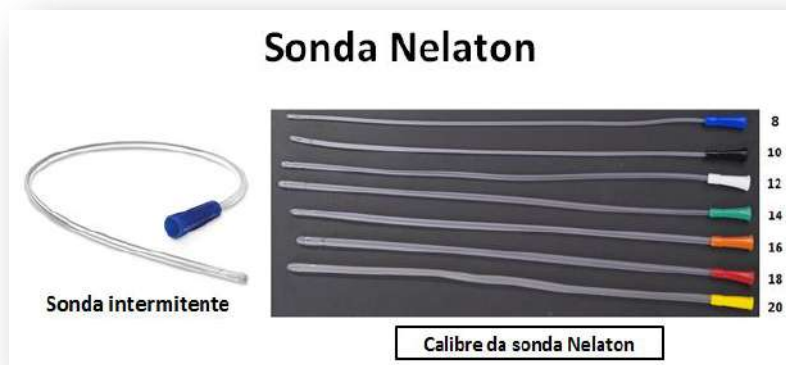
CATETERISMO VESICAL

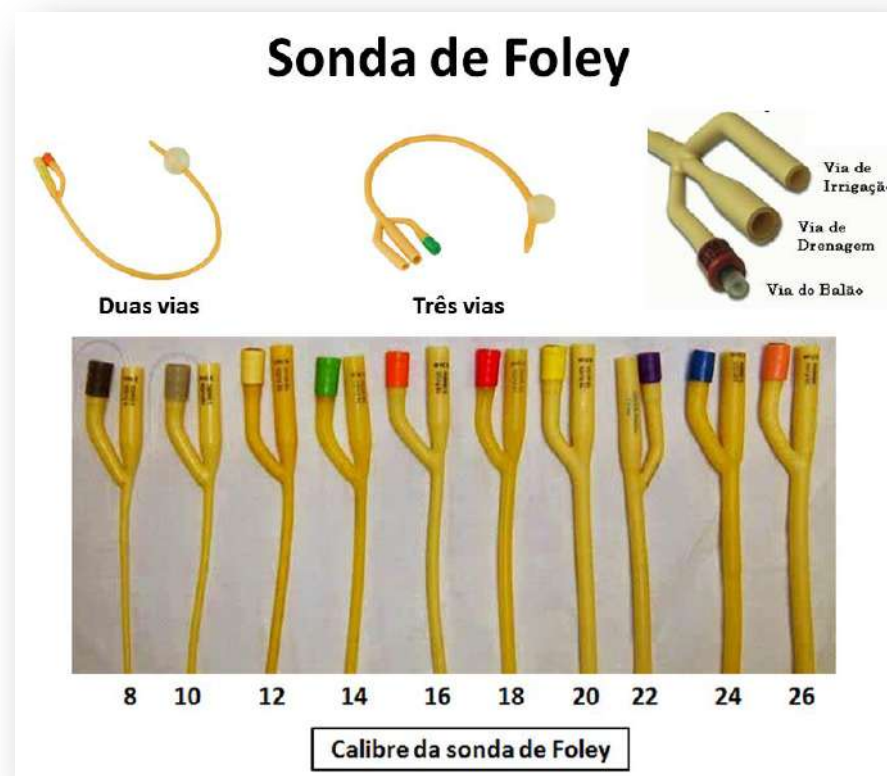
Conceito: introdução de um cateter/sonda na bexiga por meio do meato uretral (o cateter/sonda pode estar adaptado a um sistema fechado ou não).

Responsáveis pela execução: enfermeiro e médico.

Materiais necessários:

- *Kit* de cateterismo contendo:
 - ✓ Luva estéril (par extra opcional);
 - ✓ Campo estéril, um fenestrado;
 - ✓ Lidocaína gel;
 - ✓ Solução de limpeza antisséptica, como iodopovidona ou, alternativamente, clorexidina aquosa 0,2% ou degermante 2%, em casos de alergia a iodo;
 - ✓ Bolas de algodão;
 - ✓ Pinça Cheron;
 - ✓ Cuba rim;
 - ✓ Cúpula de inox;
 - ✓ Seringa de 10 a 20 mL pré-cheia com água destilada para encher o balão do cateter de demora;
 - ✓ Cateter do tamanho e tipo corretos para o procedimento (ou seja, intermitente ou de demora);
 - ✓ Bolsa coletora e suporte multiuso para tubo ou fita e faixa elástica para prender o tubo no leito se o paciente estiver restrito a ele (para cateter de demora “sistema fechado”);
- Compressa estéril;
- Agulha 40 x 12;
- Coletor de urina estéril;
- Biombo;
- Foco de luz ajustável;
- Saco plástico para resíduos.





Etapas para execução:

Etapas iniciais

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Verificar prescrição médica;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;
4. Preparar o ambiente observando para que haja boa iluminação, colocar biombo e fechar as portas e janelas;
5. Realizar higiene da genitália com clorexidina degermante 2%, conforme descrito no item Higiene da Genitália;
6. Ao término da higiene, organizar o material necessário e coloca-lo próximo ao paciente em local de fácil acesso;
7. Prender o saco de resíduos em local de fácil acesso;
8. Se mulher: Colocar a paciente em posição ginecológica, protegida com lençol; Se homem: colocar o paciente em decúbito dorsal;
9. Abrir o *Kit* de cateterismo sobre a cama, entre as pernas do paciente ou sobre uma mesa auxiliar;
10. Colocar o antisséptico na cúpula e a sonda sobre o campo estéril;
11. Calçar a luva estéril.

CATETERISMO VESICAL FEMININO

❖ **Cateterismo intermitente**

1. Dar sequência as etapas iniciais;
2. Manter todo o material preparado antes de iniciar a antisepsia, pois uma vez colocada à mão não dominante na genitália da paciente, não poderá removê-la até término do procedimento;
3. Lubrificar a sonda com lidocaína gel, mantendo-a sobre uma gaze;
4. Com auxílio de uma pinça, gaze e solução antisséptica, realizar a antisepsia do monte de Vênus e da vulva com movimento unidirecional;
5. Afastar os lábios maiores do pudendo com a mão não dominante e proceder à antisepsia do meato uretral com movimento circular de 360°;
6. Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta a ser introduzida presa nos dedos polegar e indicador. Com os outros dedos segurar a parte restante. Deixar apenas a extremidade distal da sonda solta, perto do dedo mínimo;
7. Afastar os lábios maiores do pudendo com a mão não dominante;
8. Com a mão dominante introduzir a sonda pelo meato urinário de 5 a 8 cm;
9. Esperar o retorno de urina dentro da cuba rim ou coletor de urina estéril (no caso de exames) e retirar a sonda;
10. Deixar ambiente em ordem e a paciente confortável;
11. Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
12. Registrar o procedimento no prontuário da paciente anotando o horário da sondagem, o volume drenado, o aspecto e a cor da urina.

