

Maria Isabel Sampaio Carmagnani

Flávio Trevisani Fakih

Lígia Mara da Silva Canteras

Lilian Lestingi Labbadia

Luiza Hiromi Tanaka



Procedimentos de Enfermagem

G U I A P R Á T I C O



Procedimentos
de Enfermagem
Procedimentos
de Enfermagem
Guia Prático

Sobre a Autoria

▪ Maria Isabel Sampaio Carmagnani

*Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana – UNIFESP
Professora Adjunta da Disciplina de Enfermagem em Saúde Pública e Administração Aplicada à Enfermagem do Departamento de Enfermagem – UNIFESP
Diretora de Enfermagem do Hospital São Paulo – UNIFESP*

▪ Flávio Trevisani Fakh

*Mestrando em Enfermagem – UNIFESP
Especialista em Enfermagem do Trabalho – UNIFESP
Enfermeiro Assessor da Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo – UNIFESP
Coordenador do Grupo de Estudos sobre Administração de Medicamentos Injetáveis do Hospital São Paulo – UNIFESP*

▪ Lígia Mara da Silva Canteras

*Mestre em Medicina de Urgência – UNIFESP
Enfermeira Assessora da Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo – UNIFESP
Coordenadora do Grupo de Estudos sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo – UNIFESP*

▪ Lilian Lestingi Labbadia

*Mestre em Enfermagem – UNIFESP
Enfermeira da Disciplina de Enfermagem em Saúde Pública e Administração Aplicada à Enfermagem do Departamento de Enfermagem – UNIFESP*

▪ Luiza Hiromi Tanaka

*Doutora em Enfermagem – USP
Enfermeira da Disciplina de Enfermagem em Saúde Pública e Administração Aplicada à Enfermagem do Departamento de Enfermagem – UNIFESP
Coordenadora Assistencial da Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo – UNIFESP*



*Procedimentos
de Enfermagem*

Procedimentos de Enfermagem

Guia Prático

- Maria Isabel Sampaio Carmagnani
- Flávio Trevisani Fakh
- Lígia Mara da Silva Canteras
- Lilian Lestingi Labbadia
- Luiza Hiromi Tanaka



Copyright

- Os autores deste livro e a EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA. empenharam seus melhores esforços para assegurar que as dosagens dos fármacos e os procedimentos apresentados no texto estejam em acordo com os padrões aceitos à época da publicação. Entretanto, tendo em conta a evolução das ciências da saúde, as mudanças regulamentares governamentais e o constante fluxo de novas informações sobre terapêutica medicamentosa e reações adversas a fármacos, recomendamos enfaticamente que os leitores consultem sempre outras fontes fidedignas, de modo a se certificarem de que as informações contidas neste livro estão corretas e de que não houve alterações nas dosagens recomendadas. Isso é particularmente importante quando se tratar de fármacos novos ou de medicamentos utilizados com pouca frequência.
- Os autores e a editora se empenharam para citar adequadamente e dar o devido crédito a todos os detentores de direitos autorais de qualquer material utilizado neste livro, dispondo-se a possíveis acertos posteriores caso, inadvertida e involuntariamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida.

Copyright © 2009 by
EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA.
Travessa do Ouvidor, 11
Rio de Janeiro — RJ — CEP 20040-040
Tels.: (21)3543-0770 / (11)5080-0770 | Fax: (21)3543-0896

Publicado pela Editora LAB, sociedade por cotas de participação e de parceria operacional da
EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA.
www.editoraguanabara.com.br | www.grupogen.com.br
editorial.saude@grupogen.com.br

Reservados todos os direitos. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, em quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição pela Internet ou outros), sem permissão, por escrito, da EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA.

Capa: Bernard Design
Projeto gráfico: EditoraLAB
Ilustrações: Margareth Baldissara
Editoração eletrônica: Anthares

■ Ficha catalográfica

P956

Procedimentos de enfermagem : guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani... [et al.]. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
il.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-85-277-1582-9

1. Enfermagem - Manuais, guias, etc. I. Carmagnani, Maria Isabel Sampaio.

09-2995.

CDD: 610.73

Colaboradoras

■ Ana Rita de Cássia Bettencourt

Doutorado em Ciências Pneumológicas – UNIFESP. Professora Adjunta da Disciplina de Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica do Departamento de Enfermagem – UNIFESP.

■ Ana Silvia Homenko

Mestre em Ciências da Saúde pela Disciplina de Doenças Infecciosas – UNIFESP. Especialista em Administração Hospitalar e em Infecção Hospitalar. Enfermeira do Ambulatório de Urologia do Hospital São Paulo – UNIFESP.

■ Angélica Gonçalves Silva Belasco

Pós-Doutorado em Ciências da Saúde em Nefrologia – UNIFESP. Professora Adjunta da Disciplina de Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica do Departamento de Enfermagem – UNIFESP.

■ Antonia M. O. Machado

Professora Afiliada pelo Departamento de Medicina – Patologia Clínica Laboratorial – UNIFESP. Diretora Técnica do Laboratório Central do Hospital São Paulo – UNIFESP.

■ Ariane Ferreira Machado Avelar

Doutoranda em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem – UNIFESP. Enfermeira da Disciplina Enfermagem Pediátrica do Departamento de Enfermagem – UNIFESP.

■ Alessandra Martins Ferreira

Enfermeira do Setor de Educação Continuada do Hospital São Paulo – UNIFESP.

■ Daniela Bicudo Angelieri

Mestre em Ciências da Saúde pela Disciplina de Doenças Infecciosas – UNIFESP. Especialista em Epidemiologia Hospitalar pelo Departamento de Enfermagem – UNIFESP. Enfermeira da Comissão de Epidemiologia Hospitalar do Hospital São Paulo – UNIFESP.

■ Daniela Vieira da Silva Escudero

Mestranda em Ciências da Saúde pela Disciplina de Doenças Infecciosas – UNIFESP. Especialista em Epidemiologia pela Disciplina de Doenças Infecciosas – UNIFESP. Enfermeira da Comissão de Epidemiologia Hospitalar do Hospital São Paulo – UNIFESP.

■ Dayana Souza Fram

Mestranda em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem – UNIFESP. Enfermeira da Disciplina de Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica do Departamento de Enfermagem – UNIFESP. Especialista, Modalidade Residência em Infectologia e Epidemiologia Hospitalar – UNIFESP.

■ Fernanda Crossera Parrera

Mestre em Ciências da Saúde pela Disciplina de Doenças Infecciosas – UNIFESP. Enfermeira da Comissão de Epidemiologia Hospitalar do Hospital São Paulo – UNIFESP.

■ Flávia Tatiana Pedrolo Hortense

Mestre em Ciências da Saúde pelo Departamento de Enfermagem – UNIFESP. Enfermeira do Ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital São Paulo – UNIFESP.

▪ **Gabriela Eneida Françolin Silva Gerola**

Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde/Enfermagem pela Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Enfermeira da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa da Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo – UNIFESP.

▪ **Grace Maria Pereira Lima**

Mestre em Ciências Aplicadas à Cardiologia da Disciplina de Cardiologia – UNIFESP. Enfermeira Encarregada da Unidade de Cardiologia do Hospital São Paulo – UNIFESP.

▪ **Isabel Kanda**

Enfermeira do Ambulatório de Pronto Atendimento de Pneumologia do Hospital São Paulo – UNIFESP.

▪ **Iveth Yamaguchi Whitaker**

Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem – USP. Professora Adjunta da Disciplina Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica. Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Escola Paulista de Enfermagem – UNIFESP.

▪ **Jane Cristina Dias Alves**

Especialista, Modalidade Residência em Unidade de Terapia Intensiva – UNIFESP. Gerente do Serviço de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva do Hospital São Paulo – UNIFESP.

▪ **Katia Kazume Kitazuka**

Especialista, Modalidade Residência em Unidade de Terapia Intensiva – UNIFESP. Gerente do Serviço de Enfermagem em Saúde e Pesquisa Suplementar do Hospital São Paulo – UNIFESP.

▪ **Leila Blanes**

Doutorado e Mestrado em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica – UNIFESP. Especialista em Estomaterapia pela Escola de Enfermagem – USP. Gerente do Serviço de Enfermagem em Unidades de Retaguarda do Pronto Socorro do Hospital São Paulo – UNIFESP.

▪ **Luciana Baria Perdiz**

Mestre em Ciências da Saúde, Doenças Infecciosas – UNIFESP. Enfermeira da Comissão de Epidemiologia Hospitalar do Hospital São Paulo – UNIFESP.

▪ **Luciana de Moraes Paes**

Especialista em Enfermagem em Cardiologia – UNIFESP. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Nefrológica do Hospital São Paulo – UNIFESP.

▪ **Luciana de Oliveira Matias**

Especialista, Modalidade Residência em Unidade de Terapia Intensiva e em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem – UNIFESP. Enfermeira Encarregada da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital São Paulo – UNIFESP.

▪ **Lucimara Ramon Batista da Nóbrega**

Mestre em Enfermagem em Saúde do Adulto pelo Departamento de Enfermagem – UNIFESP. Enfermeira da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa da Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo – UNIFESP.

▪ **Luiza Silva dos Reis Conceição**

Especialização em Enfermagem em Centro de Diagnóstico – UNIFESP. Enfermeira do Ambulatório de Atendimento da Escola Paulistinha de Educação – UNIFESP.

▪ **Mary Kazumi Ikezawa Monomi**

Mestre em Ciências da Saúde pelo Departamento de Enfermagem – UNIFESP. Especialista em Enfermagem Pediátrica pelo Departamento de Enfermagem – UNIFESP. Gerente do Serviço de Enfermagem Pediátrica e Obstétrica do Hospital São Paulo – UNIFESP.

▪ **Maria das Graças Leite**

Especialista em Estomaterapia pela Escola de Enfermagem – UNIFESP. Enfermeira Encarregada da Unidade de Gastrocirurgia do Hospital São Paulo – UNIFESP.

▪ **Maria de Lourdes Rui**

Enfermeira da Unidade de Internação do Pronto Socorro do Hospital São Paulo – UNIFESP.

■ **Maria Laura Iervolino Penteado Siciliano**

Especialista em Geriatria e Gerontologia e em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem – UNIFESP. Enfermeira do Serviço de Educação Continuada do Hospital São Paulo – UNIFESP.

■ **Natália Gonçalves Albuquerque**

Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatologia pelo Departamento de Enfermagem – UNIFESP. Enfermeira da Unidade de Pediatria do Hospital São Paulo – UNIFESP.

■ **Nathália Perazzo Tereran**

Especialista, Modalidade Residência em Unidade de Terapia Intensiva – UNIFESP. Enfermeira da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa da Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo – UNIFESP.

■ **Patricia Alves**

Especialista, Modalidade Residência em Unidade de Terapia Intensiva e em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem – UNIFESP. Enfermeira da Unidade de Cardiologia do Hospital São Paulo – UNIFESP.

■ **Rita Simone Lopes Moreira**

Doutoranda da Disciplina de Cardiologia – UNIFESP. Mestre em Ciências Aplicadas à Cardiologia da Disciplina de Cardiologia – UNIFESP. Presidente da Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular – SOBENC. Enfermeira da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa da Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo – UNIFESP.

■ **Silvana Gomes Severino**

Especialista em Educação – Universidade Nove de Julho. Enfermeira da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa da Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo – UNIFESP.

■ **Salete Gregório Barreiros**

Especialista em Docência do Ensino Superior – Faculdade Mauá. Enfermeira da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa da Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo – UNIFESP.

■ **Shirley Aparecida Nakama**

Especialista em Enfermagem Oncológica pelo Departamento de Enfermagem – UNIFESP. Enfermeira da Unidade de Convênios do Hospital São Paulo – UNIFESP.

■ **Susy Cristine Pereira**

Mestranda em Ciências da Saúde – UNIFESP. Especialista em Epidemiologia Hospitalar pelo Departamento de Enfermagem – UNIFESP. Enfermeira da Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias de Adulto do Hospital São Paulo – UNIFESP.

■ **Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante**

Professora Auxiliar – Universidade de Fortaleza. Mestre em Ciências da Saúde – UNIFESP. Especialista, Modalidade Residência em Cardiologia – UNIFESP.



Material Suplementar

Este livro conta com os seguintes materiais suplementares:

- Ilustrações da obra em formato de apresentação (acesso restrito a docentes)
- Procedimento da página 208 do livro (acesso livre)
- Escala de dor e escala de Ramsay (acesso livre)

O acesso ao material suplementar é gratuito, bastando que o docente ou o leitor se cadastre em:

<http://gen-io.grupogen.com.br>.



GEN-IO (GEN | Informação Online) é o repositório de material suplementar e de serviços relacionados com livros publicados pelo GEN | Grupo Editorial Nacional, o maior conglomerado brasileiro de editoras do ramo científico-técnico-profissional, composto por Guanabara Koogan, Santos, Roca, AC Farmacêutica, Forense, Método, LTC, E.P.U. e Forense Universitária.



Agradeci mentos

Ao Prof. Dr. José Roberto Ferraro, Diretor Superintendente do Hospital São Paulo, Hospital Universitário da UNIFESP, pelo estímulo e pela valorização do trabalho de enfermagem.

Ao Prof. Dr. Meide Silva Anção, Diretor de Tecnologia da Informação do Hospital São Paulo, Hospital Universitário da UNIFESP, pelo apoio às nossas iniciativas.

Maria Isabel Sampaio Carmagnani

Flávio Trevisani Faki

Lígia Mara da Silva Canteras

Lilian Lestingi Labbadia

Luiza Hiromi Tanaka





Apresentação

A evolução do conhecimento científico, a diversidade e o volume das informações atualmente disponíveis sobre Enfermagem são extremamente desafiadores até mesmo para profissionais experientes, quanto mais para estudantes e enfermeiros recém-formados.

Exercer a assistência de Enfermagem segundo as boas práticas e os nobres preceitos da profissão requer uma dedicação integral que limita o tempo necessário para o acesso a informações científicas atualizadas que possibilitem intervenções cada vez mais rápidas e resolutivas.

Essa limitação pode provocar um hiato entre os achados de pesquisa e sua utilização efetiva e eficaz na prática clínica, e a educação permanente de profissionais de saúde é o instrumento adequado para que se evite essa lacuna.

Os desafios da educação continuada configuram a importância de estudantes e profissionais de Enfermagem contarem com livros que facilitem o acesso a novas informações, no próprio ambiente da assistência, de maneira prática, objetiva e confiável. Reforçam, também, a necessidade de se padronizarem condutas e estabe-

lecer protocolos assistenciais norteadores que garantam os melhores cuidados de enfermagem possíveis, que preservem a segurança e o bem-estar dos pacientes.

Este livro cumpre exatamente esse papel. Além de constituir um guia para a padronização eficaz de procedimentos de enfermagem, está amparado tanto na experiência prática quanto na constante evolução teórica de enfermeiros do Hospital São Paulo/SPDM — Hospital Universitário da UNIFESP — e de docentes da Escola Paulista de Enfermagem — UNIFESP.

Seja pela equipe que organizou a obra, como pelo seu conteúdo e apresentação, esta obra certamente agregará valor à prática assistencial da enfermagem no cenário nacional, possibilitando que enfermeiros de todo o Brasil tenham acesso a dezenas de protocolos assistenciais que têm como foco as melhores práticas de atenção aos pacientes.

Janine Schirmer
Professora Titular da Escola Paulista de
Enfermagem — UNIFESP
Coordenadora do Programa de
Pós-graduação em Enfermagem
— UNIFESP
Pesquisadora do CNPq



Prefácio

Existem quatro leis imutáveis do espírito, ligadas ao desapego: Quem quer que esteja presente é a pessoa certa para estar aqui; seja quando for que comecemos, é sempre o tempo certo; o que acontece é a única coisa que poderia ter acontecido; quando acaba, acaba.

Harrison Owen
www.openspaceworld.com

Há muitos livros sobre procedimentos de enfermagem, e isso pode provocar uma indagação dos leitores: Por que escrever mais uma obra sobre esse tema?

Várias razões nos motivaram, porém a mais decisiva foi percebermos que estudantes e profissionais de enfermagem ansiavam por um texto que abordasse experiências brasileiras, refletisse a realidade de nosso país — em geral muito distinta daquelas dos manuais traduzidos ou mesmo nacionais — e contemplasse as melhores práticas de cuidados de enfermagem.

Procedimentos de Enfermagem | Guia Prático foi redigido justamente para atender esse desejo dos muitos profissionais e estudantes com quem conversamos em nosso dia a dia acadêmico, em congressos e em visitas a outras instituições além daquelas nas quais trabalhamos. O conteúdo que deu origem a este livro foi elaborado desde

2003 por docentes e enfermeiros do Hospital São Paulo — SPDM — UNIFESP — e reflete as vivências desse grupo. Ademais, esse conteúdo foi posto à prova e validado em um hospital universitário com mais de 700 leitos — com atendimento de níveis secundário a quaternário —, vinculado a uma universidade federal que tem respeitados cursos de graduação e de pós-graduação em enfermagem que há mais de 70 anos são considerados uma referência em termos de bom ensino.

Diversos docentes e enfermeiros com *expertise* em cada um dos temas abordados participaram da elaboração ou avaliação dos procedimentos descritos, e o conteúdo passou por um rigoroso controle de qualidade, em diversas revisões. As ilustrações, cuidadosamente planejadas e padronizadas, foram criadas especialmente para a obra e contribuem efetivamente para a compreensão do texto.

Tivemos sempre em mente o objetivo de escrever um guia prático, de consulta rápida, que fosse de fato resolutivo para estudantes e profissionais de enfermagem em suas atividades clínicas cotidianas. O texto foi separado em partes lógicas que facilitam a busca e a consulta: cuidados com a pele, cuidados nutricionais, cuidados com eliminações, cuidados respiratórios,

verificação de parâmetros clínicos, procedimentos intravasculares, administração de medicamentos e coleta de material para exames. No final de cada procedimento há recomendações e observações específicas que apoiam decisões em caso de dúvidas e reforçam nossa preocupação com o ato de cuidar.

A propósito, gostaríamos de ressaltar a importância de outras dimensões do cuidar que vão além das ciências biológicas propriamente ditas e da tecnologia de ponta que pode estar envolvida nos procedimentos. O ato de prestar o cuidado, que provoca o encontro de duas ou mais pessoas, pode e deve envolver atenção, comunicação, expectativas, confiança, comprometimento, formação de vínculo e acolhimento. Ou, então, pode produzir

apenas um efeito terapêutico que resulta de uma ação prescrita.

Esperamos que este livro contribua para que você possa praticar a Enfermagem de modo a atender os ideais que certamente o levaram a escolher esta profissão: alcançar os resultados terapêuticos esperados, de cura, mas fazê-lo sempre de acordo com os princípios humanísticos que norteiam nossa profissão.

Bom trabalho!