❖ **Cateterismo de demora**

1. Dar sequência as etapas iniciais;
2. Manter todo o material preparado antes de iniciar a antisepsia, pois uma vez colocada à mão não dominante na genitália da paciente, não poderá removê-la até término do procedimento;
3. Aspirar à água destilada com a seringa e agulha 40x12 de acordo com o volume descrito pelo fabricante na sonda e mantê-la sobre o campo estéril;
4. Testar o balonete da sonda, adaptando a seringa e inflando com água destilada;
5. Certificar-se de que o balonete segue sob perfeitas condições de uso;
6. Aspirar com a seringa 10 mL de água destilada e mantê-la sobre o campo estéril;
7. Conectar a extremidade distal da sonda ao intermediário da bolsa coletora (sistema fechado);
8. Lubrificar a sonda com lidocaína gel, mantendo-a sobre uma gaze;
9. Com auxílio de uma pinça, gaze e solução antisséptica, realizar a antisepsia do monte de Vênus e da vulva com movimento unidirecional;
10. Afastar os lábios maiores do pudendo com a mão não dominante e proceder a antisepsia do meato uretral com movimento circular de 360°;

11. Lubrificar a sonda com lidocaína gel, mantendo-a sobre uma gaze;
12. Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta a ser introduzida presa nos dedos polegar e indicador. Com os outros dedos segurar a parte restante. Deixar apenas a extremidade distal da sonda solta, perto do dedo mínimo;
13. Introduzir a sonda pelo meato urinário até a bifurcação em Y da sonda e aguardar o retorno de urina;
14. Introduzir a água destilada no balonete (5 ou 30 mL – conforme indicada pelo calibre da sonda);
15. Tracionar um pouco a sonda até sentir uma leve resistência e certificar que a sonda esteja segura;
16. Retirar as luvas;
17. Prender a sonda na coxa da paciente, a fim de permitir que ela se mova livremente no leito ou deambule;
18. Colocar identificação no local da fixação indicando o calibre, a data e o horário de inserção da sonda;
19. Prender a bolsa coletora na grade inferior da cama;
20. Verificar se a sonda está livre de compressão e funcionando perfeitamente;
21. Identificar a bolsa coletora com o nome da paciente, o número do leito, a data e a hora da colocação;
22. Deixar a paciente confortável;
23. Manter o ambiente limpo e em ordem;
24. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
25. Registrar o procedimento no prontuário da paciente.



CATETERISMO VESICAL MASCULINO

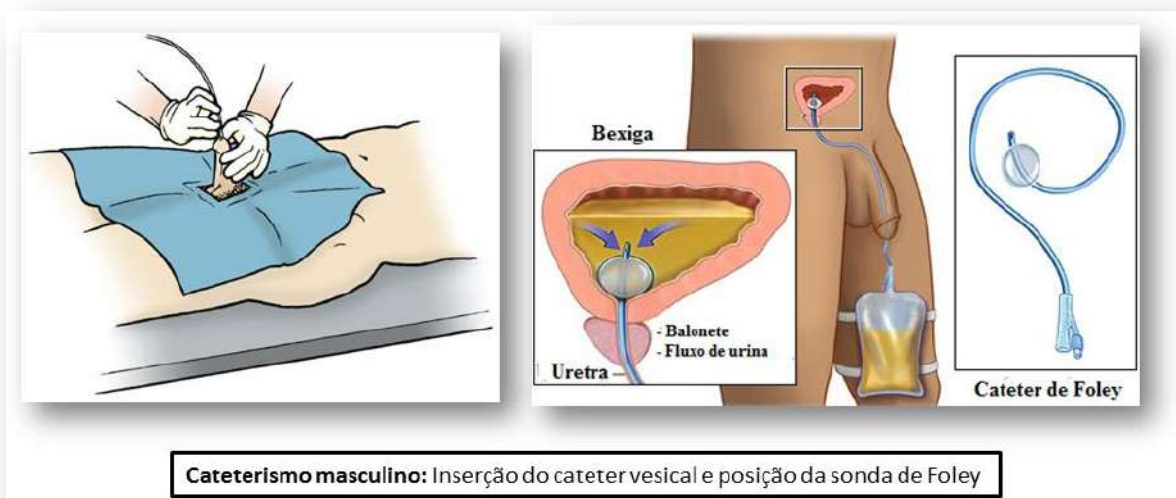
❖ Cateterismo intermitente

1. Dar sequência as etapas iniciais;
2. Manter todo o material preparado antes de iniciar a antisepsia, pois uma vez colocada à mão não dominante na genitália do paciente, não poderá removê-la até término do procedimento.
3. Lubrificar a sonda com lidocaína gel, mantendo-a sobre uma gaze ou colocar 10 mL de lidocaína gel em uma seringa de 20 mL;
4. Com auxílio de uma pinça, gaze e solução antisséptica, realizar a antisepsia do prepúcio, com movimento unidirecional (no sentido da glande em direção à raiz do pênis);
5. Com o polegar e o indicador da mão não dominante afastar o prepúcio que cobre o meato urinário;
6. Realizar antisepsia de toda a glande, em sentido do meato para fora, ou com movimentos circulares;
7. Elevar o pênis, quase perpendicularmente ao corpo, para colocar a uretra em linha reta;
8. Afastar com a mão não dominante o prepúcio que cobre o meato uretral;
9. Introduzir 10 mL de lidocaína gel que está na seringa no meato urinário do paciente ou polegar a sonda já lubrificada;
10. Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta a ser introduzida presa nos dedos polegar e indicador. Com os outros dedos segurar a parte restante. Deixar apenas a extremidade distal da sonda solta, perto do dedo mínimo;
11. Com a mão dominante introduzir a sonda pelo meato urinário de 18 a 24 cm;
12. Esperar o retorno de urina dentro da cuba rim ou coletor de urina estéril (no caso de exames) e retirar a sonda;
13. Deixar ambiente em ordem e a paciente confortável;
14. Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
15. Registrar o procedimento no prontuário da paciente anotando o horário da sondagem, o volume drenado, o aspecto e a cor da urina.

❖ **Cateterismo de demora**

1. Dar sequência as etapas iniciais;
2. Manter todo o material preparado antes de iniciar a antisepsia, pois uma vez colocada à mão não dominante na genitália do paciente, não poderá removê-la até término do procedimento.
3. Aspirar com a seringa e agulha 40x12 a água destilada de acordo com o volume descrito pelo fabricante na sonda e mantê-la sobre o campo estéril;
4. Testar o balonete da sonda, adaptando a seringa e inflando com água destilada;
5. Certificar-se de que o balonete segue sob perfeitas condições de uso;
6. Conectar a extremidade distal da sonda ao intermediário da bolsa coletora (sistema fechado);
7. Lubrificar a sonda com lidocaína gel, mantendo-a sobre uma gaze ou colocar 10 mL de lidocaína gel em uma seringa de 20 mL;

8. Com auxílio de uma pinça, gaze e solução antisséptica, realizar a antisepsia do prepúcio, da glândula e do meato uretral, com movimento unidirecional;
9. Introduzir 10 mL de lidocaína gel que está na seringa no meato urinário do paciente ou pegar a sonda já lubrificada;
10. Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta a ser introduzida presa nos dedos polegar e indicador. Com os outros dedos segurar a parte restante. Deixar apenas a extremidade distal da sonda solta, perto do dedo mínimo;
11. Introduzir a sonda pelo meato urinário até a bifurcação em Y da sonda e aguardar e aguardar o retorno de urina;
12. Introduzir a água destilada no balonete (5 a 30 mL – conforme indicada pelo calibre da sonda);
26. Tracionar um pouco a sonda até sentir uma leve resistência e certificar que a sonda esteja segura;
13. Retirar as luvas;
14. Prender a sonda na coxa da paciente ou na região supra púbica, a fim de permitir que ela se mova livremente no leito ou deambule;
15. Colocar identificação no local da fixação indicando o calibre, a data e o horário de inserção da sonda;
16. Prender a bolsa coletora na grade inferior da cama;
17. Verificar se a sonda está livre de compressão e funcionando perfeitamente;
18. Identificar a bolsa coletora com o nome da paciente, o número do leito, a data e a hora da colocação;
19. Deixar a paciente confortável;
20. Manter o ambiente limpo e em ordem;
21. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
22. Registrar o procedimento no prontuário da paciente.