Maria Isabel Sampaio Carmagnani

Flávio Trevisani Fakh

Lígia Mara da Silva Canteras

Lilian Lestingi Labbadia

Luiza Hiromi Tanaka



Conteúdo Resumido

- Parte 1 Cuidados com a Pele, 1
 - Parte 2 Cuidados Nutricionais, 47
 - Parte 3 Cuidados com Eliminações, 61
 - Parte 4 Cuidados Respiratórios, 83
 - Parte 5 Verificação de Parâmetros Clínicos, 105
 - Parte 6 Procedimentos Intravasculares, 123
 - Parte 7 Administração de Medicamentos, 139
 - Parte 8 Coleta de Material para Exames, 179
 - Parte 9 Outros Procedimentos, 197
 - Índice Alfabético, 213
- 



Sumário

Sumário Expandido

Parte 1 Cuidados com a Pele, 1

Seção 1.1 Higienização, 2

- 1.1.1 Banho de aspersão, 2
- 1.1.2 Banho de aspersão com ajuda, 3
- 1.1.3 Banho no leito, 4
- 1.1.4 Degermação das mãos, 6
- 1.1.5 Higienização das mãos, 6
- 1.1.6 Higienização da cânula de traqueostomia, 8
- 1.1.7 Higienização da cavidade oral do paciente acamado, 10
- 1.1.8 Higienização da cavidade oral do paciente inconsciente, 11
- 1.1.9 Higienização da região íntima feminina, 12
- 1.1.10 Higienização da região íntima masculina, 13
- 1.1.11 Higienização do cabelo e do couro cabeludo, 14
- 1.1.12 Remoção de pedículos e lêndeas, 15
- 1.1.13 Troca de bolsa de colostomia ou ileostomia de uma peça, 17
- 1.1.14 Troca de bolsa de colostomia ou ileostomia de duas peças, 19
- 1.1.15 Troca de bolsa de urostomia de uma peça, 21
- 1.1.16 Troca de bolsa de urostomia de duas peças, 24

Seção 1.2 Curativo, 26

- 1.2.1 Curativo em ferida aberta, 26
- 1.2.2 Curativo de ferida operatória, 28
- 1.2.3 Curativo em inserção de cateter venoso central, 29

Seção 1.3 Aplicação de Calor e de Frio, 33

- 1.3.1 Aplicação de bolsa de água morna, 33
- 1.3.2 Aplicação de compressas mornas, 34
- 1.3.3 Aplicação de bolsa de gelo, 35
- 1.3.4 Aplicação de compressas frias, 36

Seção 1.4 Prevenção de Úlceras por Pressão, 38

Seção 1.5 Tricotomia, 44

Bibliografia, 45

Parte 2 Cuidados Nutricionais, 47

- 2.1 Administração de dieta enteral, 48
- 2.2 Administração de nutrição parenteral, 51
- 2.3 Sondagem nasoenteral, 53
- 2.4 Sondagem nasogástrica, 56

Bibliografia, 59

Parte 3 Cuidados com Eliminações, 61

Seção 3.1 Eliminações Gastrointestinais, 62

- 3.1.1 Esvaziamento e higienização da bolsa de colostomia e ileostomia, 62
- 3.1.2 Lavagem intestinal, 64
- 3.1.3 Lavagem intestinal pela colostomia, 66

Seção 3.2 Eliminações Urinárias, 69

- 3.2.1 Instalação de dispositivo para incontinência urinária masculino, 69
- 3.2.2 Lavagem da sonda vesical, 70
- 3.2.3 Sondagem vesical de alívio em homem, 71
- 3.2.4 Sondagem vesical de alívio em mulher, 73
- 3.2.5 Sondagem vesical de demora em homem, 74
- 3.2.6 Sondagem vesical de demora em mulher, 76
- 3.2.7 Verificação de diurese, 79

Bibliografia, 81

Parte 4 Cuidados Respiratórios, 83

Seção 4.1 Aspiração de Vias Respiratórias, 84

- 4.1.1 Aspiração da cânula endotraqueal, 84
- 4.1.2 Aspiração da cânula de traqueostomia, 86

Seção 4.2 Drenagem Torácica, 89

- 4.2.1 Auxílio na drenagem torácica, 89
- 4.2.2 Auxílio na retirada de dreno torácico, 90
- 4.2.3 Instalação de dispositivo para aspiração contínua em drenagem torácica, 92
- 4.2.4 Troca de frasco de drenagem torácica, 93
- 4.2.5 Troca de selo d'água do frasco de drenagem torácica, 94

Seção 4.3 Precauções, 95

4.3.1 Precauções respiratórias para aerossóis, 95

4.3.2 Precauções respiratórias para gotículas, 96

Seção 4.4 Oxigenoterapia, 97

4.4.1 Oxigenoterapia por cateter nasal, 97

4.4.2 Oxigenoterapia por inalação, 99

4.4.3 Oxigenoterapia por máscara de nebulização de Venturi, 100

Seção 4.5 Toracocentese, 102

4.5.1 Auxílio na toracocentese, 102

Bibliografia, 104

Parte 5 Verificação de Parâmetros Clínicos, 105

5.1.1 Verificação de frequência respiratória, 106

5.1.2 Verificação de glicemia capilar, 107

5.1.3 Verificação de glicosúria e cetonúria, 108

5.1.4 Verificação do peso corpóreo, 109

5.1.5 Verificação da pressão arterial, 110

5.1.6 Verificação de pressão venosa central, 113

5.1.7 Verificação do pulso apical ou da frequência cardíaca, 114

5.1.8 Verificação do pulso periférico, 116

5.1.9 Verificação da temperatura axilar, 118

5.1.10 Verificação da temperatura oral, 119

5.1.11 Verificação da temperatura retal, 120

Bibliografia, 121

Parte 6 Procedimentos Intravasculares, 123

6.1.1 Punção venosa periférica, 124

6.1.2 Retirada de cateter venoso central, 129

6.1.3 Salinização de cateter venoso periférico, 131

6.1.4 Auxílio na inserção de cateter venoso central, 134

Bibliografia, 138

Parte 7 Administração de Medicamentos, 139

7.1 Administração de medicamentos por via dermatológica, 140

7.2 Administração de medicamentos por via intradérmica, 142

7.3 Administração de medicamentos por via intramuscular, 145

7.4 Administração de medicamentos por via intravenosa, 149

7.5 Administração de medicamentos por via nasal, 153

7.6 Administração de medicamentos por via oftálmica, 155

7.7 Administração de medicamentos por via oral, 158

7.8 Administração de medicamentos por via otológica, 159

7.9 Administração de medicamentos por via peridural, 162

7.10 Administração de medicamentos por via retal, 165

7.11 Administração de medicamentos via sonda enteral, 168

7.12 Administração de medicamentos por via subcutânea, 170

7.13 Administração de medicamentos por via sublingual, 174

7.14 Administração de medicamentos por via vaginal, 176

Bibliografia, 178

Parte 8 Coleta de Material para Exames, 179

8.1.1 Coleta de escarro para exame bacterioscópico ou cultura, 180

8.1.2 Coleta de fezes para coprocultura, 181

8.1.3 Coleta de fezes para exame protoparasitológico, 182

8.1.4 Coleta de ponta de cateter intravascular para cultura, 183

8.1.5 Coleta de sangue arterial para gasometria, 185

8.1.6 Coleta de sangue venoso, 187

8.1.7 Coleta de urina para urocultura, 190

8.1.8 Coleta de urina para análise bioquímica, 192

Bibliografia, 195

Parte 9 Outros Procedimentos, 197

Seção 9.1 Auxílio na parada cardiorrespiratória, 198

9.1.1 Auxílio de enfermagem na reanimação cardiopulmonar, 198

9.1.2 Manuseio do desfibrilador externo automático, 203

Seção 9.2 Preparo do leito, 204

9.2.1 Troca de roupa de cama com o paciente no leito, 204

9.2.2 Preparo do leito para receber paciente, 205

Seção 9.3 Transporte do paciente, 206

9.3.1 Transporte do paciente da cama para a cadeira, 206

9.3.2 Transporte do paciente do leito para a maca, 207

9.3.3 Transporte intra-hospitalar de paciente grave, 208

Seção 9.4 Preparo do corpo após a morte, 210

Bibliografia, 212

Índice Alfabético, 213

Parte I Cuidados com a Pele

Seção 1.1 Higienização, 2

- 1.1.1 Banho de aspersão, 2
- 1.1.2 Banho de aspersão com ajuda, 3
- 1.1.3 Banho no leito, 4
- 1.1.4 Degermação das mãos, 6
- 1.1.5 Higienização das mãos, 6
- 1.1.6 Higienização da cânula de traqueostomia, 8
- 1.1.7 Higienização da cavidade oral do paciente acamado, 10
- 1.1.8 Higienização da cavidade oral do paciente inconsciente, 11
- 1.1.9 Higienização da região íntima feminina, 12
- 1.1.10 Higienização da região íntima masculina, 13
- 1.1.11 Higienização do cabelo e do couro cabeludo, 14
- 1.1.12 Remoção de pedículos e lêndeas, 15
- 1.1.13 Troca de bolsa de colostomia ou ileostomia de uma peça, 17
- 1.1.14 Troca de bolsa de colostomia ou ileostomia de duas peças, 19
- 1.1.15 Troca de bolsa de urostomia de uma peça, 21
- 1.1.16 Troca de bolsa de urostomia de duas peças, 24

Seção 1.2 Curativo, 26

- 1.2.1 Curativo em ferida aberta, 26
- 1.2.2 Curativo de ferida operatória, 28
- 1.2.3 Curativo em inserção de cateter venoso central, 29

Seção 1.3 Aplicação de Calor e de Frio, 33

- 1.3.1 Aplicação de bolsa de água morna, 33
- 1.3.2 Aplicação de compressas mornas, 34
- 1.3.3 Aplicação de bolsa de gelo, 35
- 1.3.4 Aplicação de compressas frias, 36

Seção 1.4 Prevenção de Úlceras por Pressão, 38

Seção 1.5 Tricotomia, 44

Bibliografia, 45

1.1.1 ■ Banho de aspersão

Objetivo

Manter a higiene e o conforto do paciente.

Aplicação

Aos pacientes internados com prescrição de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Roupas de uso pessoal, sabonete, xampu, hidratante corporal, escova de dentes, pasta de dentes, toalha de banho, roupa de cama.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare o material
- Explique o procedimento ao paciente e auxilie no preparo dos pertences pessoais
- Encaminhe o paciente para o chuveiro
- Teste a temperatura da água na face interna de seu antebraço
- Oriente o paciente quanto aos cuidados no banho
- Acompanhe o paciente durante o banho ou supervisione-o
- Auxilie o paciente a enxugar o corpo e os cabelos com uma toalha
- Encaminhe o paciente até o leito, se necessário
- Cheque na prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Oriente o paciente a usar chinelos de borracha para não escorregar durante o banho
- Sempre que possível, deixe uma cadeira para o paciente sentar-se e oriente-o quanto ao uso da campainha, caso precise de ajuda.

1.1.2 ■ Banho de aspersão com ajuda

Objetivo

Proporcionar higiene e conforto ao paciente.

Aplicação

Pacientes internados com dificuldades de locomoção.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Cadeira higiênica, roupa de uso pessoal, produtos de higiene pessoal (sabonete, escova de dentes, pasta de dentes, xampu), álcool a 70%, luva de banho, toalha e luvas de procedimento.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova privacidade e conforto ao paciente, fechando a porta e a janela do quarto
- Calce as luvas de procedimento
- Higienize a cadeira de banho passando pano e álcool a 70% e trave a mesma no lado do leito
- Retire as vestes do paciente
- Coloque o paciente cuidadosamente na cadeira
- Cubra o paciente com a toalha ou o lençol de maneira que não fique exposto
- Encaminhe o paciente para o chuveiro
- Teste a temperatura da água na face interna de seu antebraço
- Ofereça material de higiene oral ou ajude o paciente a fazê-lo
- Lave o rosto do paciente sem sabão, cuidando para que a água não atinja os ouvidos
- Lave ou auxilie o paciente a lavar o corpo e os cabelos com sabonete ou xampu, retirando-o logo em seguida
- Lave a região íntima por último
- Seque o paciente com a toalha
- Tire as luvas de procedimento
- Vista o paciente, ou então cubra-o com lençol ou toalha
- Encaminhe o paciente para o quarto
- Auxilie o paciente a ir para o leito
- Auxilie o paciente a se vestir e estimule-o a pentear os cabelos
- Deixe o paciente confortável
- Faça anotações de enfermagem na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Quando for possível, o paciente deve ser incentivado a tomar banho sozinho, mas sentado e sob observação
- Antes do banho, deve-se colocá-lo no vaso sanitário para estimular a evacuação, fazendo massagem na região abdominal
- É muito importante verificar a temperatura da água do chuveiro, para não provocar acidentes em pacientes que estejam impossibilitados de se locomover

- Os cabelos devem ser lavados, as unhas devem ser aparadas e limpas quando necessário, no mínimo 1 vez/semana
- Deve-se enxugar bem as dobras e os espaços interdigitais do paciente
- Quando houver curativos, estes devem ser feitos logo após o término do banho
- Deve-se estimular o autocuidado.

1.1.3 ■ Banho no leito

Objetivo

Proporcionar higiene e conforto ao paciente acamado e manter a integridade cutânea.

Aplicação

Aos pacientes internados e acamados.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Roupa de uso pessoal, escova de dentes ou espátula, sabonete, bacias, comadre, jarro, água morna, biombo, *hamper*, roupa de cama, luvas de procedimento, toalha de banho, creme ou solução hidratante, desodorante e pente.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Explique o procedimento ao paciente
- Prepare o material
- Coloque água morna na jarra de banho
- Teste a temperatura da água na face interna de seu antebraço
- Desocupe a mesa-de-cabeceira, e aproxime o *hamper* do leito
- Promova privacidade ao paciente colocando um biombo e fechando portas e janelas
- Calce as luvas de procedimento
- Solte a roupa de cama, deixando o paciente coberto somente com o lençol
- Desligue a dieta enteral, se houver
- Faça a higiene oral com creme dental ou antisséptico bucal
- Lave os olhos do canto interno para o externo, usando uma parte diferente do pano para cada olho
- Lave o rosto com água sem sabão, pescoço e orelhas com sabão, e retire o sabão logo em seguida, secando com a toalha logo após
- Retire as vestes do paciente e proteja-o com o lençol
- Lave as mãos do paciente, mergulhando-as na bacia com água, e seque-as em seguida
- Cubra uma metade longitudinal do corpo do paciente com um lençol ou toalha e lave a parte exposta com sabão
- Retire o sabão em seguida e seque com toalha
- Cubra a metade do corpo que foi lavada com o lençol ou toalha e lave e seque a parte que estava coberta
- Aproxime a bacia de água dos pés do paciente
- Lave e enxugue ambos os pés e retire a bacia de água
- Massageie os membros inferiores

- Vire o paciente em decúbito lateral e coloque a toalha sob as suas costas
- Lave e enxugue a parte visível das costas. Em seguida, realize massagem de conforto com creme hidratante ou óleo de amêndoas
- Retire o lençol sujo (metade), higienize o leito com álcool a 70% e coloque o lençol limpo
- Vire o paciente para o outro lado, lave a outra parte das costas e faça massagem de conforto
- Retirado o lençol sujo, faça higiene no leito com álcool a 70% e passe o lençol limpo por baixo do paciente
- Deite o paciente em decúbito dorsal e coloque a comadre para lavar a região genital (consulte Higienização da região íntima feminina, p. 12, ou Higienização da região íntima masculina, p. 13)
- Vista e penteie o paciente
- Deixe o paciente confortável
- Retire o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material para o expurgo
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, registrando o aspecto da pele na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Sempre que possível, o banho no leito deve ser feito por duas pessoas. Durante o procedimento devem ser observadas as condições da pele e das saliências ósseas, para prevenção de úlcera por pressão
- Coloque as mãos e os pés dos pacientes na água
- A água deve estar à temperatura corporal (de morna para quente)
- Verifique os sinais ou alguma anormalidade no corpo
- Interaja com o paciente durante o procedimento, evitando conversas paralelas
- Evite mãos frias e preste atenção ao tocar o corpo do paciente
- Tome cuidado para que a água não atinja os ouvidos
- Caso o paciente seja idoso, evite fricção e hidrate a pele, pois esta é mais ressecada devido à falta de oleosidade natural
- Dê o material para o paciente fazer sua higiene íntima. Caso não seja possível, proceda à higiene conforme técnica descrita.

1.1.4 ■ Degermação das mãos

Objetivo

Promover assepsia cirúrgica das mãos.

Aplicação

Antes de se realizar uma intervenção cirúrgica ou um procedimento invasivo em pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento.

Responsabilidade

Médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem.

Material

Escova descartável impregnada com PVPI ou clorexidina, e compressa esterilizada.

■ Descrição e sequência dos passos

- Retirar objetos decorativos (anéis, aliança, pulseiras, relógios etc.)
- Arregaçar as mangas até a altura do cotovelo
- Abrir a torneira sem encostar na pia
- Lavar e enxaguar as mãos para a lavagem inicial
- Abrir o pacote que contém a escova descartável
- Molhar as mãos e os braços. Manter os cotovelos curvados de modo que as mãos permaneçam mais elevadas que os cotovelos
- Iniciar a escovação pelas unhas, passando em seguida para cada lado dos dedos e o espaço interdigital, a superfície palmar, a superfície dorsal e o antebraço durante aproximadamente 5 min. Repetir na outra mão
- Enxaguar as mãos e mantê-las elevadas, para permitir que a água drene pelo cotovelo flexionado
- Enxugar as mãos com compressa esterilizada.

■ Recomendações

- Após o término da degermação, tomar cuidado para não encostar a mão em nenhum local; caso isto ocorra, realizar novamente o procedimento.

1.1.5 ■ Higienização das mãos

Objetivo

Prevenir infecções hospitalares.

Aplicação

Antes e após qualquer procedimento realizado em pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Sabão líquido ou clorexidina, papel-toalha.

■ Descrição e sequência dos passos

- Retire objetos decorativos (anéis, aliança, pulseiras, relógios)
- Arregace as mangas até a altura do cotovelo
- Abra a torneira, sem encostar na pia
- Mantenha as mãos mais baixas que os cotovelos e molhe por completo as mãos sob água corrente
- Aplique vigorosamente o sabonete líquido na quantidade recomendada pelo fabricante em toda a superfície dos punhos, mãos e região interdigital
- Esfregue firmemente, com movimentos circulares, as regiões palmares, os punhos e o dorso das mãos. Entrelace os dedos e os polegares, movendo as mãos para a frente e para trás. Continue

- promovendo atrito e fricção de modo que o sabão também entre em contato com o leito ungueal por aproximadamente 20 s
- Enxágue bem as mãos e os punhos, deixando a água escorrer dos punhos para os dedos
 - Enxugue as mãos com papel-toalha descartável
 - Feche a torneira utilizando o mesmo papel com que enxugou as mãos e, em seguida, descarte-o no lixo.

■ Recomendações

- Em unidades de maior risco de infecção, pode-se usar o PVPI degermante ou clorexidina para higienização das mãos
- Álcool em gel pode ser usado onde não houver disponibilidade de pias, ou em situações de emergência/urgência, em que a lavagem das mãos esteja dificultada, porém o álcool em gel não substitui a higienização das mãos
- As mãos devem ser lavadas antes de se iniciar qualquer procedimento com o paciente e após o procedimento, quando for manusear medicamentos e alimentos, após contato com materiais ou superfície contaminados, após sair do banheiro e sempre que terminar o trabalho
- As luvas não devem ser utilizadas em substituição à higienização das mãos; as mãos devem ser lavadas antes e após o seu uso
- Efetuar semanalmente a limpeza dos dispensadores de sabão com água e o próprio sabão e datar
- O tempo ideal para higienização das mãos é de aproximadamente 1 min (para ir até a pia, lavar as mãos durante 20 s, secar as mãos e voltar ao trabalho)
- Evitar o uso de água quente para higienização das mãos, para reduzir o risco de dermatites.

1.1.6 ■ Higienização da cânula de traqueostomia

Objetivo

Manter a cânula de traqueostomia e as vias respiratórias desobstruídas, e evitar infecção do estoma.

Aplicação

Aos pacientes traqueostomizados internados e de pronto atendimento com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, luvas de procedimento, gaze não-estéril e estéril, solução fisiológica, escova para limpeza da cânula, pinça tipo Kelly, cadarço.

■ Descrição e sequência dos passos

Antissepsia do estoma

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova a privacidade do paciente, colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Coloque o paciente em posição de semi-Fowler ou sentado, quando possível
- Calce as luvas de procedimento
- Realize a limpeza do estoma com gaze embebida em solução fisiológica
- Mantenha a almofada protetora sob a haste metálica da cânula de traqueostomia
- Deixe o paciente em posição confortável
- Retire o material e lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Guarde o material
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição e anote as condições do estoma, a quantidade e o aspecto da secreção e a reação do paciente, durante e após o procedimento, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

Fixação da cânula

- Higienize as mãos
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto
- Explique o procedimento ao paciente
- Coloque o paciente em posição de semi-Fowler ou sentada, quando possível
- Calce as luvas de procedimento
- Introduza o cadarço pelo orifício da haste da cânula de traqueostomia nos dois lados e fixe atrás do pescoço
- Deixe uma folga de aproximadamente 1 cm
- Retire e descarte o cadarço sujo
- Deixe o paciente em posição confortável

- Retire o material e lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Guarde o material
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição e anote a reação do paciente, durante e após o procedimento, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

Limpeza do intermediário da cânula metálica

- Higienize as mãos
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto
- Explique o procedimento ao paciente
- Coloque o paciente em posição de semi-Fowler ou sentada, quando possível
- Calce as luvas de procedimento
- Retire a cânula intermediária
- Introduza uma gaze embebida em soro fisiológico no lado correspondente à inserção proximal da cânula e retire no lado oposto, com o auxílio de uma pinça. Realize esse procedimento até que a gaze saia totalmente limpa ou utilize uma escova, realizando movimento de vaivém em água corrente
- Seque a cânula intermediária
- Reintroduza a cânula intermediária e gire para travar
- Mantenha a almofada protetora sob a haste da cânula de traqueostomia
- Deixe o paciente em posição confortável
- Retire o material e lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Guarde o material
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição e anote a reação do paciente, durante e após o procedimento, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Limpe o estoma traqueal e a subcânula, no mínimo de 8 em 8 h
- A cânula externa só deverá ser removida após a maturação do traqueostoma
- Após o 7º dia de pós-operatório, certificando-se de que a fístula traqueal esteja completa, o conjunto completo da cânula de traqueostomia poderá ser trocado diariamente.

1.1.7 ■ Higienização da cavidade oral do paciente acamado

Objetivo

Proporcionar higiene e conforto ao paciente, manter o estado de saúde da boca, dos dentes e das gengivas e evitar infecções endógenas.

Aplicação

Aos pacientes adultos internados e acamados.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, luvas de procedimento, toalha de rosto, escova dental macia ou espátula protegida com gase, pasta de dentes ou solução antisséptica, copo descartável com água e cuba-rim.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material necessário em uma bandeja e leve ao quarto do paciente
- Explique o procedimento e sua finalidade ao paciente
- Coloque o paciente em posição de Fowler
- Coloque uma toalha para proteger o tórax do paciente
- Calce as luvas de procedimento
- Inspecione a integridade dos lábios e a cavidade oral
- Coloque a pasta na escova de dentes ou umedeça-a com solução antisséptica
- Escove os dentes do paciente com movimentos circulares ou ofereça a escova para ele realizar o procedimento
- Ofereça um copo com água para o paciente fazer bochechos
- Coloque a cuba-rim abaixo do maxilar inferior do paciente para que ele possa descartar o conteúdo da boca
- Escove a língua com cuidado, para evitar desconforto ao paciente
- Ofereça um copo com água para o paciente fazer bochechos
- Coloque a cuba-rim abaixo do maxilar inferior do paciente para que ele possa descartar o conteúdo da boca
- Enxugue os lábios do paciente com a toalha
- Retire as luvas de procedimento
- Coloque o paciente em posição confortável
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem o procedimento realizado, registrando aspectos da cavidade oral e/ou a presença de lesões e secreções.

■ Recomendações

- Se o paciente estiver sem restrições de movimentos, deve-se oferecer o material e deixar que ele mesmo proceda à escovação
- O material deverá ser colocado sobre a mesa auxiliar e esta será posicionada próximo ao paciente, proporcionando conforto durante o procedimento

- As próteses dentárias devem ser higienizadas em água corrente com escova e pasta de dentes, e recolocadas na boca do paciente, se não houver contraindicação. Caso haja contraindicação, a prótese deverá ser entregue aos familiares ou guardada junto aos pertences do paciente
- Pacientes com plaquetopenia precisam ser submetidos a uma escovação cuidadosa com espátula e gaze, para se evitar sangramento gengival.

1.1.8 ■ Higienização da cavidade oral do paciente inconsciente

Objetivo

Proporcionar higiene e conforto ao paciente, manter o estado de saúde da boca, dos dentes e das gengivas e evitar infecções endógenas.

Aplicação

Aos pacientes adultos internados e inconscientes.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, mesa auxiliar, luvas de procedimento, toalha de rosto, cuba-rim, espátula ou escova macia, antisséptico bucal, pacote de gaze, vaselina (pomada).

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Reúna o material na mesa auxiliar
- Eleve o decúbito do paciente e coloque uma toalha para protegê-lo o tórax
- Calce as luvas de procedimento
- Coloque a cuba-rim abaixo do maxilar inferior do paciente
- Inspeccione a integridade dos lábios e a cavidade oral
- Proteja a espátula com gaze não-estéril
- Higienize os dentes com movimentos circulares, das gengivas para as bordas, com espátula ou escova macia, embebida em solução antisséptica bucal
- Higienize a língua com espátula envolta em gaze não-estéril embebida em antisséptico
- Higienize os lábios com gaze não-estéril
- Lubrifique os lábios com vaselina
- Retire as luvas de procedimento
- Coloque o paciente em posição confortável
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Realize higienização das mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem o procedimento realizado, registrando aspectos da cavidade oral e/ou a presença de lesões e secreções, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Pacientes inconscientes, intubados e em jejum oral prolongado necessitam de higiene oral com maior frequência
- Deve-se remover o excesso de antisséptico durante o procedimento, devido ao risco de aspiração.

1.1.9 ■ Higienização da região íntima feminina

Objetivo

Prevenir infecções, preparar pacientes para exame ginecológico e coleta de urina para exames.

Aplicação

Às pacientes adultas internadas ou ambulatoriais com limitações na capacidade de autocuidado.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja ou carrinho, biombo, lençol, forro, comadre, luvas de procedimento, jarro com água morna, sabonete neutro, compressa e toalha.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto da paciente
- Explique o procedimento e sua finalidade à paciente
- Coloque o material sobre a mesa-de-cabeceira
- Promova privacidade à paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Retire as vestes da paciente
- Posicione a paciente em posição ginecológica, cobrindo-a com um lençol, e eleve a cabeceira para proporcionar maior conforto
- Coloque o forro e a comadre sob a paciente
- Calce as luvas de procedimento
- Peça à paciente para testar a temperatura da água
- Se houver material fecal, remova com papel higiênico ou compressa úmida
- Separe os grandes lábios com a mão não-dominante, expondo o meato uretral e o orifício da vagina
- Derrame pequena quantidade de água sobre a vulva
- Com a compressa, ensaboe a região pubiana, a vulva e o períneo, de cima para baixo
- Enxágue e enxugue delicadamente a região perineal e perianal com uma toalha
- Retire a comadre e o forro
- Coloque as vestes na paciente
- Retire as luvas de procedimento
- Recolha o material do quarto e deixe a paciente confortável
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Realize higienização das mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem o procedimento realizado, registrando aspectos da pele e a presença de lesões e secreções, na folha de anotação de enfermagem do prontuário da paciente.

■ Recomendações

- A temperatura da água deverá estar morna
- A higiene íntima deve ser realizada sempre após as evacuações, em pacientes acamadas ou com hiperemia na região perineal ou perianal, ou antes da aplicação de medicação por via vaginal
- Se a paciente não estiver impossibilitada, poderá realizar sua higiene, sob orientação do profissional
- Deve-se baixar a grade lateral, em pacientes instaladas em cama-berço, antes de se realizar o procedimento e suspendê-la novamente quando terminar.

1.1.10 ■ Higienização da região íntima masculina

Objetivo

Prevenir infecções, preparar para exame urológico e coleta de urina para exames.

Aplicação

Aos pacientes adultos internados ou ambulatoriais com limitações na capacidade do autocuidado.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja ou carrinho, biombo, lençol, forro, comadre, luvas de procedimento, jarro com água morna, sabonete neutro, compressa e toalha.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento e sua finalidade ao paciente
- Coloque a bandeja com o material sobre a mesa-de-cabeceira
- Promova privacidade ao paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Calce as luvas de procedimento
- Retire as vestes do paciente
- Posicione o paciente em posição dorsal confortável, cobrindo-o com um lençol, e eleve a cabeceira, para proporcionar-lhe maior conforto
- Coloque o forro e a comadre sob o paciente
- Peça ao paciente para testar a temperatura da água
- Se houver material fecal, remova com papel higiênico ou compressa úmida
- Erga o pênis do paciente e derrame pequena quantidade de água na região genital
- Retraia o prepúcio
- Ensaboe, com compressa, primeiramente a cabeça do pênis e o meato uretral, utilizando movimentos circulares de dentro para fora. Enxágue
- Retorne o prepúcio à posição inicial
- Ensaboe, com compressa, o corpo do pênis de cima para baixo. Enxágue
- Instrua o paciente a afastar um pouco as pernas

- Ensaboe a bolsa escrotal e a região ao redor. Enxágue
- Enxugue delicadamente o pênis, o escroto e a região perianal com uma toalha
- Retire a comadre e o forro
- Coloque as vestes no paciente
- Retire as luvas de procedimento
- Recolha o material do quarto e deixe o paciente confortável
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem o procedimento realizado, registrando aspectos da pele e a presença de lesões e secreções, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- A temperatura da água deverá estar morna
- A higiene íntima deve ser realizada sempre após as evacuações, em pacientes acamados ou com hiperemia na região perianal
- Se o paciente não estiver impossibilitado, poderá realizar sua higiene, sob orientação do profissional
- Deve-se baixar a grade lateral, em pacientes instalados em cama-berço, antes de se realizar o procedimento e levantá-la ao terminar.

1.1.11 ■ Higienização do cabelo e do couro cabeludo

Objetivo

Promover higiene e conforto dos pacientes acamados.

Aplicação

Aos pacientes que estão impossibilitados de se locomover.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Carrinho, biombo, balde, papel-toalha, travesseiro, bacia, jarro com água morna, xampu, toalha de banho.

■ Descrição e sequência dos passos

- Reúna todo o material no carrinho e leve para o quarto do paciente
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova a privacidade do paciente, colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Calce as luvas de procedimento
- Coloque o balde ao lado da cama, no chão forrado com papel-toalha
- Retire o travesseiro e forre com plástico o espaço sob a bacia e a cabeça do paciente
- Coloque a bacia sob a cabeça do paciente
- Teste a temperatura da água com a face interna do antebraço
- Derrame a água morna do jarro sobre o couro cabeludo

- Coloque xampu nas mãos e massageie o couro cabeludo
- Derrame a água morna no couro cabeludo e nos cabelos para enxaguar
- Repita a lavagem
- Descarte a água da bacia no balde
- Retire a bacia e envolva a cabeça do paciente na toalha
- Eleve o decúbito e deixe o paciente confortável
- Seque os cabelos com a toalha, penteando-os em seguida
- Encaminhe o material e resíduos para o expurgo
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, registrando o aspecto do couro cabeludo.

■ Recomendações

- Ensaboar a cabeça com cuidado, para evitar que escorra espuma nos olhos
- Se o cabelo estiver embaraçado, passar condicionador antes do enxágue
- Caso seja necessário usar o mesmo pente em mais de uma pessoa, deve-se fazer uma desinfecção prévia, com álcool a 70%
- A temperatura da água deverá estar morna.

1.1.12 ■ Remoção de pedículos e lêndeas

Objetivo

Evitar a propagação de pedículos e proporcionar higiene e conforto ao paciente.

Aplicação

Aos pacientes internados que apresentarem pediculose e lêndeas.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Biombo, toalha, luvas de procedimento, duas toucas descartáveis, cuba-rim com pediculicida, gaze, pente-fino.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna todo o material e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Feche portas e janelas e isole o leito com biombo, se necessário
- Coloque o paciente sentado, protegendo os ombros com uma toalha
- Calce as luvas e coloque a touca descartável
- Coloque a solução do pediculicida na cuba-rim
- Divida os cabelos em partes (mechas) e aplique a solução, friccionando o couro cabeludo com gaze
- Prenda os cabelos do paciente e proteja-os com a touca descartável, esperando pela ação do pediculicida durante o tempo especificado pelo fabricante

- Encaminhe o paciente ao chuveiro para banho e lavagem dos cabelos
- Penteie os cabelos com pente-fino, para retirada de lêndeas. Repita o procedimento em 24 e 48 h
- Troque as roupas de cama e do paciente
- Coloque as roupas de cama e do paciente usadas em saco plástico fechado e identificado
- Recolha o material, deixando o paciente confortável e o quarto em ordem
- Retire as luvas de procedimento e a touca descartável
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Como os pediculicidas matam os piolhos após a aplicação, a detecção de piolhos vivos à inspeção do couro cabeludo, 24 h ou mais depois do tratamento, sugere uso incorreto, reinfecção ou resistência. Recomenda-se outro tratamento imediato com um pediculicida diferente, seguido de uma segunda aplicação 7 dias depois
- A solução medicamentosa deve ser prescrita pelo médico ou seguir padronização do hospital
- Oriente os familiares a lavarem as roupas e os pentes do paciente com água quente
- A falta de higiene e o contato com pessoas infestadas favorecem a disseminação da pediculose.

1.1.13 ■ Troca de bolsa de colostomia ou ileostomia de uma peça

Objetivo

Prevenir lesão de pele e promover higiene e conforto do portador de colostomia ou ileostomia.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento portadores de colostomia ou ileostomia.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, carro de curativo, saco de lixo branco, biombo, luvas de procedimento, gazes não-estéreis, um copo descartável com água morna, comadre, tesoura, escala de medição de estoma, acetato ou plástico, bolsa coletora de colostomia de 1 peça, caneta e presilha para fechamento da bolsa coletora.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna todo o material na bandeja e coloque no carro de curativo
- Leve o carro de curativo para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Coloque o paciente em decúbito dorsal (ou em pé, caso tenha sido retirada a bolsa anterior, durante o banho, pelo próprio paciente)
- Calce as luvas de procedimento
- Coloque as gazes não-estéreis e o copo descartável contendo água morna sobre o carrinho
- Esvazie a bolsa se houver fezes, em comadre ou no vaso sanitário
- Remova a bolsa coletora, descolando uma pequena parte do adesivo na parte superior. Em seguida, ancorando a pele com gaze úmida, descole suavemente o adesivo e a barreira protetora, de cima para baixo
- Limpe cuidadosamente, com a gaze umedecida na água, a pele ao redor das bordas e o próprio estoma, removendo todo resíduo de fezes
- Seque toda a área da pele ao redor do estoma
- Apare os pelos circunvizinhos ao estoma utilizando a tesoura, se necessário
- Meça o estoma com escala de medição de estoma ou faça um molde, colocando o acetato sobre o estoma e desenhando seu contorno
- Retire o plástico protetor da barreira da bolsa, se houver
- Desenhe o molde da medida do estoma sobre o papel protetor da barreira
- Puxe a bolsa afastando-a da barreira e recorte a barreira, de acordo com o desenho do molde
- Retire o papel que protege a barreira
- Ajuste-a ao estoma, segurando-a pela borda da barreira ou do adesivo, se houver, com a abertura voltada para baixo ou em sentido diagonal (em paciente acamado)
- Faça pressão suave sobre a barreira para melhor adesão desta à pele

- Retire o papel que protege o adesivo e faça leve pressão sobre este, para melhor aderir à pele
- Feche a abertura da bolsa coletora com a presilha, fazendo uma dobra na extremidade desta sobre a haste interna da presilha
- Retire as luvas de procedimento
- Recolha o material do quarto e deixe o paciente confortável
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, registrando o aspecto do estoma, da pele e do efluente na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Não use antisséptico nem solvente na pele ao redor do estoma; em vez desses, podem ser utilizadas gazes estéreis e solução fisiológica ou água destilada
- Se preferir, use máscara facial descartável, para proteção contra o odor
- Não é necessário material e técnica estéreis
- A bolsa deve ser trocada sempre que houver saturação da barreira protetora de pele ao redor do estoma. Nunca se deve esperar que a bolsa descole ou apresente vazamento
- A troca da bolsa de colostomia deve ser realizada a certa distância do horário das refeições
- O uso de lâmina de barbear para fazer a tricotomia da pele ao redor do estoma predispõe à formação de foliculite
- Deve-se fazer a medida do estoma deixando um espaço de 3 mm entre o estoma e a barreira protetora de pele da bolsa coletora
- Em presença de lesão de pele exsudativa ao redor do estoma (dermatites), deve-se usar barreira protetora de pele em pó, para possibilitar adesão do dispositivo coletor
- Pode-se usar barreira de pele em pasta para corrigir irregularidade da pele e em casos nos quais a aderência do dispositivo é dificultada por complicações da pele ou do estoma, ou por localização inadequada
- O suporte de alça (dispositivo que permanece até o décimo dia de pós-operatório em ostomia em alça) deve ser acomodado dentro da bolsa coletora. Deve-se atentar para que a barreira não seja colocada sobre o suporte
- A fístula mucosa (boca distal em ostomia em bocas separadas) deve ser protegida com gaze umedecida. Não há necessidade de adaptar bolsa coletora
- As presilhas de formato convexo para fechamento de bolsa coletora devem ser colocadas com a concavidade voltada para o corpo do paciente

- Aspectos a serem observados: formato do estoma, integridade da mucosa, coloração, umidade, protrusão e pontos de fixação do estoma à pele; integridade da pele; e consistência do efluente, volume/quantidade, coloração e odor.