Observações:

- ❖ Todo cateterismo deve ser feito com rigor absoluto de assepsia;
- ❖ No cateterismo de demora, zelar para que a bolsa coletora fique sempre abaixo da linha da bexiga (isso evita com que haja refluxo de urina);
- ❖ Nunca permitir que a bolsa coletora encha demasiadamente;
- ❖ Monitorar constantemente a reações e queixas do paciente, bem como, o volume, o odor e o aspecto da urina;
- ❖ Monitorar o local de inserção do cateter no meato uretral investigando presença de reação alérgica e sinais de infecção/inflamação;
- ❖ Monitorar sinais de febre no paciente;
- ❖ Atentar-se as normas instituições e as evidências da literatura em relação à troca do cateterismo.

RETIRADA DA SONDA

Materiais necessários:

- Seringa de 20 mL;
- Luvas de procedimento;
- Saco plástico para resíduos;
- Tesoura estéril, tubo de ensaio e biombo (se necessário).

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Verificar prescrição médica;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;
4. Preparar o ambiente observando para que haja boa iluminação, colocar biombo e fechar as portas e janelas (se necessário);
5. Organizar o material necessário e coloca-lo próximo ao paciente em local de fácil acesso;
6. Calçar as luvas;
7. Adaptar a seringa na via do balonete e aspirar o conteúdo presente;
8. Tracionar a sonda vagarosamente e despreza-la no saco plástico;
9. Posicionar o paciente confortavelmente;
10. Deixar o ambiente limpo e em ordem;
11. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
12. Registrar o procedimento no prontuário da paciente.

Observações:

- ❖ Caso seja necessário o envio da ponta da sonda para exame de cultura, esse procedimento deve ser feito cuidadosamente para que não haja contaminação da sonda. Neste caso, a ponta da sonda deve ser cortada com a tesoura estéril e colocada no tubo de ensaio. Identificar o material com o nome do paciente, a data da coleta e encaminhar ao laboratório.

IRRIGAÇÃO VESICAL CONTÍNUA

Conceito: drenagem de urina ou líquidos introduzidos para manter a permeabilidade de cateteres de demora.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, médico e técnico de enfermagem.

Materiais necessários:

- Luvas de procedimento;
- Gaze estéril;
- Solução prescrita para irrigação;
- Equipo;
- Saco plástico para resíduos.

Etapas para execução

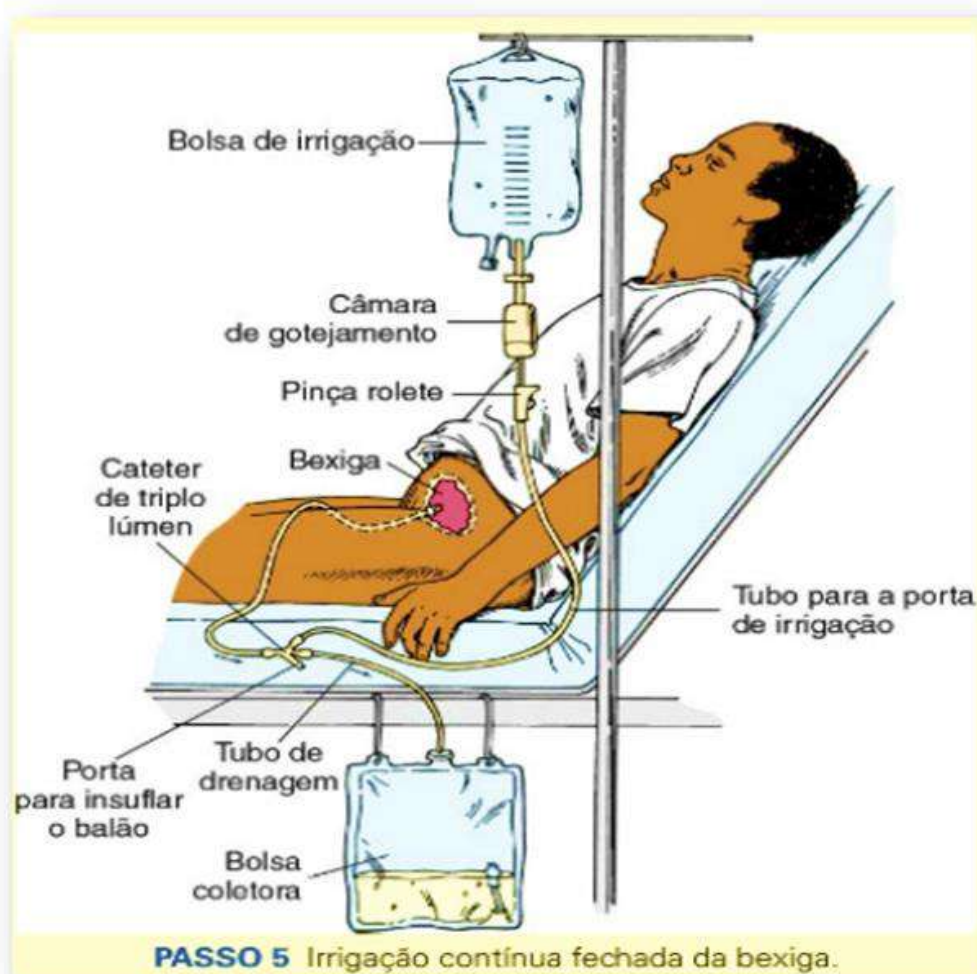
1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Verificar prescrição médica;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;
4. Preparar o ambiente, organizar o material necessário e coloca-lo próximo ao paciente em local de fácil acesso;
5. Calçar as luvas;
6. Prender a solução para irrigação ao equipo e a sonda vesical;
7. Pinçar o equipo do frasco de solução instalada;
8. Colocar a solução para irrigação no suporte de soro, com nível acima da bexiga urinária;
9. Desconectar o equipo anterior e adaptar ao novo com a solução para irrigação;
10. Abrir a pinça, determinando o gotejamento necessário para a irrigação;
11. Posicionar o paciente confortavelmente;
12. Deixar o ambiente limpo e em ordem;
13. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
14. Registrar o procedimento no prontuário da paciente.

Observações:

- ❖ Calcular a quantidade de líquido irrigado ou instalado e subtrair do total eliminado (isso deve ser anotado nos registros de enfermagem);
- ❖ Avaliar as características do conteúdo eliminado (cor, viscosidade, transparência, odor, e presença de matéria, como por exemplo, coágulos de sangue);
- ❖ Monitorar sinais de febre no paciente;

- ❖ Na irrigação vesical emprega-se a sonda de Foley de três vias: a primeira via, destinada a insuflar o balonete com água destilada, a segunda, para instalar a irrigação e a terceira para drenagem da urina.

Irrigação Vesical Contínua



Fonte: Potter; Perry (2013).

TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA

Conceito: retirada da bolsa coletora, higienização da pele adjacente e do estoma e inserção de um novo dispositivo coletor com técnica limpa.

Responsáveis pela execução: enfermeiro e médico, auxiliar e técnico de enfermagem.

Materiais necessários:

- Bolsa de drenagem de colostomia limpa (no tamanho correto para o sistema de duas peças ou personalizada de uma peça com barreira de pele);
- Guia de medição da ostomia;
- Bolsa com dispositivo de fecho;
- Luvas de procedimento;
- Compressas;
- Toalha ou impermeável descartável;
- Bacia com água quente;
- Sabão;
- Tesoura com ponta arredondada / caneta;
- Pinça para fechar a bolsa;
- Cuba rim.