1.1.14 ■ Troca de bolsa de colostomia ou ileostomia de duas peças

Objetivo

Prevenir lesão de pele e proporcionar conforto e bem-estar ao paciente.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com colostomia ou ileostomia.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Biombo, bandeja, carro de curativo, saco branco para lixo, luva de procedimento, gazes não-estéreis, um copo descartável com água morna, comadre, escala de medição de estoma, acetato ou plástico, caneta, tesoura, placa da bolsa coletora, bolsa coletora ajustável à placa e presilha para fechamento de bolsa coletora.

■ Descrição e sequência dos passos

- Realize a higienização das mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna todo material na bandeja e coloque no carro de curativo
- Leve o carro de curativo para o quarto do paciente
- Oriente o paciente sobre o procedimento
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Coloque o paciente em decúbito dorsal (ou em pé, caso a bolsa anterior tenha sido retirada, durante o banho, pelo próprio paciente)
- Calce as luvas de procedimento
- Coloque as gazes não-estéreis e o copo descartável contendo água morna sobre o carro de curativo
- Esvazie a bolsa, se houver fezes, na comadre ou no vaso sanitário
- Remova a bolsa coletora descolando uma pequena parte do adesivo na parte superior. Em seguida, ancore a pele com gaze úmida e descole suavemente o adesivo e a barreira protetora restante de cima para baixo
- Limpe cuidadosamente, com gaze umedecida em água, a pele ao redor, a borda e o próprio estoma, removendo todo resíduo de fezes
- Seque toda a área de pele ao redor do estoma
- Meça o estoma com escala de medição de estoma ou faça um molde, colocando o acetato sobre o estoma, e desenhe seu contorno
- Abra a embalagem da placa (barreira de pele)
- Desenhe o molde da medida do estoma sobre o papel protetor da placa
- Recorte a placa de acordo com o molde
- Retire o papel que protege a barreira de pele da placa
- Ajuste a placa ao estoma
- Faça pressão suave sobre a placa, do centro para as extremidades, para melhor adesão desta à pele

- Retire o papel de proteção do adesivo, se houver, fazendo leve pressão sobre o adesivo, para melhor aderir à pele
- Em paciente acamado, encaixe a bolsa sobre a flange da placa, segurando-a pela pestana, com a abertura voltada para baixo ou em sentido diagonal
- Faça pressão sobre o aro da bolsa coletora e a flange da placa. Na flange flotante, coloque os dedos sob esta e os polegares sobre o aro da bolsa, para finalizar o encaixe da bolsa na placa
- Feche a abertura da bolsa coletora com a presilha, fazendo uma dobra na extremidade desta sobre a haste interna da presilha
- Deixe o paciente confortável e o ambiente limpo e em ordem
- Retire o saco de lixo do carro de curativo e descarte no expurgo
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, registrando o aspecto do estoma, da pele e do efluente, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Não use antisséptico nem solvente na pele ao redor do estoma nem no estoma
- Utilize máscara facial descartável, para proteção contra o odor
- Não é necessário utilizar material e técnica estéreis, mas podem ser utilizadas gazes estéreis, soro fisiológico ou água destilada
- O tamanho da placa deve ser proporcional ao tamanho do diâmetro do estoma, ou seja, ter área suficiente de barreira para o recorte e deixar 5 mm (mínimo) de barreira entre o estoma e o aro da flange
- A bolsa deve ser trocada sempre que houver saturação da barreira protetora de pele ao redor do estoma. Nunca se deve esperar que a bolsa descole ou apresente vazamento
- A troca da bolsa de colostomia deve ser realizada a certa distância do horário das refeições
- O uso de lâmina de barbear para fazer a tricotomia da pele ao redor do estoma predispõe a foliculite
- Deve-se fazer a medida do estoma deixando-se um espaço de 3 mm entre o estoma e a barreira protetora de pele da placa
- A barreira de pele em pó deve ser usada em presença de lesão de pele exsudativa ao redor do estoma (dermatites), para possibilitar adesão do dispositivo coletor
- A barreira de pele em pasta pode ser usada para corrigir irregularidades da pele, em casos nos quais a aderência do dispositivo é dificultada por complicações da pele ou do estoma, ou por localização inadequada
- O suporte de alça (dispositivo que permanece até o décimo dia de pós-operatório nos estomas em alça) deve ser acomodado dentro

- da bolsa coletora. Deve-se atentar para que a barreira não seja colocada sobre o suporte
- A fístula mucosa (boca distal nos estomas em bocas separadas) deve ser protegida com gaze umedecida. Não há necessidade de adaptar bolsa coletora
 - As presilhas de formato convexo para fechamento da bolsa coletora devem ser colocadas com a concavidade voltada para o corpo do paciente
 - Características a serem observadas no estoma: formato, integridade da mucosa, coloração, umidade, protrusão e fixação do estoma à pele; integridade da pele; volume, quantidade, coloração, odor e consistência do efluente.

1.1.15 ■ Troca de bolsa de urostomia de uma peça

Objetivo

Prevenir lesão de pele e proporcionar conforto e bem-estar ao paciente.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com urostomia.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, carro de curativo, saco branco para lixo, luva de procedimento, gazes não-estéreis, um copo descartável com água morna, coletor de urina, tesoura, escala de medição de estoma, acetato ou plástico, bolsa coletora de urostomia de 1 peça, biombo, caneta e tesoura.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna todo material na bandeja e coloque no carro de curativo
- Leve o carro de curativo para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova privacidade ao paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Posicione o paciente em decúbito dorsal (ou em pé, caso a bolsa anterior tenha sido retirada, durante o banho, pelo próprio paciente)
- Calce as luvas de procedimento
- Coloque as gazes não-estéreis e o copo descartável com água morna sobre o carrinho
- Esvazie a bolsa no coletor de urina ou no vaso sanitário
- Remova a bolsa coletora, descolando uma pequena parte do adesivo na parte superior, ancorando a pele com gaze úmida e descolando suavemente o adesivo e a barreira protetora de cima para baixo
- Limpe cuidadosamente a pele ao redor das bordas e o próprio estoma com gaze umedecida na água, removendo todo resíduo
- Seque toda a área de pele ao redor do estoma
- Apare os pelos da pele periestomal, se necessário, com a tesoura
- Meça o estoma com a escala de medição ou faça um molde, colocando o acetato sobre o estoma e desenhando o seu contorno
- Retire o plástico protetor da barreira da bolsa, se houver

- Desenhe o molde da medida do estoma sobre o papel protetor da barreira
- Puxe a bolsa, afastando-a da barreira, e recorte a barreira, de acordo com o desenho do molde
- Retire o papel que protege a barreira
- Ajuste a bolsa ao estoma, segurando-a pela borda da barreira ou do adesivo, se houver, com a abertura voltada para baixo, ou em sentido diagonal (em paciente acamado)
- Faça pressão suave sobre a barreira para melhor aderir à pele
- Retire o papel que protege o adesivo e faça leve pressão sobre este, para melhor aderir à pele
- Feche a torneirinha de abertura da bolsa
- Retire as luvas de procedimento
- Deixe o paciente confortável e o ambiente limpo e em ordem
- Retire o saco de lixo do carro de curativo e despreze no expurgo
- Faça a desinfecção do carro de curativo com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, registrando o aspecto do estoma, da pele e da urina, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Não é necessário material e técnica estéril, mas podem ser utilizadas gazes estéreis e solução fisiológica ou água destilada
- Não se deve usar antisséptico ou solvente na pele e no estoma
- A bolsa para estoma urinário (urostomia) contém valva antirrefluxo, para impedir que a urina retorne ao estoma e cause infiltração sob a barreira. Também apresenta uma abertura com torneira de descarga, para facilitar o esvaziamento da bolsa coletora e permitir a adaptação de coletores
- Deve-se fazer a medida do estoma deixando um espaço de 3 mm entre o estoma e a barreira protetora de pele da bolsa coletora
- A bolsa coletora deve ser trocada sempre que houver saturação da barreira protetora de pele ao redor do estoma. Nunca se deve esperar que a bolsa descole ou apresente vazamento
- É recomendada a utilização de barreira protetora de pele em pasta ao redor do estoma, para aumentar a proteção da pele e a durabilidade do dispositivo, devido à característica líquida e ácida da urina
- Deve-se usar barreira protetora de pele em pó quando houver lesão exsudativa na pele na região periestomal
- A introdução de um tampão de gaze ou um absorvente interno feminino no estoma, para absorção da urina durante a troca do dispositivo, facilita o procedimento
- A urina pode causar formação de cristais de fosfato no estoma.

Recomenda-se o uso de compressa umedecida em solução de ácido peracético, na proporção de 1:3 de água, sobre o estoma, para dissolver os cristais, e também se pode utilizá-la para tratar lesões de pele ao redor do estoma, causadas pelos próprios cristais de fosfato

- O uso de lâmina de barbear para fazer tricotomia da pele ao redor de estoma predispõe à formação de foliculite
- O esvaziamento da bolsa deve ser realizado sempre que o volume de urina ocupar um terço ou no máximo metade da capacidade da bolsa coletora, desde que não prejudique a função da válvula antirrefluxo
- A adaptação de um coletor de urina de sistema fechado na bolsa coletora, nos primeiros dias de pós-operatório, facilita o cuidado. Após essa fase, recomenda-se o uso de coletor no período noturno, e mesmo de um coletor adaptável à perna, durante o dia, se o paciente preferir
- Aspectos a serem observados no estoma: formato do estoma, protrusão, umidade, integridade da mucosa e dos pontos de fixação do estoma na pele; integridade da pele; e cor, volume, odor e transparência da urina, além da presença de depósitos
- A bolsa de urostomia não permite a higienização interna, apenas a troca
- A ingesta hídrica (30 mL/kg de peso corporal nas 24 h) faz parte dos cuidados com estomas urinários, caso não haja contra-indicação.

1.1.16 ■ Troca de bolsa de urostomia de duas peças

Objetivo

Prevenir lesão de pele e promover a higiene e o conforto do portador de urostomia.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com urostomia.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Biombo, bandeja, carro de curativo, saco branco para lixo, luva de procedimento, gazes não-estéreis, um copo descartável com água morna, coletor de urina, escala de medição de estoma, acetato ou plástico, placa da bolsa coletora, caneta e tesoura.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Posicione o paciente em decúbito dorsal ou em pé (caso a bolsa anterior tenha sido retirada, durante o banho, pelo próprio paciente)
- Calce as luvas de procedimento
- Coloque as gazes e o copo com água sobre o carrinho
- Esvazie a bolsa em saco coletor ou no vaso sanitário
- Remova a bolsa coletora, descolando uma pequena parte do adesivo na parte superior. Em seguida, ancorando a pele com gaze úmida, descole suavemente o adesivo e a barreira protetora de cima para baixo
- Limpe cuidadosamente, com gaze umedecida em água, a pele ao redor das bordas e o próprio estoma, removendo todo resíduo
- Seque toda a área de pele ao redor do estoma
- Meça o estoma com escala de medida ou faça um molde, colocando o acetato sobre o estoma e desenhando seu contorno
- Abra a embalagem da placa (barreira de pele)
- Desenhe o molde da medida do estoma sobre o papel protetor da placa
- Recorte a placa de acordo com o molde
- Remova o papel que protege a barreira de pele da placa
- Ajuste a placa ao estoma
- Faça pressão suave sobre a placa, do centro para as extremidades, para melhor aderir à pele
- Remova o papel de proteção do adesivo (se houver), fazendo leve pressão sobre este para melhor aderir à pele
- Encaixe a bolsa sobre a flange da placa, segurando-a pela pestana, com a abertura voltada para baixo ou em sentido diagonal (em paciente acamado)
- Faça pressão sobre o aro da bolsa coletora e a flange da placa. Na flange flotante, coloque os dedos sob esta e os polegares sobre o aro da bolsa, para finalizar o encaixe da bolsa na placa
- Feche a torneirinha de abertura da bolsa coletora
- Retire as luvas de procedimento

- Recolha o material do quarto e deixe o paciente confortável
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, registrando o aspecto do estoma, da pele e do efluente na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- O tamanho da placa deve ser proporcional ao tamanho do diâmetro do estoma, ou seja, deve ter área suficiente de barreira para o recorte e deixar 5 mm (no mínimo) de barreira entre o estoma e o aro da flange
- A medida do estoma deve ser feita deixando-se um espaço de 3 mm entre o estoma e a barreira protetora de pele da placa
- Recomenda-se a utilização de barreira protetora de pele em pasta ao redor do estoma, para aumentar a proteção da pele e a durabilidade do dispositivo, devido à característica líquida e ácida da urina
- A barreira de pele em pó deve ser usada na presença de lesão de pele exsudativa
- O uso de lâmina de barbear para fazer a tricotomia da pele ao redor do estoma predispõe a foliculite
- O esvaziamento da bolsa deve ser realizado sempre que a urina ocupar um terço ou no máximo metade da capacidade, desde que não prejudique a função da válvula antirrefluxo
- A adaptação de coletor de urina de sistema fechado na bolsa coletora, nos primeiros dias de pós-operatório, facilita o cuidado. Após essa fase, recomenda-se o uso de coletor no período noturno, e mesmo um coletor adaptável à perna durante o dia, se o paciente preferir
- Aspectos a serem observados no estoma: formato do estoma, protrusão, umidade, integridade da mucosa e dos pontos de fixação do estoma à pele; integridade da pele; e cor, volume, odor e transparência da urina além da presença de depósitos
- Ingesta hídrica de 30 ml/kg de peso nas 24 h faz parte dos cuidados com estomas urinários, caso não haja contraindicação
- Apesar de o procedimento não ser estéril, podem ser utilizadas gazes estéreis, solução fisiológica ou água destilada.

Seção 1.2

Curativo

1.2.1 ■ Curativo em ferida aberta

Objetivo

Proporcionar o ambiente ideal para a reparação tecidual.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com ferida aberta.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja com o kit de curativo, solução fisiológica, adesivo hipoalergênico, carrinho de curativo ou mesa auxiliar, gaze estéril, seringa de 20 ml, agulha de 40 mm × 12 mm, cuba-rim, luvas de procedimento, luvas estéreis, cobertura prescrita, chumaço de algodão com gaze, compressa, fita crepe, saco para material infectante, álcool a 70%, água, sabão e papel-toalha, atadura de crepe.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Oriente o paciente sobre o procedimento
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Posicione o paciente de acordo com o local da ferida
- Realize novamente a higienização das mãos
- Abra o pacote de curativo na mesa auxiliar ou no carro de curativo
- Abra o pacote de gazes, cuba-rim, seringa, agulha, entre outros materiais necessários, e coloque no campo do curativo
- Retire o curativo anterior, descolando parte do adesivo com uma pinça do tipo dente-de-rato ou auxílio da mão enluvada, podendo umedecer a pele com gaze embebida em solução fisiológica
- Calce as luvas estéreis
- Limpe a pele ao redor da ferida com solução fisiológica
- Proceda à limpeza de acordo com a avaliação da ferida: se o tecido estiver desvitalizado, limpe com gazes e solução fisiológica a 0,9%; se o tecido estiver viável, irrigue com solução fisiológica a 0,9% em jato
- Coloque a cobertura prescrita (preencha a cavidade se a lesão for profunda)
- Oclua com gazes, chumaço ou compressa sobre a cobertura primária
- Retire a luva estéril
- Fixe com adesivo hipoalergênico (evite locais com lesões de pele) ou enfaixe com atadura de crepe (de acordo com a região do corpo)
- Deixe o paciente em posição confortável
- Retire o material utilizado com o campo, leve-o para o expurgo e despreze o material descartável em saco apropriado
- Despreze o material perfurocortante em recipiente próprio

- Faça a desinfecção da mesa auxiliar ou do carro de curativo com álcool a 70%
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%.
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, registrando o aspecto da ferida na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Princípios da terapia tópica: remover tecidos necróticos e corpos estranhos do leito da ferida, identificar e eliminar processos infecciosos, obliterar espaços mortos, absorver o excesso de exsudato, manter úmido o leito da ferida, promover isolamento térmico e proteger a ferida de traumatismos e invasão bacteriana
- É necessária a avaliação diária da ferida para o acompanhamento de sua evolução. Se houver tecido desvitalizado, pode ser preciso utilizar desbridantes, mas esta medida deve ser orientada por médico ou enfermeiro
- O desbridamento mecânico com instrumental deve ser feito somente por médico ou enfermeiro treinado
- Nas feridas em pacientes com insuficiência arterial, não se recomenda o meio úmido e desbridamento. Isso só deve ser feito sob orientação médica
- A frequência de realização do curativo é padronizada de acordo com o tecido e a quantidade de exsudato
- Utilizar solução fisiológica a uma temperatura próxima à temperatura corporal (em torno de 37°C)
- Em pacientes com incontinência, deve-se proteger a ferida de fezes ou urina
- Em úlceras causadas por pressão, todos os cuidados descritos no procedimento Prevenção de úlceras por pressão, p. 38, devem ser seguidos rigorosamente, para prevenir piora da lesão e formação de novas úlceras
- Não utilizar solventes na remoção dos adesivos
- Não se deve utilizar o lixo do paciente para descartar o material de curativo, porém, se for necessário utilizá-lo, deve-se retirá-lo imediatamente após o uso
- Para irrigar feridas com cavidade, pode ser necessário o uso de seringa conectada a um cateter
- Pode-se utilizar morim ou raiom, de acordo com a avaliação da ferida, pois são coberturas de baixa aderência sobre a lesão.

1.2.2 ■ Curativo em ferida operatória

Objetivo

Prevenir infecção no local da ferida operatória.