Etapas para execução:

1. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;
2. Preparar o ambiente, organizar o material necessário e coloca-lo próximo ao paciente em local de fácil acesso;
3. Posicionar o paciente em pé ou em decúbito dorsal e cobri-lo, deixando exposta a área ao redor do estoma.
4. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS e calçar as luvas;
5. Colocar a toalha ou o impermeável descartável sob o paciente;
6. Retirar delicadamente a placa de adesão da bolsa com a ajuda de um pano umedecido;
7. Limpar a pele periestomal com água morna, sabão e compressa limpa. Secar delicadamente com compressa limpa;
8. Medir o estoma com o guia de medição para obter o tamanho do sistema coletor que será utilizado;
9. A partir da medida do estoma, selecionar e cortar a área da bolsa que será ajustada na placa de adesão. O ideal é cortar até 3 milímetros maior do que estoma;
10. Recortar a placa de adesão na pele na área demarcada;
11. Retirar o papel do verso da placa;
12. Aplicar a placa de adesão sobre a pele realizando movimentos circulares para facilitar a sua fixação;

13. Colocar a parte inferior do aro da bolsa em contato com a parte inferior da placa de adesão;
14. Dobrar a abertura da bolsa ao redor da pinça de fechamento;
15. Fechar a pinça;
16. Posicionar o paciente confortavelmente;
17. Deixar o ambiente limpo e em ordem;
18. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
19. Registrar o procedimento no prontuário da paciente.



Observações:

- ❖ A bolsa de colostomia (uma ou duas peças) deve ser trocada a cada 3 – 7 dias, a menos que esteja vazando;
- ❖ Durante a troca da bolsa perguntar se o paciente sente alguma desconforto ao redor do estoma;
- ❖ Investigar a presença de sinais de sangramento excessivo, cianose, irritação da pele, redução excessiva do estoma e presença de exsudato.

ENTEROCLISMA

Conceito: introdução e drenagem de solução no intestino grosso por meio de cateter.

Responsáveis pela execução: enfermeiro e médico, auxiliar e técnico de enfermagem.

Materiais necessários:

- Luvas de procedimento;
- Lubrificante hidrossolúvel (vaselina, xilocaína gel ou glicerina);
- Papel higiênico;
- Comadre, cadeira higiênica ou acesso ao banheiro;
- Bacia;
- Toalhas de rosto;
- Toalhas de banho;
- Sabão;
- Suporte de soro;
- Cuba rim;
- Lençol móvel e impermeável;
- Biombo;
- *Kit* de enema com:
 - ✓ Recipiente para enema;
 - ✓ Tubos de fixação (se já não estiverem conectados ao recipiente);
 - ✓ Cateter retal de tamanho apropriado;
 - ✓ Volume correto de solução para enema;
- Ou frasco de enema com solução prescrita.

Etapas para execução

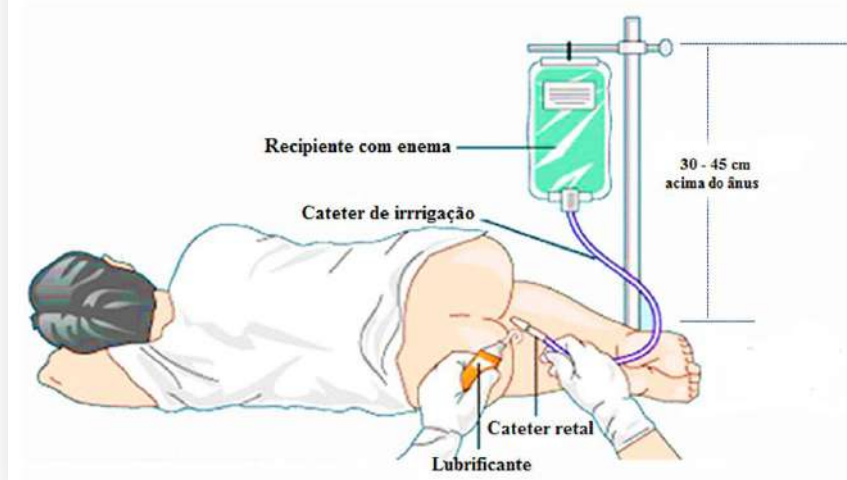
1. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele pode colaborar;
2. Preparar o ambiente, organizar o material necessário e coloca-lo próximo ao paciente em local de fácil acesso;
3. Montar uma bolsa de enema com a solução adequada e tubo retal;
4. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS e calçar as luvas;
5. Adaptar os tubos ao recipiente com enema;
6. Ligar a sonda ao tubo que está ligado no recipiente para enema; fechando-a e colocando-a dentro do recipiente;
7. Colocar a solução para enema, dentro do recipiente;
8. Proporcionar privacidade ao paciente (se necessário utilizar o biombo);
9. Colocar a comadre ou a cadeira higiênica em posição de fácil acesso. Se o paciente optar e estiver liberado para o uso do banheiro, proporcionar condições para que isso ocorra facilmente;

10. Colocar ou solicitar que o paciente fique posição de Sims;
11. Colocar a toalha ou o impermeável descartável sob o quadril e as nádegas do paciente;
12. Cobrir o paciente com uma toalha de banho, expondo apenas a área retal para que o ânus possa ser facilmente acessível;
13. Lubrificar a sonda com o lubrificante disponível para uso, numa extensão de, aproximadamente 6 a 8 centímetros;
14. Retirar o ar da sonda fazendo correr um pouco de solução na cuba rim;
15. Solicitar ao paciente que respire profundamente, afastar a prega interglútea e introduzir a sonda de 7,5 a 10 centímetros no adulto e de 5 a 7,5 centímetros na criança;
16. Abrir a sonda e deixar a solução ser infundida vagarosamente, solicitando ao paciente que faça movimentos respiratórios lentos e profundos, para facilitar a introdução do líquido;
17. O recipiente com a solução de enema deve ser mantido no nível acima do ânus (30 – 45 centímetros para um enema alto, 30 centímetros para um enema regular e 7,5 centímetros para um enema baixo);
18. Quando a solução estiver chegando ao final, pinçar a sonda e retirá-la lentamente;
19. Deixar correr o restante da água na comadre e desprender a sonda, envolvendo-a em papel higiênico e desprezando-a;
20. Cobrir o paciente e mantê-lo na mesma posição por aproximadamente 15 minutos;
21. Colocar a comadre sobre o quadril do paciente e fornece-lo papel higiênico ou, levá-lo ao banheiro;
22. Auxiliar o paciente (se necessário) com lavagem da região anal com água morna e sabão;
23. Posicionar o paciente confortavelmente;
24. Deixar o ambiente limpo e em ordem;
25. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
26. Registrar o procedimento realizado no prontuário da paciente (hora, efeito do tratamento, aspecto das fezes, e reações apresentadas pelo paciente).

Observações:

- ❖ Observar o abdome do paciente para possível distensão;
- ❖ Se o paciente apresentar dor, interromper momentaneamente o tratamento;
- ❖ Se o paciente não puder reter o enema durante 10 minutos, coloca-lo imediatamente na comadre;
- ❖ Pode-se utilizar solução preparada de enema (Fleet Enema ou Minilax).

Enteroclistma



PUNÇÃO VENOSA

Conceito: inserção de um cateter intravenoso curto em veia periférica pelo método de punção.

Responsáveis pela execução: enfermeiro, biomédico, e médico, auxiliar e técnico de enfermagem.

Materiais necessários:

- Luvas de procedimento;
- Óculos e máscara (opcional, verificar a política da instituição);
- Seringa de 10 mL contendo solução fisiológica 0,9%;
- Algodão e álcool 70%;
- Garrote;
- Toalha de rosto limpa;
- Dispositivo de acesso vascular (por exemplo, scalp ou jelco) com calibre de tamanho adequado para a medicação que será infundida.
- Espardrapo, micropore e curativo transparente (se disponível);
- Extensor de equipo curto com conector de agulha (por exemplo torneirinha de três vias);
- Saco plástico para resíduos.

Etapas para execução:

1. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele pode colaborar;
2. Preparar o ambiente, organizar o material necessário e coloca-lo próximo ao paciente em local de fácil acesso;
3. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS e calçar as luvas;
4. Conectar o extensor a torneira de três vias e preenchê-lo com SF 0,9% sem deixar bolhas de ar;
5. Colocar garrote ao redor do braço do paciente de 10 a 15 cm acima do local de escolha para punção. Não colocar o agarrote muito apertado para evitar lesões, hematomas ou obstrução do fluxo arterial. Pode-se colocar o garrote em cima de uma camada fina de roupa para proteger a pele frágil ou com pêlos;
6. Para promover a distensão venosa e facilitar a visualização da veia, pode-se:
 - a. Estimular o membro da distal para proximal abaixo do local proposto para punção;
 - b. Aplicar calor no membro por alguns segundos (por exemplo, toalha quente);
 - c. Solicitar que o paciente abra e feche a mão por diversas vezes e depois mantê-la fechada, com o braço imóvel;

7. Selecionar uma veia grande o suficiente para a inserção do dispositivo de acesso vascular. As veias cefálica, basílica ou intermediária dos membros superiores são as mais preferidas em adultos.
8. Fazer assepsia ampla no local de punção com algodão e álcool 70%. Deve ser feita com movimento unidirecional de baixo para cima;
9. Fixar a veia com o polegar da mão não dominante, esticando a pele contra a direção da inserção do dispositivo de acesso vascular;
10. Com a mão dominante segurar o dispositivo de acesso vascular e realizar a punção venosa. O bisel do dispositivo de acesso vascular deverá ser mantido para cima durante a inserção e em um ângulo de 10° a 30°;
11. Observar o retorno de sangue na câmara de refluxo do dispositivo de acesso vascular, indicando que a agulha entrou na veia;
12. Abaixar o cateter até quase nivelá-lo com a pele, avançar até cerca de 3 cm e soltar a agulha;
13. Manter a pele esticada e avançar o cateter na veia até que o conector esteja próximo do local da punção venosa (ou então seguir as orientações do fabricante);
14. Terminar de retrainir a agulha e desprezar no lixo para perfuro-cortantes;
15. Estabilizar o cateter com a mão não dominante e liberar o garrote;
16. Conectar rapidamente a extremidade distal do extensor de equipo preparado com SF 0,9% e enxaguar cuidadosamente o cateter usando a seringa com SF 0,9% (observar se há inchaço no local durante esse procedimento);
17. Remover a seringa e fechar a ponta do extensor sem contaminar o local;
18. Fichar o cateter e o extensor de equipo com auxílio de esparadrapo e/ou micropore ou conforme as normas institucionais;
19. Identificar a fixação de acordo com a política institucional (incluir data e hora da punção venosa, calibre do dispositivo de acesso vascular utilizado; e nome do responsável pela punção);
20. Ensinar o paciente a se movimentar sem desalojar o dispositivo de acesso vascular;
21. Deixar o ambiente limpo e em ordem;
22. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
23. Registrar o procedimento realizado no prontuário da paciente.

Locais para Punção Venosa

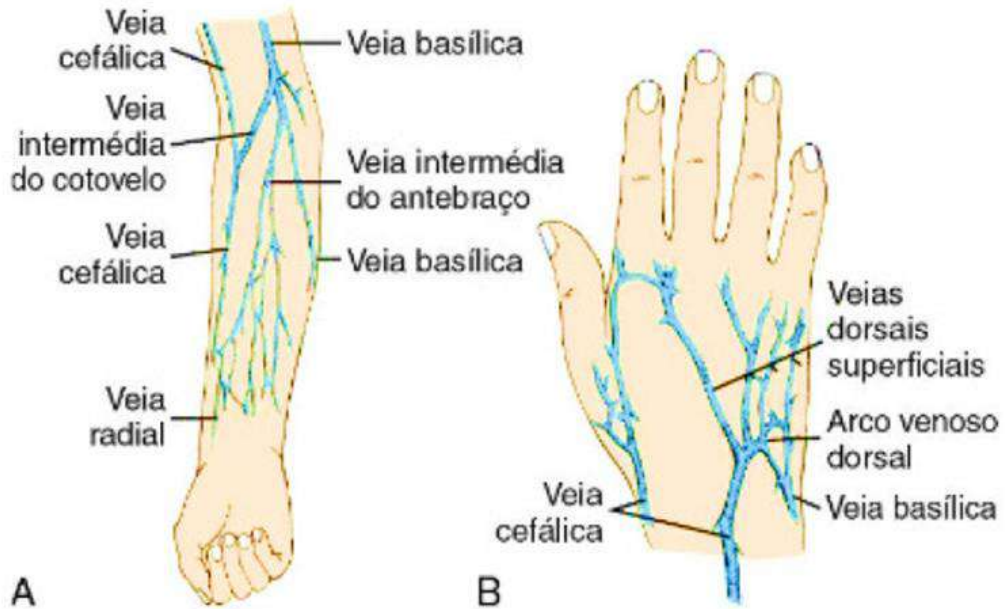


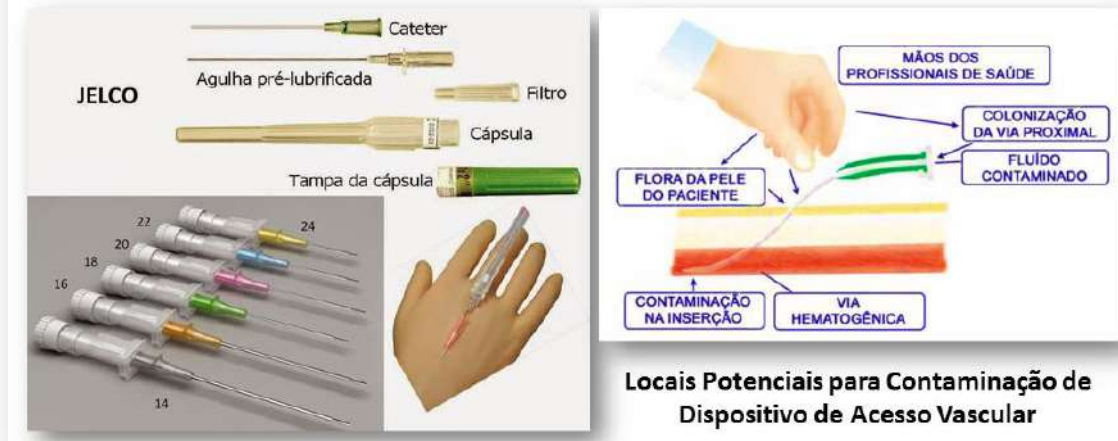
FIG. 41-15 Locais comuns de punção IV. **A**, Braço interno. **B**, Superfície dorsal da mão.

Fonte: Potter; Perry (2013).

Dispositivo de Acesso Vascular



Dispositivo de Acesso Vascular



Observações:

- ❖ Inspeccionar rotineiramente o local de inserção do cateter, observando a coloração da pele, a presença de edema e infiltração;
- ❖ Trocar o local de acesso venoso de acordo com a política institucional, mediante a prescrição médica ou na suspeita/identificação de contaminação ou complicação;
- ❖ A presença de hematoma ou dor no local da punção indica que a veia foi transfixada ou a agulha está fora dela, neste caso, retirar imediatamente a agulha e pressionar o local com algodão. Uma nova punção deverá ser feita em outro local, pois a recolocação do garrote no mesmo local pode aumentar o hematoma.