Aplicação

Aos pacientes internados e ambulatoriais com ferida operatória.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, mesa auxiliar, saco de lixo branco, *kit* de curativo, solução fisiológica, adesivo hipoalergênico, pacotes de gaze estéril, luva estéril.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Posicione o paciente de acordo com o local da ferida operatória
- Abra o pacote de curativo na mesa auxiliar
- Abra o pacote de gazes estéreis e coloque no campo do curativo
- Retire o curativo anterior com uma pinça do tipo dente-de-rato ou luva de procedimento e descarte-o no saco de lixo branco
- Limpe a pele ao redor da ferida cirúrgica com solução fisiológica e com pinça Kelly, ou luva estéril
- Limpe a ferida com gaze estéril embebida em solução fisiológica
- Seque a ferida e oclua com gazes estéreis
- Fixe com adesivo hipoalergênico
- Deixe o paciente em posição confortável
- Retire o material utilizado com o campo e leve-o para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, registrando o aspecto da ferida, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- O primeiro curativo (pós-operatório imediato de cirurgia limpa) deve permanecer por 48 h, se não houver contraindicação, tal como dreno ou exsudato excessivo
- A partir do terceiro dia de pós-operatório, a troca de curativo deve ser realizada diariamente. Se for observado exsudato, edema ou hiperemia, deve-se avisar imediatamente ao enfermeiro ou ao médico
- A ferida operatória deve ser avaliada diariamente quanto à necessidade de oclusão, não sendo necessário ocluir, desde que as margens da ferida estejam coaptadas

- A ferida operatória pode ser ocluída com película de poliuretano ou hidrocoloide fino, e nesse caso não é necessária a troca diária
- O dreno de Penrose é bastante utilizado com o objetivo de promover a drenagem de líquidos da cavidade. A mobilização ou retirada desse dreno deve ser orientada pelo cirurgião. O curativo do dreno de Penrose deve ser isolado do curativo da ferida operatória sempre que possível, e trocado todas as vezes em que apresentar umidade. Se necessário, deve-se colocar bolsa coletora.

1.2.3 ■ Curativo em inserção de cateter venoso central

Objetivo

Prevenir infecções no local de inserção do cateter e prevenção de saída acidental.

Aplicação

Aos pacientes internados em uso de cateter venoso central com prescrição de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, mesa auxiliar, saco de lixo branco, *kit* de curativo, PVPI alcoólico ou clorexidina alcoólica, adesivo hipoalergênico, luvas de procedimento, pacotes de gaze estéril, solução fisiológica.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna todo material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Posicione o paciente em decúbito dorsal, com o rosto voltado para o lado oposto ao da inserção do cateter
- Coloque as luvas de procedimento
- Abra o pacote de curativo na mesa auxiliar
- Retire a cobertura do curativo anterior com a pinça do tipo dente-de-rato ou luvas de procedimento
- Faça a limpeza do local de inserção do cateter com gaze estéril embebida em solução fisiológica, utilizando pinça Kelly ou luva estéril
- Seque o local com gaze estéril
- Passe PVPI alcoólico ou clorexidina na inserção e extensão do cateter
- Seque e cubra com gaze dobrada específica para cateter central
- Com adesivo hipoalergênico, fixe o curativo e o cateter na pele
- Anote no adesivo a data de realização do curativo
- Deixe o paciente em posição confortável
- Retire o material e leve para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem e faça anotação sobre o aspecto do curativo, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- A troca de curativo do cateter venoso central deve ser realizada diariamente. Se forem observados edema ou hiperemia no local de inserção do cateter, deve-se comunicar imediatamente ao enfermeiro ou ao médico
- O cateter pode ser ocluído com película de poliuretano. Para isso, devem-se utilizar películas desenvolvidas especificamente para essa finalidade, para evitar acúmulo de umidade.

Tabela 1.2.3.1 Coberturas para curativos.

Alginato de cálcio	
Composição	Alginatos são polissacarídeos derivados do ácido algínico que, por sua vez, é obtido principalmente de algas marinhas da espécie <i>Laminaria</i> . São utilizados há algumas décadas devido às suas propriedades hemostáticas
Ação	O sódio do exsudato e o cálcio do alginato sofrem troca iônica, formando um gel solúvel de alginato de sódio. Esse gel não adere à ferida. A geração de íon livre de cálcio amplifica a cascata de coagulação, conferindo propriedade hemostática
Apresentação	Em placa ou fita. Pode-se reparti-lo para moldá-lo ao tamanho da ferida
Indicação	Feridas exsudativas, uma vez que o exsudato é necessário para transformar o alginato em gel. É utilizado no tratamento de feridas abertas, tais como deiscência de ferida cirúrgica e úlceras, entre outras
Contraindicação	Feridas com pouco exsudato
Recomendações	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É classificado como cobertura primária, sendo necessária uma cobertura secundária ▪ O alginato só precisa ser trocado quando estiver bem saturado ▪ O gel emite um odor forte e tem aparência purulenta, que não deve ser confundida com infecção
Carvão ativado (impregnado com prata)	
Composição	Cobertura estéril, composta de tecido de carvão ativado impregnado com prata, envolvido externamente por invólucro de material poroso feito de fibras de náilon, selado em toda a sua extensão
Ação	Um sistema de poros no tecido é capaz de reter bactérias, que são inativadas pela ação da prata, diminuindo a contagem bacteriana e, em consequência, os odores desagradáveis
Indicação	Feridas infectadas ou colonizadas, com drenagem de exsudato moderado ou abundante
Contraindicação	Feridas secas e recobertas por escara. Em lesões com pouco exsudato, o carvão ativado pode aderir e causar sangramento durante sua remoção, principalmente nas áreas com tecido de granulação
Recomendações	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É uma cobertura primária e requer cobertura secundária, em geral gazes, que devem ser trocadas diariamente ou mais de uma vez por dia. Note que o carvão deverá ser trocado assim que alcançar o ponto de saturação ▪ Não deve ser cortado, devido ao risco de dispersão de partículas de carbono no leito da ferida, que funcionarão como corpos estranhos.

Tabela 1.2.3.1 Coberturas para curativos (*continuação*).

Película de poliuretano	
Composição	Cobertura estéril, composta por película transparente de poliuretano com espessura de 0,2 mm, semipermeável, ou seja, tem permeabilidade a gases como oxigênio, gás carbônico e vapor de água, e é impermeável a líquidos e bactérias. A película tem propriedade elastomérica e é distensível, sendo, portanto, facilmente adaptável a áreas de contorno do corpo. É constituída de adesivo acrílico hipoalergênico, que permite aderência somente à pele íntegra e não adere à superfície úmida, evitando-se traumatismo durante a sua retirada
Ação	As películas de poliuretano reduzem a dor e promovem a epitelização das feridas, por manter o meio úmido. São versáteis, e podem ser utilizadas como coberturas primárias ou secundárias. Devido à sua transparência, possibilitam a inspeção contínua da ferida ou a visualização da inserção de cateteres
Indicação	Tratamento de feridas superficiais minimamente exsudativas, proteção de feridas cirúrgicas sem complicações, fixação de cateteres; como curativo secundário, prevenção de lesões de pele por umidade excessiva ou atrito (p. ex., úlcera por pressão e lacerações)
Contraindicação	Feridas infectadas ou exsudativas
Recomendações	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deve ser colocada 1 a 2 cm além da margem da ferida ▪ A cobertura deve ser avaliada diariamente, podendo permanecer no local por tempo indeterminado quando em uso profilático de lesões de pele, e deve ser trocada quando houver acúmulo de exsudato ou descolamento do mesmo. Se for manipulado de maneira incorreta, pode aderir a si próprio ▪ Para uso em cateteres, deve-se utilizar as películas desenvolvidas especificamente para essa finalidade, a fim de se evitar acúmulo de umidade nos cateteres.
Hidrocoloide	
Composição	Cobertura estéril, composta por espuma externa ou película de poliuretano (permeável ao vapor) unida a um material interno, mais comumente carboximetilcelulose, gelatina e pectina
Ação	Em contato com a ferida, o hidrocoloide interage com o exsudato para formar um gel. Esse gel cria um meio úmido na superfície da ferida, que estimula a síntese do colágeno e acelera o crescimento e a migração das células epiteliais. O gel evita a aderência à ferida e proporciona alívio da dor, por manter úmidas as terminações nervosas. A camada impermeável à água e a gases promove isolamento térmico e meio hipóxico, que estimula a angiogênese. A inibição do crescimento bacteriano é potencializada pelo microambiente ácido promovido pela oclusão com esse polímero. O meio úmido desencadeia a ação das enzimas que liquefazem o tecido necrótico
Indicação	O hidrocoloide em placa é indicado para feridas superficiais com pequeno volume de exsudação
Apresentação	Em placa (com diferentes espessuras e tamanhos), pasta ou pó. Associação do hidrocoloide ao alginato de cálcio, ampliou sua indicação para feridas mais profundas e com exsudato moderado. Além deste, o hidrocoloide fino tem melhores conformabilidade e transparência, possibilitando observação da ferida sem a necessidade de remoção do curativo; essa versão é bem apropriada para a prevenção de infecções

(continua)

Tabela 1.2.3.1 Coberturas para curativos (continuação).

Recomendações	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não se recomenda a utilização de hidrocoloides em ferida clinicamente infectada. No entanto, foi introduzida no mercado nacional uma modalidade de hidrocoloide associado a prata para ser utilizada em feridas altamente colonizadas e infectadas, a qual deve ser utilizada com indicação precisa ▪ Ao aplicar a cobertura, deve-se assegurar margem de aproximadamente 2 cm, para aderir à pele íntegra. As trocas são simples e relativamente indolores. A cobertura pode permanecer por até 7 dias, dependendo da avaliação diária, e deve ser trocada quando houver extravasamento do gel ou descolamento das bordas ▪ O gel criado pelo curativo pode ter aspecto característico e odor acentuado e não deve ser confundido com infecção
Hidrogel	
Composição	É um gel transparente formado por redes tridimensionais de polímeros e copolímeros hidrofílicos compostos de água (78 a 96%), uretanos, polivinil pirrolidona (PVP) e polietilenoglicol
Ação	Reduz significativamente a dor, proporcionando uma sensação refrescante devido à sua elevada umidade, que evita a desidratação das terminações nervosas. Esse ambiente ajuda na autólise, ou seja, amolece e hidrata tecidos desvitalizados, facilitando sua remoção. Em feridas sem tecido desvitalizado, propicia o meio ideal para a reparação tecidual
Apresentação	Disponível em forma de placa e de gel amorfo, e requer a utilização de cobertura secundária
Indicação	É indicado em feridas com perda tecidual parcial ou profunda, feridas com tecido necrótico e com pouco exsudato
Contraindicação	Devido à reduzida capacidade de absorção, é contraindicado em feridas exsudativas. No entanto, existem alguns produtos que associam o hidrogel ao alginato de cálcio, o que amplia seu uso para feridas com exsudato moderado
Recomendação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ As trocas devem ser realizadas em 1 a 3 dias
Papaína	
Composição	Enzima proteolítica de origem vegetal extraída da <i>Carica papaya</i> . Trata-se de um pó de cor leitosa, com odor forte e característico. É solúvel em água e glicerol, mas praticamente insolúvel em álcool, éter e clorofórmio. É inativada ao reagir com reagentes oxidantes como ferro, oxigênio, derivados do iodo, água oxigenada e nitrato de prata
Apresentação	Em pó (para preparo como solução em várias concentrações) e pomada.
Ação	A solução de papaína a 2% promove a granulação e epitelização da ferida, e a concentração a 10% está indicada no desbridamento de tecido desvitalizado
Indicação	Feridas abertas, infectadas ou não. É utilizada para amolecimento e remoção de tecido desvitalizado
Recomendações	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Por ser uma enzima de fácil deterioração, deve ser mantida em lugar fresco, seco, ventilado e protegido da luz. É armazenada em geladeira para maior segurança da manutenção de sua estabilidade ▪ Em forma de pó, a solução deve ser preparada imediatamente antes da realização do curativo, em concentrações que variam de acordo com a característica da ferida ▪ Estudos afirmam que a papaína não danifica os tecidos íntegros graças à ação da antiprotease plasmática, mas deve-se ter precaução com o produto da digestão desta enzima — ou seja, o exsudato da ferida que contém esta substância pode irritar a pele íntegra, sendo necessárias trocas frequentes de curativos, para evitar lesões na pele ao redor da ferida ▪ Deve ser usada com cautela em feridas que sangram com facilidade

Seção 1.3

Aplicação de Calor e de Frio

1.3.1 ■ Aplicação de bolsa de água morna

Objetivo

Facilitar a circulação, ao promover a dilatação dos vasos sanguíneos; diminuir a dor e o edema local.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento, com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bolsa de borracha, água morna, toalha e bandeja.

■ Descrição e sequência dos passos

- Verifique a prescrição médica e de enfermagem (o local e a duração)
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Encha a bolsa de borracha com água morna, até completar 2/3 da capacidade da bolsa
- Retire o ar da bolsa, colocando-a sobre uma superfície plana e erguendo o gargalo, fazendo aparecer a água por meio de compressão gradual
- Feche a bolsa com a tampa e seque-a externamente
- Verifique se há vazamento, invertendo a posição da bolsa
- Reúna todo o material em uma bandeja e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Envolve a bolsa com uma toalha
- Coloque a bolsa na face interna de seu antebraço, para verificar a temperatura
- Aplique no local indicado
- Troque a água da bolsa à medida que ocorra perda de calor emitido
- Retire a bolsa quando terminar a aplicação
- Deixe o paciente confortável
- Mantenha o ambiente organizado
- Esvazie a bolsa, deixando escorrer a água
- Realize a limpeza externa com água e sabão e enxugue a bolsa
- Encha a bolsa de ar, para evitar que as paredes colabem
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem o procedimento realizado, registrando o horário da aplicação, as condições do paciente e as condições das regiões de aplicação, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- A temperatura da água deve estar morna

- Indicações: artralgias, espasmo muscular, extravazamento de alguns fármacos (quimioterápicos), drenagem de abscessos e contratura muscular
- Em alguns casos de retenção urinária, pode-se colocar bolsa de água morna na região suprapúbica para relaxamento da musculatura, o que induz à micção espontânea
- Pode ser utilizada bolsa contendo gel, aquecida em água morna.

1.3.2 ■ Aplicação de compressas mornas

Objetivo

Facilitar a circulação do sangue e diminuir o edema local.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Pacote de compressas grandes (não-estéreis), bacia, bandeja, água morna, toalha, roupas de banho, luvas de procedimento, carrinho de banho e biombo.

■ Descrição e sequência dos passos

- Verifique a prescrição médica e de enfermagem
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare o material necessário
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Calce as luvas de procedimento
- Coloque a água quente na bacia
- Teste a temperatura da água na face interna de seu antebraço
- Prepare o paciente, expondo os locais de aplicação
- Embeba as compressas na água morna
- Retire o excesso de água das compressas torcendo-as
- Aplique as compressas no local indicado, cobrindo-as com uma toalha, para evitar perda rápida de calor
- Troque as compressas assim que começarem a esfriar, substituindo-as por outras quentes
- Repita as aplicações até que se complete o tempo indicado
- Observe as condições da pele durante todo o processo e fique atento a anormalidades
- Enxugue a área de aplicação e, se necessário, troque a roupa de cama após a aplicação
- Deixe o paciente confortável
- Retire as luvas de procedimento
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Descarte as compressas no *hamper* de roupa suja
- Lave a bacia com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%

- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, registrando as condições clínicas do paciente, a colocação e o aspecto da pele, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente
- Não exceda ao tempo de exposição recomendado.

■ Recomendações

- A aplicação de compressas quentes tem como finalidade relaxar a musculatura, aliviar a dor, aumentar a circulação sanguínea e a temperatura local
- Em casos de extravasamento de quimioterápico antineoplásico alcaloide da vinca, está indicada a aplicação de compressas mornas.

1.3.3 ■ Aplicação de bolsa de gelo

Objetivo

Promover vasoconstrição, diminuir hemorragias, congestão e a inflamação, baixar a temperatura corporal, aliviar a dor e reduzir o edema.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento, com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, toalha, gelo, bolsa de gelo.

■ Descrição e sequência dos passos

- Verifique a prescrição médica e de enfermagem (o local e a duração)
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Coloque o gelo na bolsa até 1/3 de sua capacidade
- Apoie a bolsa sobre uma superfície plana, comprimindo-a e erguendo o gargalo, para retirar o ar do interior
- Feche hermeticamente a bolsa com a rolha e inverta a posição, observando se há vazamento
- Reúna o material e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Prepare o paciente, expondo os locais de aplicação
- Envolve a bolsa com a toalha e coloque-a sobre a área prescrita
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada
- Esvazie a bolsa, realize a limpeza externa com água e sabão e enxugue-a, ao final da aplicação
- Encha a bolsa de ar, para evitar que as paredes colabem
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, registrando o horário da aplicação, as condições do paciente e as condições das regiões de aplicação, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Trocar o posicionamento da bolsa a cada 5 min ou quando a pele mudar de coloração, durante meia hora
- Verificar sinais de desconforto e/ou as condições da pele do paciente
- Em casos de extravasamento de líquidos para o tecido subcutâneo, fazer a aplicação nas primeiras 24 h
- Indicações: edema, hematoma, contusões e torções, sangramento ativo, rompimento de ligamentos ou estiramento de músculos
- Pode ser utilizada bolsa com gel, mantida no *freezer* ou no congelador.

1.3.4 ■ Aplicação de compressas frias

Objetivo

Baixar a temperatura corporal.

Aplicação

Aos pacientes internados com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Pacote de compressas grandes (não-estéreis), bacia, água fria, luvas de procedimento, carrinho de banho, toalha, roupa de cama e bandeja.

■ Descrição e sequência dos passos

- Cheque na prescrição médica ou de enfermagem (o local e a duração)
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare o material necessário, colocando-o no carrinho de banho, e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Calce as luvas de procedimento
- Coloque água fria na bacia
- Prepare o paciente, expondo os locais de aplicação
- Embeba as compressas na água fria
- Retire o excesso de água das compressas, torcendo-as
- Aplique nas regiões axilar, inguinal, frontal e posterior do pescoço
- Troque as compressas a cada 3 min durante meia hora, observando as condições da pele
- Enxugue o paciente e troque a roupa de cama após a aplicação
- Meça a temperatura
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Despreze as compressas no *hamper* de roupa suja
- Lave a bacia com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%

- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque e anote o procedimento realizado, registrando se houve redução da temperatura, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- A aplicação de compressas frias está indicada para pacientes com hipertermia. Deve ser realizada nas regiões axilar, inguinal e frontal
- Em pacientes com temperatura elevada a 39 a 40° e persistente (que não cede com medicamentos), podem ser realizadas compressas frias no corpo inteiro
- Compressas de frio úmido são também indicadas na região frontal ou sobre os olhos para diminuir a congestão e dor de cabeça
- Em casos de extravasamento de quimioterápico antineoplásico, devem-se realizar compressas frias para todos os fármacos, exceto os alcaloides da vinca, quando se usam compressas mornas.