MEDICAÇÕES

A administração de medicamentos é dos procedimentos de maior responsabilidade para a equipe de enfermagem. Para executar este procedimento é necessário conhecimento sobre farmacologia e terapêutica médica, principalmente em relação ação, a dose, aos efeitos colaterais e as vias de administração.

A via prescrita para a administração de um medicamento depende das propriedades e dos efeitos que se espera, assim como das condições físicas e mentais do paciente. A enfermagem deve colaborar com o médico para determinar a melhor via de administração para o medicamento prescrito.

Para evitar erros na administração de medicamentos, é fundamental que os profissionais de enfermagem adotem padrões durante a execução do procedimento. Desse modo, toda vez que for administrar um medicamento, siga a regra dos “**NOVE CERTOS**” na administração de uma medicação (TEIXEIRA; CASSIANI, 2010).

1. Paciente **CERTO**;
2. Dose **CERTA**;
3. Medicamento **CERTO**;
4. Hora **CERTA**;
5. Via **CERTA**;
6. Anotação **CERTA**;
7. Orientação ao paciente;
8. Compatibilidade medicamentosa;
9. Direito do paciente em recusar a medicação.

Abaixo seguem descritas as principais vias de administração de medicamentos utilizadas pela enfermagem.

2.1 VIA PARENTERAL

Conceito: a administração parenteral envolve injetar um medicamento nos tecidos corporais. As principais vias de administração são citadas abaixo.

Responsáveis pela execução: enfermeiro e médico, auxiliar e técnico de enfermagem.

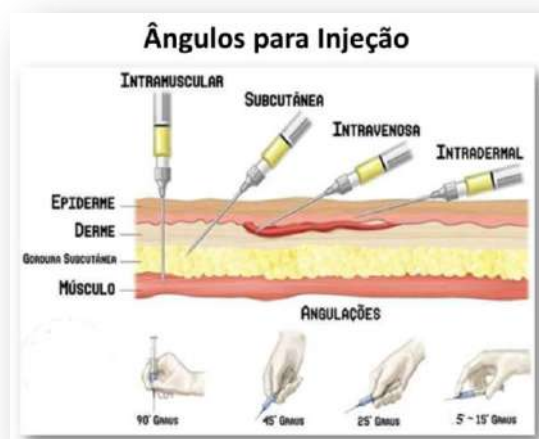
- 1. Intradérmico (ID):** injeção na derme, exatamente abaixo da epiderme. Tipicamente as injeções ID são utilizadas para testes cutâneos, por exemplo, hipersensibilidade, processo de dessensibilização e imunização (BCG). Por serem potentes, esses medicamentos são injetados na derme, onde o aporte sanguíneo é reduzido e a absorção é mais lenta. O ângulo de inserção da agulha varia de 5° a 15° e o bisel deve estar voltado para cima. Somente pequenos volumes podem deve ser administrados por esta via (máximo de 0,5 mL).
- 2. Subcutâneo (SC):** injeção nos tecidos exatamente abaixo da derme. Como o tecido subcutâneo não é tão ricamente suprido com sangue quanto os músculos, a absorção do medicamento por esta via é mais lenta em relação à via IM. Em geral utiliza-se um ângulo de 45° ou 90° para inserção da agulha com o bisel lateralizado. Apenas pequenas doses (0,5 a 1,5 mL) de medicamentos hidrossolúveis devem ser administradas pela via SC. Em crianças são dados volumes menores que 0,5 mL.
- 3. Intramuscular (IM):** injeção no músculo. A via IM oferece uma absorção mais rápida do medicamento do que a subcutânea, devido a maior vascularização do músculo. O ângulo de inserção da agulha deve ser de 90° com o bisel lateralizado. Dependendo do local de administração essa via suporta no máximo de 4 a 5 mL de volume de medicamento. Contudo, 3 mL administrado em um músculo maior é o suficiente para não gerar desconforto muscular intenso. Crianças, idosos e pessoas magras suportam apenas 2 mL. Não administrar mais que 1 mL em crianças pequenas e mais velhas.

Tamanho da Agulha (mm) para Administração Intramuscular		
Paciente	Solução Aquosa	Solução oleosa / suspensões
ADULTO		
Magro	25 x 6 ou 7	25 x 8 ou 9
Normal	30 x 6 ou 7	30 x 8 ou 9
Obeso	40 x 6 ou 7	40 x 8 ou 9
CRIANÇA		
Magra	20 x 6 ou 7	20 x 8
Normal	25 x 6 ou 7	25 x 8
Obesa	30 x 6 ou 7	30 x 8

Fonte: Koch (2004).

Volume Máximo de Administração Intramuscular				
Idade	Local / Volume			
	Deltoide	Ventroglúteo	Dorsoglúteo	Vasto lateral
Prematuro	---	---	---	0,5 mL
Neonato	---	---	---	0,5 mL
Lactentes	---	---	---	1,0 mL
Crianças de 3 a 6 anos	---	1,5 mL	1,0 mL	1,5 mL
Crianças de 6 a 14 anos	0,5 mL	1,5 a 2,0 mL	1,5 a 2,0 mL	1,5 mL
Adolescentes	1,0 mL	2,0 a 2,5 mL	2,0 a 2,5 mL	1,5 a 2,0 mL
Adultos	1,0* mL	4,0** mL	4,0** mL	4,0** mL

Fonte: Malkin (2008). *Limite até 2 mL; **Limite até 5 mL.



4. Intravenoso (IV): injeção na veia. Ao utilizar a via IV, observe o paciente de perto para detectar sintomas relacionados a reações adversas. Após a entrada da medicação na corrente sanguínea, ela começa a agir imediatamente, não havendo maneira de interromper sua ação. Cuide para evitar erros nos cálculos e na preparação da dose, siga os **SEIS CERTOS**. A administração IV pode ser realizada por meio dos seguintes métodos:

a. Infusões de grande volume: dos três métodos de administração de medicamentos IV, este é o mais seguro e o mais fácil. Como o medicamento não está na forma concentrada, o risco de efeitos colaterais ou reações fatais é mínimo quando infundido no tempo correto. Os medicamentos são diluídos em grandes volumes (500 ou 1.000 mL) de líquidos compatíveis, como solução fisiológica 0,9% ou solução de Ringer lactato.

- b. **Bolus intravenoso:** o *bolus* intravenoso constitui a introdução de uma dose concentrada de medicamento diretamente na circulação. Este é o método mais perigoso para administrar medicamentos, porque não existe momento para corrigir erros. Além disso, o *bolus* pode provocar irritação direta do revestimento dos vasos sanguíneos.
- c. **Infusão em paralelo:** é composta por um pequeno frasco ou bolsa IV (25 a 250 mL) conectado a linhas com equipos curtos, que se ligam à torneirinha de três vias de uma infusão primária ou a um acesso venoso intermitente. No conjunto de infusão em paralelo, a linha principal não infunde, quando medicamento em paralelo está sendo infundido.

2.2 VIA NÃO PARENTERAL

Conceito: a via não parenteral envolve a administração de medicamentos por vias que não requerem a injeção nos tecidos corporais.

Responsáveis pela execução: enfermeiro e médico, auxiliar e técnico de enfermagem.