Seção 1.4

Prevenção de Úlceras por Pressão

Objetivo

Prevenir o desenvolvimento de úlceras por pressão.

Aplicação

Aos pacientes adultos ou crianças de 12 a 18 anos com risco de desenvolver úlceras por pressão.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Escala de Braden (Tabela 1.4.1), hidratantes, cremes, óleos, roupas de cama, sabonete, poltrona, andador, muletas, colchão piramidal, película transparente, placa de hidrocoloide.

■ Descrição e sequência dos passos

- Aplique a escala de Braden (Tabela 1.4.1, p. 42) e classifique o paciente que está em risco de desenvolver úlcera por pressão.
- Inspecione a pele (regiões de proeminência óssea) diariamente para identificar alterações.

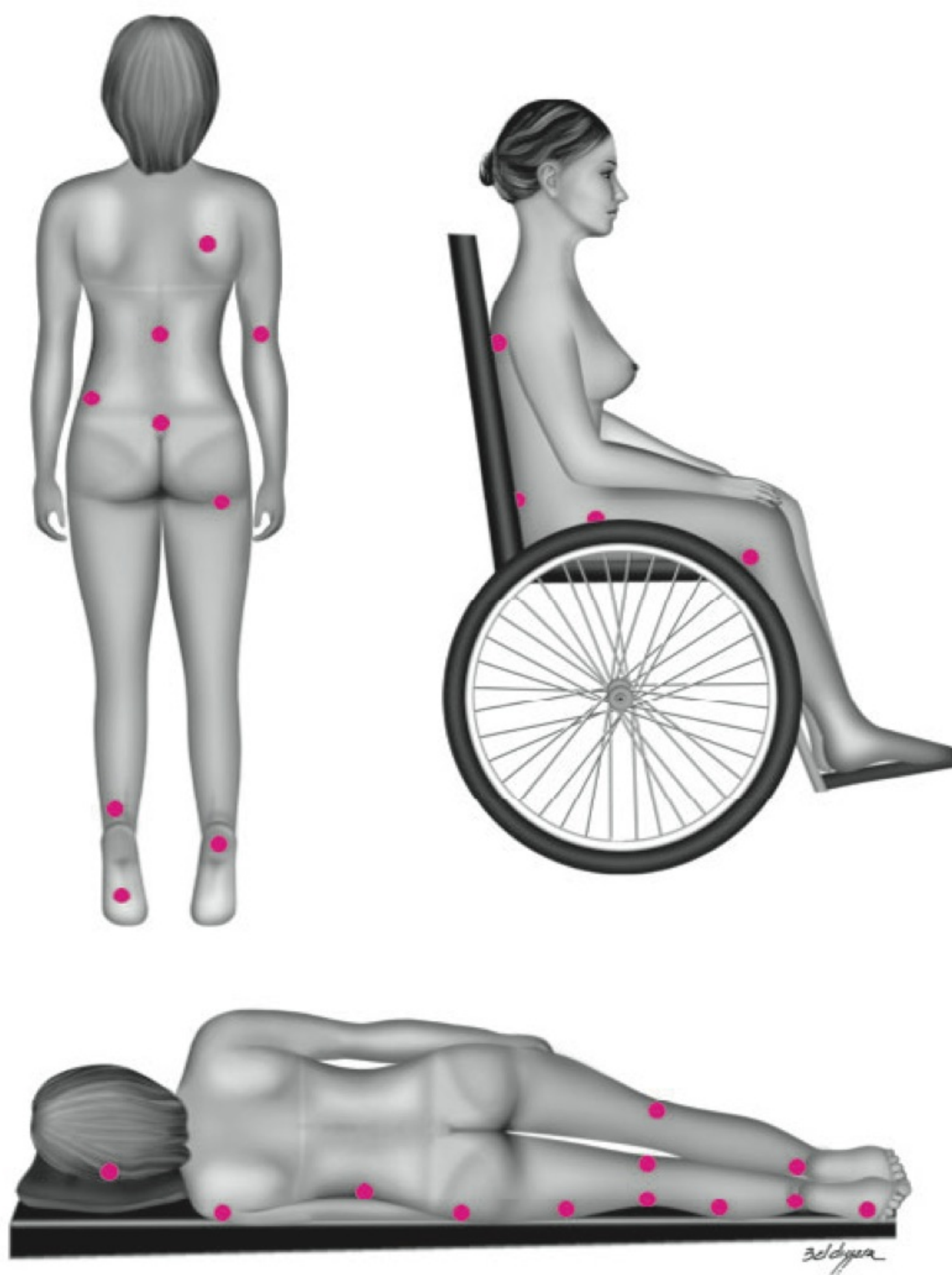


Figura 1.4.1 Regiões de proeminência óssea.

- Estadie a úlcera, de acordo com o NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel), e nos estágios II, III e IV siga os cuidados descritos no procedimento Curativo em ferida aberta, p. 26.

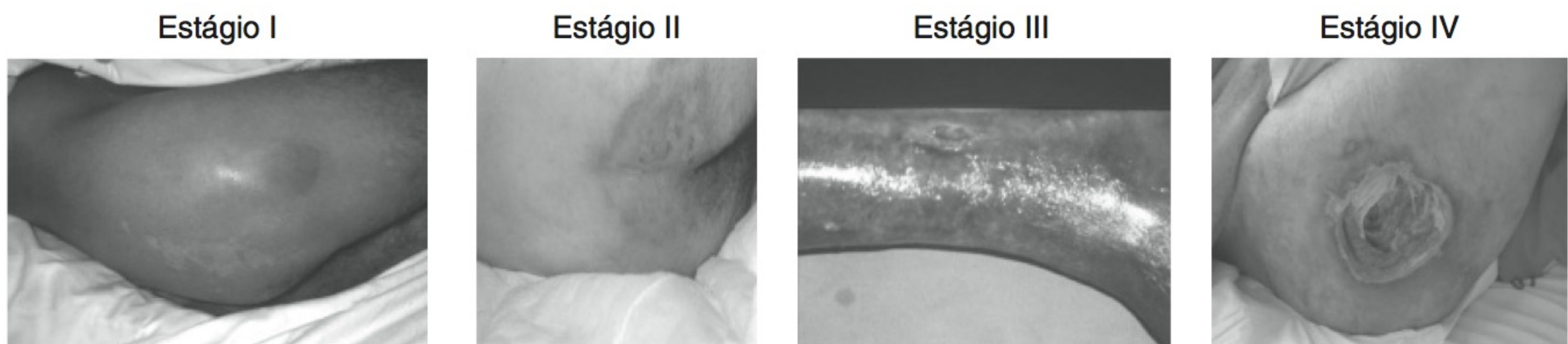


Figura 1.4.2 Estadiamento das úlceras por pressão. Estágios I, II, III e IV. Estas fotos estão reproduzidas em cores na segunda orelha da capa deste livro.

- Mantenha a pele limpa e hidratada
- Não massageie proeminências ósseas e passe hidratante no corpo após o banho, sem friccionar
- Mantenha limpas as roupas de cama
- Realize mudanças de decúbito a cada 2 h, nos pacientes acamados, seguindo uma rotação programada e individualizada, sempre associada ao uso de superfície de alívio de pressão
- Durante a realização da mudança de decúbito, evite apoiar o paciente sobre as lesões e evite o contato direto entre as proeminências ósseas
- Eleve a cabeceira do leito o mínimo possível, se não houver contraindicação. Se necessário, a elevação não deve ultrapassar 30°. Isto também se aplica ao decúbito lateral. Posicionando o paciente a 30°, evita-se a pressão sobre as proeminências ósseas, diminuindo o risco do desenvolvimento de úlceras por pressão nos trocânteres

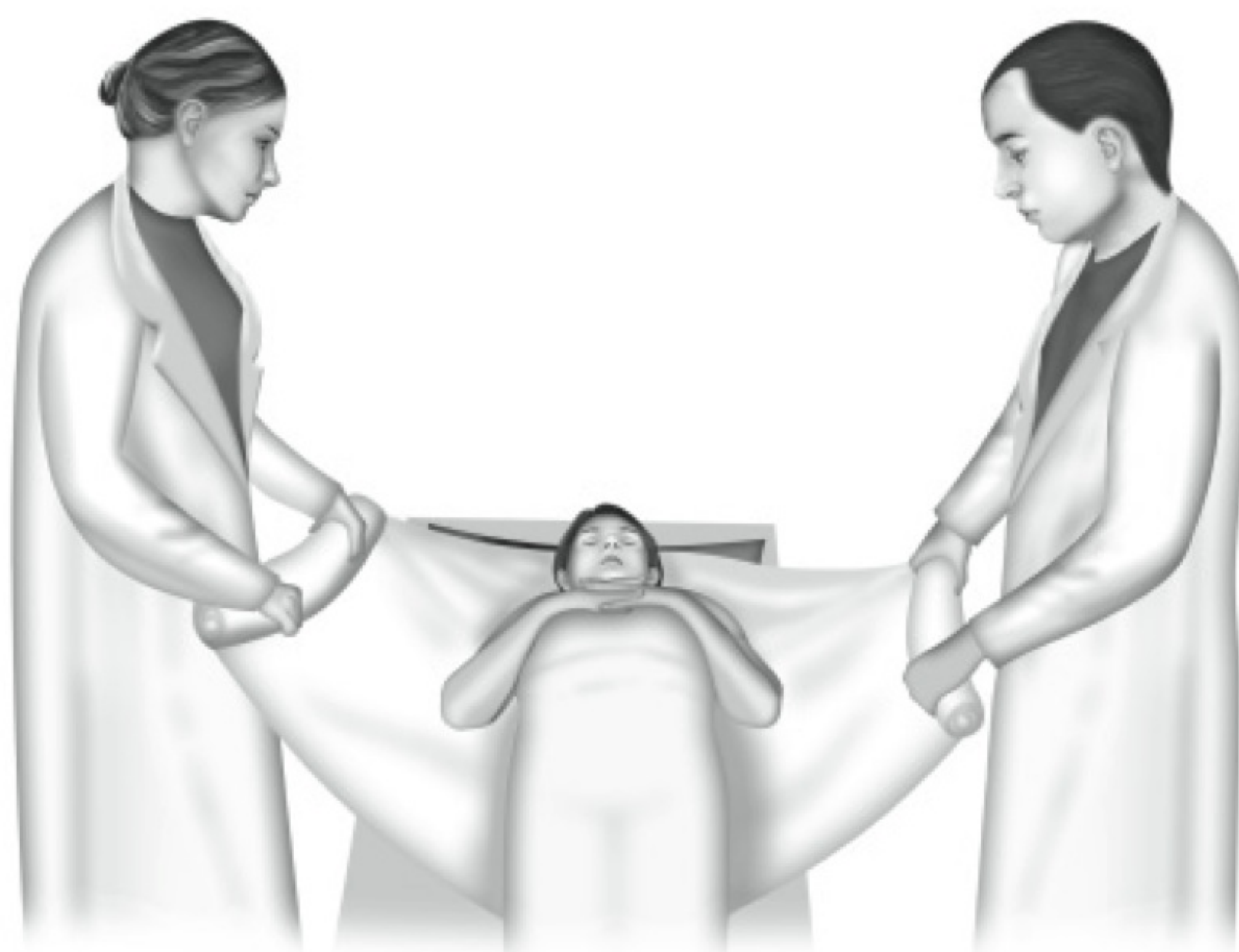
Figura 1.4.3
Decúbito lateral com inclinação de 30°.



- Mantenha o alinhamento corporal, a distribuição do peso e o equilíbrio do paciente, evitando arrastá-lo. Ao realizar as mobilizações, reduza as forças tangenciais e o atrito

Figura 1.4.4

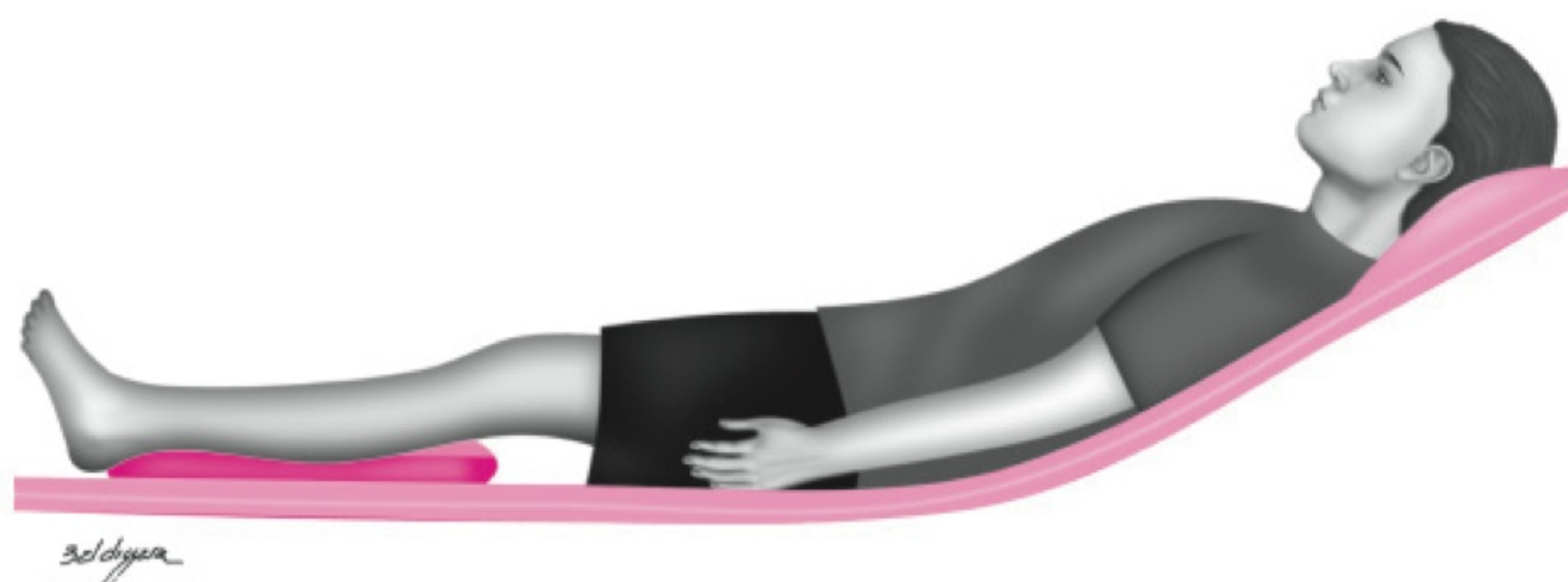
Mobilização do paciente com manutenção do alinhamento corporal, da distribuição do peso e do equilíbrio do paciente.



- Mecanismos para alívio de pressão
 - o colchão piramidal deve ter no mínimo 6 cm de espessura
 - devem-se usar almofadas quadradas com “células” de espuma, água, gel, entre outros materiais (não se devem utilizar almofadas em forma de boia)
 - elevar os calcâneos com coxins na panturrilha (travesseiro, almofada, espuma piramidal)

Figura 1.4.5

Elevação dos calcâneos.



- No banho, utilizar sabão cujo pH seja próximo ao da pele
- Na presença de lesões de pele e de incontinência urinária ou fecal, deve-se proteger a ferida de fezes ou urina
- Controlar a ação das fezes ou da urina na pele íntegra de pacientes incontinentes por meio de
 - incontinência urinária: uso de cateter uretral externo (homens), fraldas absorventes, protetores de pele (como película transparente ou hidrocoloide em placa)
 - incontinência anal: adequação da dieta, uso de protetores de pele, fraldas e absorventes
- Administrar dieta adequada e estimular a ingestão de líquidos, se não houver contraindicação e, se necessário, solicitar avaliação de um nutricionista
- Realizar movimentação passiva dos membros

- Sentar o paciente e, a cada 15 a 30 min, mudá-lo de posição na poltrona (levantá-lo e sentá-lo novamente)
- Estimular a deambulação precoce.

■ Recomendações

- A aplicação da escala de Braden é atividade exclusiva do enfermeiro
- A escala de Braden deve ser aplicada por ocasião da admissão de todos os pacientes das unidades de internação de adultos e em crianças de 12 a 18 anos. No período de internação, deve ser realizada semanalmente e/ou a cada mudança do estado clínico.

■ Classificação das úlceras por pressão | NPUAP

As úlceras são diagnosticadas visualmente e podem ser classificadas de acordo com o grau de comprometimento tecidual observado. Esta classificação foi baseada em trabalhos de Shea e estabelecida em consenso na Conferência do National Pressure Ulcer Advisory Panel.

As medidas preventivas devem ser individualizadas e prescritas de acordo com os riscos identificados na escala.

Estágio I. A UP é definida como um eritema persistente da pele intacta. O eritema permanece, além de 30 min, após o alívio da pressão. Ferreira e Calil também a denominam pré-úlcera, por considerarem que ainda não se estabeleceu uma solução de continuidade. Em pacientes de cor negra, esse estágio é difícil de detectar. Nesses casos, deve-se observar edema, enduração, descoloração e calor local.

Estágio II. Caracteriza-se por perda parcial da pele que envolve a epiderme e/ou a derme. A úlcera é superficial e apresenta-se clinicamente como abrasão, bolha ou ferida superficial.

Estágio III. Observa-se perda total da pele, o que implica lesão ou necrose do tecido subcutâneo, que pode estender-se abaixo, mas não pela fáscia subjacente, pelos ossos ou tendões. Esse tipo de úlcera é o que mais envolve a destruição do tecido subcutâneo e adiposo, podendo haver formação de exsudato e infecção.

Estágio IV. Nesse estágio, ocorre perda total da pele com extensa destruição, necrose do tecido ou lesão em músculo, ossos ou estruturas de sustentação, como tendões e a cápsula articular, entre outros.

Nos estágios III e IV, pode-se observar a formação de cavernas, túneis ou trajetos sinuosos. As úlceras cobertas por tecido necrótico, que varia de branco-amarelado, passando por cinza, esverdeado e amarronzado, até preto endurecido e totalmente desidratado, denominado escara, não podem ser classificadas nem estadiadas até que todo o tecido desvitalizado tenha sido removido e seja possível a visualização do leito das lesões e das camadas de tecido comprometidas.

Figura 1.4.6

Úlcera por pressão com tecido necrótico. Esta foto está reproduzida em cores na segunda orelha da capa deste livro.