1. **Via oral:** administração de medicamentos pela boca. A via oral é a mais fácil e mais desejada. Os pacientes normalmente são capazes de ingerir ou autoadministrar medicamentos orais com quase nenhum problema.
2. **Via sublingual:** colocação de medicamento debaixo da língua. Esta via possibilita absorção mais rápida que a via oral. Na administração, orientar o paciente a não mastigar e a não engolir o medicamento.
3. **Via gástrica ou enteral:** introdução de medicamentos por meio da sonda gástrica ou enteral. Antes de dar um medicamento por esta via, verificar se a localização da sonda é compatível com a absorção da medicação (estômago ou jejuno). Optar sempre por medicamentos líquidos, quando disponível. Alguns medicamentos podem ser esmagados ou cápsulas abertas para misturar com uma solução de administração. Nunca utilizar água de torneira como solução.

4. **Via tópica ou cutânea:** aplicação de medicamento por fricção na pele. Esta via envolve o uso de pomadas ou cremes. Sua ação pode ser local ou geral.
5. **Via de inalação:** administração por meio de inaladores manuais por meio de aerossóis em *spray*, borrifação, ou pó que penetram nas vias pulmonares. A rede alvelocapilar absorve o medicamento rapidamente.
6. **Via ocular:** aplicação de medicamentos diretamente na bolsa conjuntival. Os medicamentos comuns utilizados pelos pacientes são os colírios e as pomadas oftálmicas. Grande parte dos pacientes que recebem medicamentos oftálmicos é idosa.
7. **Via otológica:** administração de medicamentos diretamente no conduto auditivo externo. O uso de medicações por esta via deve ser feito cuidadosamente devido ao risco de perfuração do tímpano quando se usa de pressão excessiva.
8. **Via nasal:** instilação de medicamentos pelas narinas. A forma mais comum de instilação nasal é o *spray* ou gotas descongestionantes utilizadas para aliviar os sintomas de congestão nasal ou resfriado. O soro fisiológico 0,9% é o mais seguro como descongestionante do que soluções nasais, que contêm simpatomiméticos.
9. **Via retal:** administração de medicamentos na mucosa retal por meio do orifício anal. Geralmente as medicações retais são utilizadas para auxiliar na defecação (uso de supositórios). Os supositórios retais possuem formato de balas de resolver, sua extremidade arredonda evita um trauma durante a inserção.
10. **Via vaginal:** introdução de medicamentos no canal da vagina. As medicações vaginais estão disponíveis como supositórios, espuma, géis ou cremes. Durante a aplicação é fundamental utilizar luvas de acordo com as precauções padrão, isso inclui orientar o paciente na autoadministração.

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO

3.1 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Conceito: ato de higienizar as mãos com água e sabão ou com fricção com solução alcóolica.

Responsáveis pela execução: todos os profissionais envolvidos na assistência e usuários dos serviços de saúde.

Materiais necessários:

- Formulações alcólicas (75 a 85% de etanol ou conforme normas vigentes);
- Água e sabão;
- Papel toalha (descartável);
- Secador de ar quente (se disponível e próximo ao local da higienização);
- Creme emoliente (hidratante para as mãos);
- Saco plástico para resíduos.

Etapas para execução:

1. Higienização com fricção com solução alcóolica (20 a 30 segundos)

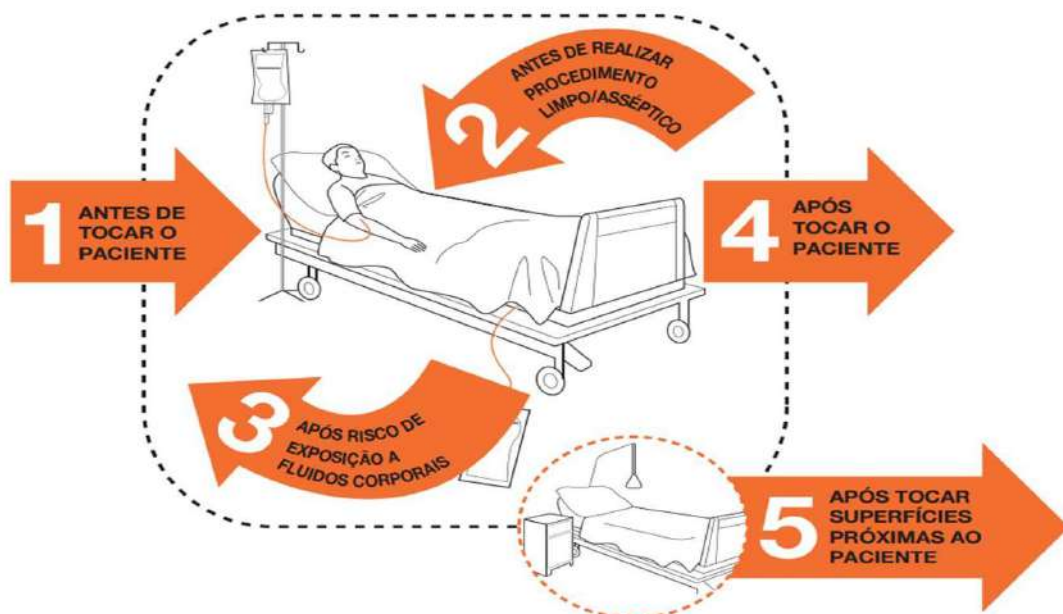


2. Higienização com água e sabão (40 a 60 segundos)



➤ Momentos para higienização das mãos

QUANDO? Seus 5 momentos para a higiene das mãos



3.2 LUVA ESTÉRIL

Conceito: ato de calçar e retirar luvas esterilizadas.

Responsáveis pela execução: todos os profissionais envolvidos na assistência.

Materiais necessários:

- Luva estéril de numeração adequada ao tamanho das mãos (6.0 a 9.0).

Etapas para execução:

1. Selecionar a luva adequada ao tamanho das mãos;
2. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
3. Abrir a embalagem externa das luvas pela borda de abertura até o final ou solicitar que um profissional auxiliar o faça;
4. Segure o pacote interno e deite-o sobre uma superfície plana e limpa;
5. Abra a embalagem e mantenha as luvas dentro da superfície;
6. Identifique as luvas direita e esquerda;
7. Calce a luva da mão dominante primeiro;
8. Com o polegar e os primeiros dois dedos da mão dominante, segure a extremidade do punho da luva da mão dominante. Toque somente o interior da luva;
9. Cuidadosamente puxe a luva sobre a mão dominante, deixando o punho e certificando-se de que o punho não role para o pulso;
10. Com a mão dominante vestida, escorregue os dedos por baixo do punho da segunda luva;
11. Cuidadosamente puxe a segunda luva sobre a mão não dominante. Não deixe os dedos e o polegar da mão dominante tocarem qualquer parte exposta da mão não dominante. Mantenha o polegar da mão dominante para trás;
12. Após a segunda mão ser vestida, entrelace as mãos. Os punhos normalmente caem após a aplicação;
13. Mantenha as mãos enluvadas longe do corpo ou outras superfícies e certifique-se de tocar somente os lados estéreis.

Retirar as luvas

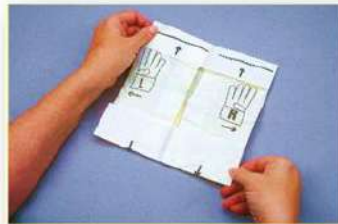
1. Segure o exterior de um dos punhos com a mão vestida (evite tocar o punho);
2. Puxe até a metade da palma da mão;
3. Tome o polegar da mão descoberta pela metade e coloque-o sob o punho da outra luva;

4. Puxe a luva para fora, forçando-a de dentro para fora. Elimine as luvas em um recipiente apropriado;
5. Tome os dedos da mão exposta e enfie dentro do punho da luva restante;
6. Tire a luva de dentro para fora e elimine-a em um recipiente apropriado;
7. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

Luva Estéril



1. Escolha do tamanho da luva



2. Abertura da embalagem



3. Calce a luva sobre a mão dominante



4. Escorregue os dedos por baixo do punho da segunda luva



5. Puxe a segunda luva sobre a mão dominante



6. Entrelace as mãos

Fonte: Potter; Perry (2013) “Adaptado”.