**Tabela 1.4.1** Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras por pressão.

Pontuação para cada condição a ser avaliada				
Condição	1	2	3	4
Percepção sensorial Capacidade de reagir significativamente a pressão relacionada com o desconforto	Totalmente limitado Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido a nível de consciência diminuído ou a sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo	Muito limitado Só reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto, exceto mediante gemido ou agitação. Ou apresenta alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo	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 certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em um ou dois membros	Nenhuma limitação Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade Nível de exposição da pele à umidade	Completamente molhada A pele se mantém molhada quase constantemente por transpiração, urina etc. A umidade é detectada à movimentação do paciente	Muito molhada A pele está frequentemente, mas nem sempre, molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	Ocasionalmente molhada A pele fica ocasionalmente molhada, requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	Raramente molhada A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina
Atividade Nível de atividade física	Acamado Confinado ao leito	Confinado à cadeira Capacidade de andar está gravemente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para se sentar	Anda ocasionalmente Anda ocasionalmente durante o dia, embora por distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno no leito ou na cadeira	Anda frequentemente Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes/dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 h, durante as horas em que está acordado

(continua)

Tabela 1.4.1 Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras por pressão (continuação).

Mobilidade Capacidade de mudar e de controlar a posição do corpo	Totalmente imóvel Não faz nem mesmo pequenas mudanças de posição do corpo ou dos membros sem ajuda	Bastante limitado Faz de vez em quando pequenas mudanças de posição do corpo ou dos membros, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho	Levemente limitado Faz mudanças frequentes, embora pequenas, de posição do corpo ou dos membros sem ajuda	Não apresenta limitações Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição Padrão usual de consumo alimentar	Muito pobre Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. É mantido em jejum ou com dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	Provavelmente inadequado Raramente come uma refeição completa e em geral ingere cerca de metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Às vezes aceita um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	Adequado Come mais de metade da maioria das refeições. Consome um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Às vezes recusa uma refeição, mas geralmente aceita tomar um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou por regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	Excelente Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Às vezes come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Atrito e cisalhamento	Problema Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Constantemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando de frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação levam a atrito quase constante	Problema potencial Move-se sem vigor, ou requer mínima assistência. Durante o movimento pode ocorrer certo atrito da pele com o lençol, a cadeira, contenções ou outros objetos. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas às vezes escorrega	Nenhum problema Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	
Pontuação por coluna				
Total				
Graduação do risco				
6 a 9 Risco altíssimo	10 a 12 Risco alto	13 a 14 Risco moderado	15 a 18 Risco leve	19 a 23 Sem risco
Copyright © Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989. Validada no Brasil por Paranhos e Santos (1999).				

Seção 1.5

Tricotomia

Objetivo

Preparar a pele para facilitar a execução de alguns procedimentos.

Aplicação

Em pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento submetidos a procedimentos invasivos.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, tesoura, aparelho de tricotomia (barbeador elétrico), saco de lixo, luvas de procedimento e biombo.

■ Descrição e sequência dos passos

- Reúna todo o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Explique ao paciente o procedimento e sua finalidade
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Verifique a área a ser tricotomizada, de acordo com o procedimento a ser executado
- Separe o aparelho de tricotomia (barbeador elétrico)
- Calce as luvas de procedimento
- Oriente o paciente a assumir uma posição confortável e adequada ao preparo da pele
- Exponha somente a área a ser tricotomizada
- Remova os pelos maiores com tesoura, antes de iniciar o procedimento com o barbeador elétrico, caso seja necessário
- Com uma das mãos, estique a pele com tração suave em direção oposta à raspagem e, com a outra mão, movimente o aparelho no sentido da inserção dos pelos, com movimentos firmes e regulares
- Descarte no saco de lixo os pelos cortados
- Recolha o material do quarto e deixe o paciente confortável
- Retire as luvas de procedimento
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Verifique e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Deve-se realizar a tricotomia imediatamente ou até 2 h antes da cirurgia e/ou do procedimento, de preferência no centro cirúrgico
- É recomendado o uso de barbeador elétrico sempre que possível, pois a utilização de lâmina aumenta o risco de infecção.

Bibliografia

- AHCPR — Agency for Health Care Policy and Research. Clinical Practice Guideline nº 3. *Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention*. U.S. Department of Health and Human Services. Publication nº 92-0047, May, 1992.
- Barichello E. *Proposta de protocolos de cuidados com a traqueostomia do laringectomizado* (dissertação de mestrado). EERP-USP, 2002.
- Blanes L. Tratamento de feridas. In: Baptista-Silva JCC (ed.) *Cirurgia vascular — guia ilustrado*. São Paulo, 2004. Disponível em. URL. <http://www.bapbaptista.com>
- Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50(2);178-81.
- Blanes L, Yoshitome AY, Ferreira LM. *Úlcera por pressão. Utilizando instrumentos de avaliação de risco como estratégia para a prevenção*. Estima 2003;1(3);37-45.
- Carmagnani MS *et al*. *Manual de procedimentos básicos de enfermagem*. São Paulo: Interlivros, 1995.
- Gouveia VLC, Cesaretti IUR. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- Hortense FTP. *Cuidados específicos com a traqueostomia*. São Paulo: Estima. Volume 5, pp. 39–45, 2007.
- Horwita JR, Chwals WJ, Doski JJ, Suescun EA, Cheu HW, Lally KP. *Pediatric wound infections. A prospective multicenter study*. *Ann Surg*. 1998; 227.553-8.
- Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC. *CDC Guidelines for prevention of surgical site infection*, 1999. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 1999; 20(4);227-80.
- Medeiros EAS, Wey SB, Guerra CM. *Diretrizes para a prevenção e o controle de infecções relacionadas com a saúde*. Comissão de Epidemiologia Hospitalar 2006-2007. Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2006. 132p.
- Nettina SM. *Prática de enfermagem*, 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- Paranhos WY, Santos VLCG. *Avaliação do risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden na língua portuguesa*. *Rev Esc Enf. USP*, 1999; 33,191-206.
- Potter PA. *Grande tratado de enfermagem prática*. São Paulo: Santos Editora, 1998.
- Potter, PA, Perry AG. *Fundamentos de Enfermagem*, 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2005.
- Rocha PM. Traqueostomias. In: Araujo VJF, Brandão LG, Ferraz AR. *Manual do Residente de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. São Paulo: Keila & Rosenfeld, 1999.

- Silva LD, Pereira SRM, Mesquita AMF. *Procedimentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004.
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth. *Enfermagem médico-cirúrgica*, 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- Timby BK. *Conceitos e habilidades no atendimento de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- Wenzel RP. *The economics of nosocomial infection*. J Hosp Infec. 1995; 31,79-87.

Parte 2 Cuidados Nutricionais

- 2.1 Administração de nutrição enteral, 48
- 2.2 Administração de nutrição parenteral, 51
- 2.3 Sondagem nasoenteral, 53
- 2.4 Sondagem nasogástrica, 56
- Bibliografia, 59

2.1 ■ Administração de nutrição enteral

Objetivo

Oferecer alimento em forma líquida aos pacientes incapazes de deglutir (p. ex., em ventilação mecânica, graves, inconscientes) ou desnutridos, por meio de sondas (gástrica ou enteral), utilizando o trato gastrointestinal.

Aplicação

Aos pacientes internados, usuários de sonda gástrica ou enteral com prescrição médica de dieta.

Responsabilidade

Enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem.

Material

Bandeja com equipo para dieta enteral, suporte de soro, luvas de procedimento (para lavar a sonda), seringa de 10 mL, estetoscópio, água filtrada.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Receba a dieta encaminhada pela central de nutrição e dietética (CND) da instituição, armazene-a em local próprio e mantenha-a identificada. Confira os dados, coloque o horário e assine a ficha de controle de recebimento da CND
- Confira o rótulo do frasco com a prescrição médica: nome, leito, tipo e volume da dieta, data e horário da infusão
- Inspecione o frasco quanto à presença de partículas e separação de fases. Caso haja alteração, comunique à CND e encaminhe-lhes o frasco
- Verifique a temperatura da dieta
- Reúna o material sobre o balcão limpo do Posto de Enfermagem
- Retire o equipo da embalagem e a tampa do frasco de dieta
- Conecte o equipo ao frasco, preencha a câmara de gotejamento e retire o ar do equipo, mantendo protegida a extremidade do equipo
- Organize o frasco e a dieta na bandeja e coloque-a sobre a mesa-de-cabeceira do paciente
- Explique o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante
- Coloque o frasco da dieta no suporte
- Peça ao paciente para sentar-se ou elevar a cabeceira do leito ($\geq 30^\circ$) e/ou ajude-o a fazê-lo
- Calce as luvas de procedimento
- Verifique o posicionamento da sonda gástrica aplicando pressão negativa, tracionando a seringa com suavidade. Caso não haja refluxo, injete 10 mL de ar, auscultando simultaneamente o quadrante superior esquerdo do abdome
- Aspire e quantifique o resíduo gástrico na sua totalidade e aja em conformidade com as orientações da instituição
- Conecte o equipo à sonda
- Inicie a infusão lentamente, observando o paciente (respiração, atividade e coloração). Na presença de quaisquer alterações, interrompa a dieta e solicite avaliação médica
- Estabeleça a velocidade de infusão da dieta conforme prescrição médica. A dieta deve ser oferecida no prazo máximo de 180 min

- Ao término da dieta, desconecte o equipo do frasco de dieta e conecte-o ao frasco com água filtrada, oferecendo volume conforme o fracionamento estabelecido
- Desconecte o equipo, protegendo-o com a tampa. Feche a sonda. Coloque o frasco da dieta na bandeja
- Retire as luvas de procedimento
- Deixe o paciente confortável, mantendo-o sob observação quanto a sinais de intolerância, tais como vômitos, diarreia, náuseas ou distensão abdominal
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque e anote o procedimento realizado, registrando o volume infundido, bem como quaisquer intercorrências, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Nutrição enteral é a utilização do trato gastrointestinal para realização de terapia nutricional mediante a inserção de sondas até o estômago ou o intestino, ou por estomas. Os cuidados na administração da dieta são semelhantes, mas diferem quanto à velocidade de infusão e à osmolaridade da dieta
- Para infusão pré-pilórica (no estômago) as dietas podem ser mais concentradas e oferecidas mais rapidamente. Para as sondas localizadas no intestino (infusão pós-pilórica) a osmolaridade das dietas é baixa (280 a 300 mOsm/kg de água até 350 mOsm/kg de água) e deve-se infundi-las mais lentamente
- A validade da dieta é de 180 min a partir do recebimento do frasco na unidade. Normalmente, a dieta deve ser administrada no período de 90 a 120 min, respeitando-se o intervalo de pelo menos 1 h entre a administração de uma dieta e outra, a fim de evitar desgaste da mucosa intestinal
- As dietas em frasco devem ser administradas à temperatura ambiente. Quando em mamadeiras e aceitação oral, devem ser mornas ao tato, cerca de 40 a 45°C
- O volume residual gástrico deve ser aspirado e quantificado na sua totalidade para servir de parâmetro para a decisão de devolver ou não a dieta, de acordo com as normas da instituição
- A dieta enteral não pode ser violada até o término da infusão — portanto, o acréscimo de medicamentos ou outras substâncias à dieta é proibido
- A troca de equipo deve ser feita a cada 24 h, e o equipo deve ser lavado após cada infusão
- O volume de água a ser oferecido após cada dieta deve ser prescrito pelo médico. O enfermeiro determina o fracionamento e a

CND fornece o volume necessário para o dia. O volume de água depende do volume total de água que o paciente pode receber durante as 24 h. Esse valor deve ser dividido pelo número de dietas que será oferecido ao paciente e ofertado após a infusão das dietas. Se for só para lavar a sonda, o volume dependerá do calibre e da extensão da sonda utilizada no paciente. Se for sonda gástrica, de nº 6 FR, cerca de 3 ml são suficientes

- A dieta não deve ser suspensa caso ocorra diarreia. Se o paciente apresentar diarreia, a nutricionista e o médico deverão ser comunicados, pois a dieta é apenas uma das possíveis causas da diarreia e, muitas vezes, esta poderá ser corrigida sem prejuízo da nutrição do paciente
- A infusão da dieta deve ser interrompida durante procedimentos como aspiração traqueal, fisioterapia, mudança de decúbito, cuidados de higiene corporal, oral, transporte e outros que envolvam movimentação do paciente. Essas atividades devem ser realizadas antes da administração da dieta
- A dieta de infusão contínua ou lenta precisa ser administrada com auxílio de bomba de infusão
- A velocidade de infusão da dieta depende muito da patologia de base e da condição clínica do paciente, pois pode ocorrer, por exemplo, uma queda súbita nos níveis de saturação de oxigênio, dependendo da velocidade da infusão. O tempo de infusão geralmente é prescrito pelo médico. Quando a dieta liofilizada reconstituída é ofertada em mamadeira VO, deve-se oferecê-la no máximo em 1 h. Quando a mesma dieta é envasada em frascos fechados para ser oferecida por sondas enterais ou gástricas, pode-se oferecê-la em até 2 h. As dietas líquidas comercializadas podem ser oferecidas em até 3 h
- A enfermeira deve avaliar a possibilidade de aceitação da dieta pelo paciente em termos de volume/h. Caso seja suportável, recomenda-se interromper a oferta alimentar durante a madrugada. Sempre que possível, é preferível que entre as dietas haja um período de repouso de oferta alimentar.

2.2 ■ Administração de nutrição parenteral

Objetivo

Proporcionar suporte energético e nutricional para manter as funções orgânicas e preservar a estrutura corpórea em pacientes cuja via digestória esteja comprometida ou não seja suficiente para suprir suas necessidades.

Aplicação

Aos pacientes internados com prescrição médica de nutrição parenteral (NP).

Responsabilidade

Enfermeiro.

Material

Bandeja com bolsa de NP, saco protetor plástico opaco para equipo e bolsa, equipo, extensão, se necessário, para soluções fotossensíveis ou bureta, bomba de infusão, luvas de procedimento, gaze, máscara, fita adesiva, álcool a 70%.

■ Descrição e sequência dos passos

- Receba a NP da farmácia, confira o rótulo, observe as condições de transporte, a integridade da embalagem e a homogeneidade da solução
- Programe a instalação da NP no horário estabelecido pela instituição, conforme a rotina, para evitar armazenamento na geladeira da unidade
- Retire anéis, pulseiras e relógio
- Limpe o balcão com água e sabão, fazendo em seguida a desinfecção com álcool a 70%
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Coloque máscara (quando for preparar várias instalações)
- Retire da embalagem a bolsa de NP e confira os dados do rótulo com a prescrição médica
- Inspeção a bolsa quanto a coloração, separação de fases, presença de corpo estranho ou quaisquer outras anormalidades
- Retire da embalagem a bolsa de NP e o equipo, colocando-os na bandeja
- Retire o lacre da bolsa de NP e conecte o equipo/a bureta à bolsa
- Preencha a câmara de gotejamento e passe a solução através do equipo, retirando o ar da extensão e protegendo a extremidade do equipo
- Coloque uma fita adesiva na bolsa ou bureta, ao lado da escala graduada, para marcar o nível da solução. Cubra a bolsa de solução parenteral com o saco plástico opaco
- Reúna a solução preparada para infusão e os outros materiais e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante
- Verifique a via de infusão recomendada pelo fabricante e as condições do cateter
- Pince o equipo em uso e interrompa a infusão. Zere o volume e verifique o volume não-infundido para posterior anotação no prontuário do paciente
- Reprograme a bomba, coloque a bolsa nova no suporte e o equipo no circuito, mantendo-o pinçado
- Calce as luvas de procedimento
- Faça a desinfecção da conexão do equipo e do cateter com gaze e álcool a 70%

- Desconecte o equipo anterior, retire a proteção da extremidade do equipo atual e conecte-o ao cateter do acesso venoso
- Verifique a programação da bomba, abra a pinça do cateter e inicie a infusão
- Retire as luvas de procedimento
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque, na prescrição médica, o horário de início da infusão
- Faça as anotações na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Ao receber a NP da farmácia, confira o rótulo: nome e registro do paciente, data e hora do preparo da solução, composição e volume total, via e velocidade de infusão, prazo de validade, nome e número de registro no órgão de classe do farmacêutico. Verifique a integridade da embalagem, se há presença de partículas, precipitados, alteração da cor, separação de fases, corpo estranho na solução. Caso detecte alguma alteração, a bolsa deve ser devolvida à farmácia com um relatório explicativo
- À temperatura ambiente, as bolsas de NP têm validade de 24 h
- Todas as bolsas de NP e os equipos devem ser protegidos em sacos opacos. Este cuidado independe da incidência direta de luz natural ou artificial
- Recomenda-se a instalação das bolsas de NP no horário estabelecido, para evitar o armazenamento destas na geladeira da unidade. Quando o armazenamento for imprescindível, a bolsa deve ser refrigerada a uma temperatura de 2 a 8°C, em geladeira exclusiva para medicamentos, com registro sistemático das temperaturas máxima e mínima. Se a bolsa estiver sob refrigeração, retire-a 2 h antes da infusão da geladeira e coloque-a em local limpo e protegido de acidentes e da luz
- Cabe somente ao enfermeiro iniciar e encerrar a infusão de NP
- A NP deve ser infundida em via exclusiva. O uso de torneirinhas, a coleta de sangue para exames e a administração de soluções e medicamentos por essa via devem ser evitados
- Quando houver cateter de dupla ou tripla via, a NP deve ser infundida na via central
- Mantenha a velocidade de infusão constante e conforme a prescrição médica. Não a altere para mais nem para menos, para compensar atrasos ou adiantamentos no volume infundido. Qualquer

infusão mais rápida que a estabelecida e volume não-infundido da bolsa anterior devem ser medidos, anotados e comunicados ao médico

- Medicamentos como anfotericina, ampicilina, carbenicilina, gentamicina e canamicina são incompatíveis com a solução de NP
- Deve-se providenciar a monitoração do paciente durante a terapia com NP: PA, P, R, T, diurese, balanço hídrico, peso, glicemia, balanço nitrogenado (s/n). Quando a pausa na administração de NP for inevitável e superior a 1 h, os níveis de glicemia devem ser monitorados
- Cuidados gerais: manter boa higiene oral e corporal, estimular a atividade (deambulação, exercícios ativos e passivos), mudar o decúbito regularmente, posicionar o corpo adequadamente, visando a conforto e circulação periférica ideais
- Na vigência de choque pirogênico, é preciso interromper a infusão, remover o equipo utilizado, comunicar ao médico, anotar sinais e sintomas, os procedimentos realizados e encaminhar a bolsa e o equipo à farmácia, acompanhados de relatório.

2.3 ■ Sondagem nasoenteral

Objetivo

Obter via de acesso para nutrição enteral.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição de nutrição enteral.

Responsabilidade

Enfermeiros.

Material

Bandeja, biombo, luvas de procedimento, papel-toalha, sonda enteral nº 6 a 10 (pediátrico) ou nº 8 a 12 (adulto) acompanhada de fio-guia, água ou lubrificante hidrossolúvel, seringa de 20 ml, estetoscópio, adesivo hipoalergênico, lanterna de bolso.