3.1 PRECAUÇÃO PADRÃO

São medidas que devem ser instituídas para todos os pacientes, independente dos fatores de riscos, da idade ou da doença de base. Sua utilização repercute no impacto significativo na redução da transmissão cruzada de microrganismos.

Materiais necessários e etapas para execução:

Precaução Padrão

Devem ser seguidas para **TODOS OS PACIENTES**, independente da suspeita ou não de infecções.



Higienização das mãos **Luvas e Avental** **Óculos e Máscara** **Caixa pérfuro-cortante**

- Lave com água e sabonete ou friccione as mãos com álcool 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas) antes e após o contato com qualquer paciente, após a remoção das luvas e após o contato com sangue ou secreções.
- Use luvas apenas quando houver risco de contato com sangue, secreções ou membranas mucosas. Calce-as imediatamente antes do contato com o paciente e retire-as logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.
- Use óculos, máscara e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa de olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais.
- Descarte, em recipientes apropriados, seringas e agulhas, sem desconectá-las ou reencapá-las.

3.2 PRECAUÇÃO POR CONTATO

São preconizadas para as doenças e microrganismos transmitidos por contato direto ou indireto com a pessoa colonizada ou infectada. Os pacientes podem ser agrupados (**coorte**) de acordo o microrganismo causador da doença.

Materiais necessários e etapas para execução:

Precaução de Contato



Higienização das mãos **Avental** **Luas** **Quarto privativo**

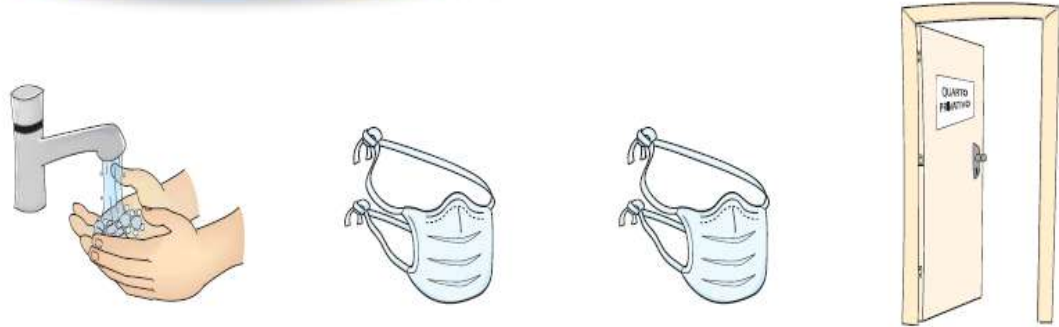
- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções; e descarte adequadamente os pífuro-cortantes.
- Use luvas e avental em toda manipulação do paciente, de cateteres e de sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou com as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

3.3 PRECAUÇÃO PARA GOTÍCULAS

Utilizadas para pacientes com doenças conhecidas ou suspeitas, transmitidas por gotículas maiores que 5 µm.

Materiais necessários e etapas para execução:

Precaução para Gotículas



Higienização das mãos

Máscara Cirúrgica (profissional)

Máscara Cirúrgica (paciente durante o transporte)

Quarto privativo

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções; e descarte adequadamente os perfuro-cortantes.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microrganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

3.4 PRECAUÇÃO PARA AEROSSOL

Devem ser utilizadas para pacientes com doenças transmitidas por partículas menores que 5 µm com capacidade de suspensão no ar.

Materiais necessários e etapas para execução:

Precaução para Aerossóis



Higienização das mãos



**Máscara PFF2 (N-95)
(profissional)**



**Máscara Cirúrgica
(paciente durante o
transporte)**



Quarto privativo

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos, máscara e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções; e descarte adequadamente os perfuro-cortantes.
- Pacientes com suspeita ou confirmação de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.
- Mantenha a porta do quarto SEMPRE fechada e coloque a máscara PFF2 (N95) antes de entrar no quarto.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microrganismo.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Apresenta normatizações para o controle de transmissão de micro-organismos e temas correlacionados.** Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>>. Acesso em: 19 maio 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - 2013.** Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro4-MedidasPrevencaoIRASaude.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2017.

ARCHER, E.; BELL, S. D. **Procedimentos e protocolos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA E DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM. **Procedimento operacional padrão. Tarefa: higiene bucal (HB) do paciente internado em UTI (adulto).** Disponível em: <http://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/POP_Isabel_8.5.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA (SPDM). **Procedimento Operacional Padrão: Administração de Dieta Enteral.** Disponível em: <http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/arquivos/2015/POP-adm_dieta_enteral.pdf>. Acesso em: 10 jun 2017.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. **Trato prático de enfermagem.** 3. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010.

LOPES, J. L.; SILVA, R. C. G. **Interpretação de exames laboratoriais: guia prático para enfermeiros e estudantes de enfermagem.** Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2015.

MALKIN, B. Are techniques used for intramuscular injection based on research evidence? **Nurs Times**, v. 105, n. 50/51, p. 48-51, 2008.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 33, n. esp, p. 191-206, 1999.

POSSO, M. B. S. **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

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

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RODRIGUES, A. B. **Semiotécnica: manual para assistência de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: IATRIA, 2006.

STACCIARINI, T. S. G.; CUNHA, M. H. R. **Procedimentos operacionais padrão em enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. D. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 139-146, 2010.

TIMBY, B. K. **Conceitos e Habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 4. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Guidelines on Hand Hygiene Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care**. Geneva: World Health Organization Press; 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf>. Acesso em: 02 jun de 2017.

YVES, L. et al. Hand hygiene. **N Engl J Med**, v. 364, p. e24, 2011.

ANEXO A - ESCALA DE BRADEN* (versão adaptada e validada para o Brasil)

Nome do paciente: _____ Nome do avaliador: _____ Data da avaliação: ___ / ___ / ___

<p>PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.</p>	<p>1. Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.</p>	<p>2. Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. Levemente limitado: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.</p>		
<p>UMIDADE Nível ao qual a pele é exposta a umidade.</p>	<p>1. Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.</p>	<p>2. Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.</p>	<p>4. Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.</p>		
<p>ATIVIDADE Grau de atividade física.</p>	<p>1. Acamado: Confinado a cama.</p>	<p>2. Confinado a cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.</p>	<p>3. Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.</p>	<p>4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.</p>		
<p>MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.</p>	<p>1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Bastante limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.</p>	<p>3. Levemente limitado: Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.</p>		

NUTRIÇÃO Padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.			
	FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	2. Problema em potencial: Move-se mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.			
PONTUAÇÃO TOTAL ➔							

Interpretação da pontuação total da escala					
Risco muito alto	6 a 9 pontos	Risco moderado	13 a 14 pontos	Sem risco	19 a 23 pontos
Risco alto	10 a 12 pontos	Baixo risco	15 a 18 pontos		

*Copyright® Braden, Bergstrom 1988. Adaptada e validada para o Brasil por Paranhos, Santos 1999. Disponível em: <<http://www.bradenscale.com/translations.htm>>.

Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 1999; 33 (nº esp): 191-206. Disponível em: <<http://143.107.173.8/reeusp/upload/pdf/799.pdf>>.