■ Descrição e sequência dos passos

Sonda de localização gástrica

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare em uma bandeja o material necessário para o procedimento
- Leve o material para o quarto do paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Explique o procedimento ao paciente
- Calce as luvas de procedimento
- Coloque o paciente em posição sentada ou de Fowler alta e disponha a toalha sobre o tórax
- Verifique o uso de próteses dentárias, solicitando ao paciente para retirá-las
- Solicite ao paciente que faça, ou faça por ele, a higiene das narinas
- Pergunte ao paciente sobre problemas nas narinas (dificuldade de respirar devido a desvio de septo ou adenoide)

- Inspeccione as narinas com o uso de lanterna de bolso para detectar anormalidades e definir em qual delas será introduzida a sonda
- Oclua cada narina, solicitando que o paciente respire a cada vez, para determinar qual narina está mais pérvia
- Retire da embalagem a sonda enteral, acompanhada de fio-guia, verificando defeitos (orifícios parcialmente fechados ou bordas ásperas)
- Meça a extremidade que contém os orifícios da sonda desde a asa do nariz até o lobo da orelha, e deste até o apêndice xifoide, marcando com caneta ou adesivo ou, se preferir, utilizando as próprias marcas da sonda
- Injete água na sonda para facilitar a retirada da sonda após sua passagem, se o fio-guia não for pré-lubrificado
- Introduza o fio-guia no interior da sonda
- Lubrifique a parede externa da sonda com água ou lubrificante hidrossolúvel
- Solicite ao paciente para flectir a cabeça, até encostar o queixo no tórax
- Introduza a sonda suavemente pela narina escolhida, direcionando-a para trás e para baixo
- Solicite ao paciente que faça movimento de deglutição para facilitar a passagem da sonda pela epiglote
- Volte a cabeça para a posição ereta ou de hiperextensão
- Continue deslizando a sonda suavemente até o ponto assinalado na sonda. Também se pode oferecer pequenos volumes de água para o paciente deglutir, para facilitar a migração da sonda pelo esôfago até o estômago, caso não haja contraindicação
- Conecte uma seringa de 20 ml à extremidade da sonda e aspire para confirmar o posicionamento da sonda no estômago. Se não houver retorno de conteúdo gástrico, coloque o paciente em decúbito lateral esquerdo e avance a sonda 2,5 a 5 cm, tentando verificar o refluxo novamente
- Coloque o estetoscópio sobre o quadrante superior esquerdo do abdome e injete 10 a 20 ml de ar pela sonda, auscultando simultaneamente o ruído produzido para se certificar do posicionamento, caso a ação anterior não tenha sido efetiva
- Retire o fio-guia, tracionando-o firmemente e segurando a sonda para evitar que esta se desloque
- Fixe a sonda (sem tracioná-la) com adesivo hipoalergênico, no rosto no mesmo lado da narina em que foi introduzida a sonda e na região do ombro, para evitar pressão na asa do nariz e saída inadvertida da sonda
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo

- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque e anote, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente, o procedimento realizado
- Encaminhe o paciente para controle radiológico.

Sonda de localização intestinal

- Meça a sonda desde a asa do nariz até o lobo da orelha, deste local até a cicatriz umbilical e daí até a crista ilíaca ântero-superior, assinalando o local com adesivo ou caneta
- Deixe o paciente em decúbito lateral direito até a segunda porção do duodeno, para facilitar a migração da sonda
- Encaminhe o paciente para controle radiológico 2 a 3 h após o procedimento
- Siga os demais passos descritos para passagem de sonda de localização gástrica.

■ Recomendações

- Caso encontre resistência ao avanço da sonda, ou tenha dúvidas sobre sua localização, ou se o paciente apresentar sinais de dispnéia, cianose ou tosse, retire a sonda e reinicie o procedimento
- O controle radiológico da localização da sonda é obrigatório
- A localização da sonda pode ser feita por meio do teste de pH através de fita reagente no conteúdo gástrico ou entérico: pH < 5 gástrica e pH > 7 intestinal. Atente para o fato de que o pH pode ser alterado por medicamentos
- A expressão *via enteral* é utilizada de modo geral para definir acesso ao sistema digestório por sonda oro/nasogástrica, nasoentérica e ostomias de nutrição (gastrostomia e jejunostomia)
- Quando o acesso for feito por ostomias de nutrição, os cuidados com as sondas (gastrostomia ou jejunostomia) são: curativos na inserção, observação do local quanto a sinais de infecção, condições dos pontos de fixação da sonda à pele e extravasamento de conteúdo digestórios ao redor da sonda.

2.4 ■ Sondagem nasogástrica

Objetivo

Drenar o conteúdo gástrico para descompressão ou realizar lavagem do estômago.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais ou de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, biombo, luvas de procedimento, papel higiênico, papel-toalha, sonda do tipo Levine nºs 16 ou 18, fita adesiva hipoalergênica, vaselina líquida, seringa de 20 ml, estetoscópio, coletor de sistema aberto e lanterna de bolso.

■ Descrição e sequência dos passos

- Prepare em uma bandeja o material necessário para o procedimento
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6).
- Leve o material para o quarto do paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Explique o procedimento ao paciente
- Coloque o paciente em posição sentada ou eleve a cabeceira do leito, dispondo a toalha sobre o tórax
- Calce as luvas de procedimento
- Verifique o uso de próteses dentárias móveis, solicitando ao paciente para retirá-las
- Solicite ao paciente que faça, ou faça por ele, higiene das narinas com papel higiênico
- Pergunte ao paciente sobre problemas nas narinas (dificuldade de respirar devido a desvio de septo ou adenoide)
- Inspecione as narinas com o uso de lanterna de bolso para detectar anormalidades e definir em qual delas será introduzida a sonda
- Oclua cada narina, solicitando que o paciente respire a cada vez para determinar qual narina está mais pérvia
- Pergunte ao paciente sobre preferência (narina direita ou esquerda)
- Meça a sonda Levine da ponta do nariz até o lobo da orelha, desça até o apêndice xifoide e marque a sonda com um pedaço de adesivo hipoalergênico ou com caneta
- Lubrifique a sonda com vaselina líquida
- Solicite ao paciente para flectir a cabeça até encostar o queixo no tórax
- Introduza a sonda suavemente pela narina escolhida até atingir a epiglote
- Solicite ao paciente que faça movimento de deglutição para abrir a epiglote, voltando a cabeça para a posição ereta
- Continue deslizando a sonda suavemente até que o ponto assinalado na sonda se aproxime da narina
- Conecte uma seringa de 20 ml à extremidade da sonda e aspire para confirmar o posicionamento da sonda no estômago
- Injete 10 ml de ar pela sonda e ausculte o ruído produzido na região gástrica, por meio de estetoscópio, para se certificar do posicionamento da sonda

- Fixe a sonda fazendo uma haste com fios de gaze e adesivo hipoalergênico
- Em caso de drenagem, adapte um coletor de sistema aberto à extremidade da sonda
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque e anote, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente, o procedimento realizado.

■ Recomendações

- Sinais de asfixia como cianose, acesso de tosse e dispneia são indicativos de que a sonda está sendo direcionada para o trato respiratório. Nesse caso, retire a sonda imediatamente
- Caso ocorra resistência ao introduzir a sonda, recomenda-se não forçar; tente introduzir a sonda na outra narina
- A troca da fixação deve ser diária ou sempre que estiver solta
- A higiene oral e nasal deve ser rigorosa em paciente com sonda nasogástrica, para evitar complicações como parotidite
- Em caso de perda ou deslocamento da sonda em pacientes em pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago, a sonda não pode ser repassada nem mesmo reintroduzida sem avaliação do médico.

Figura 2.4.1

Sonda nasogástrica.

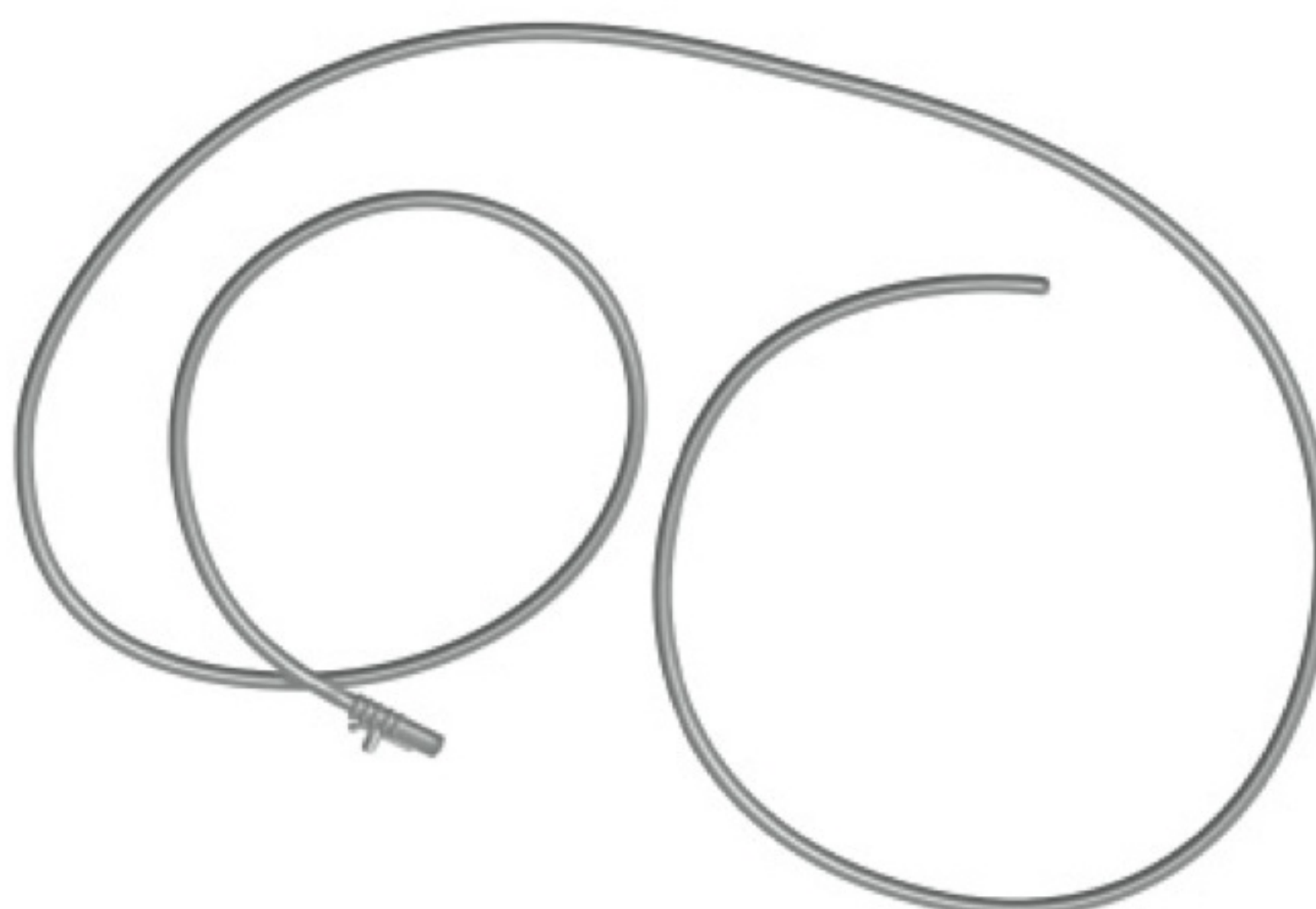
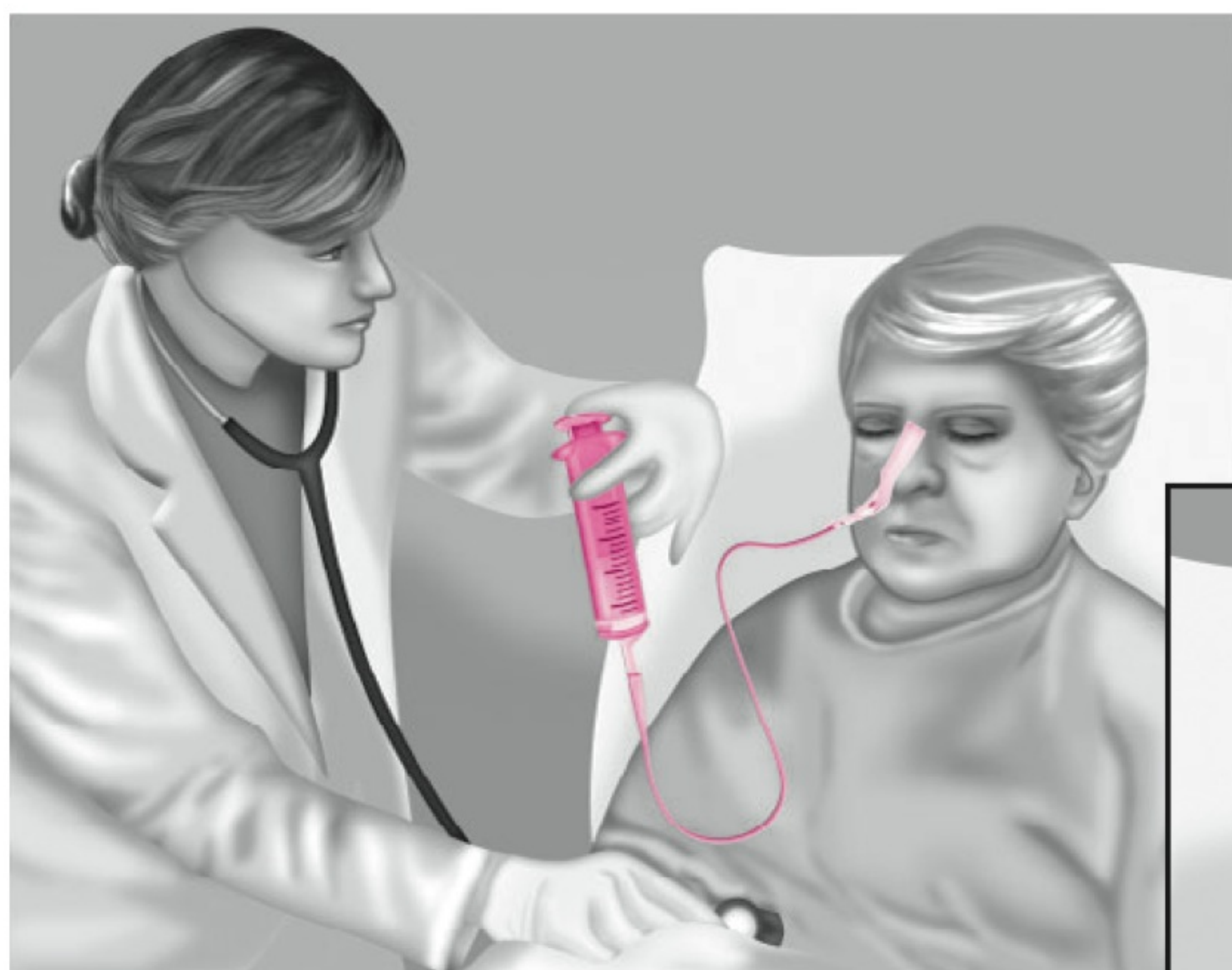
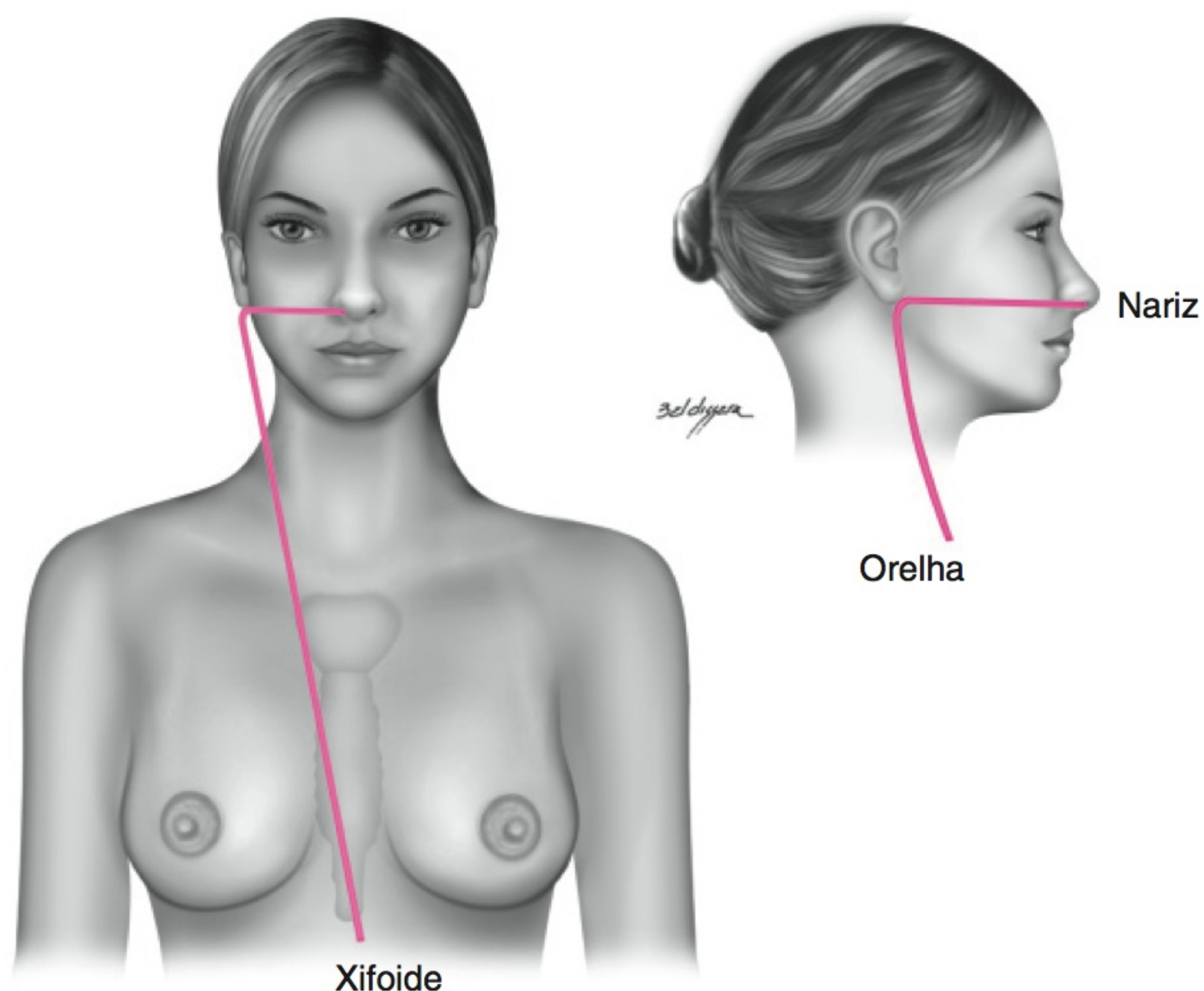
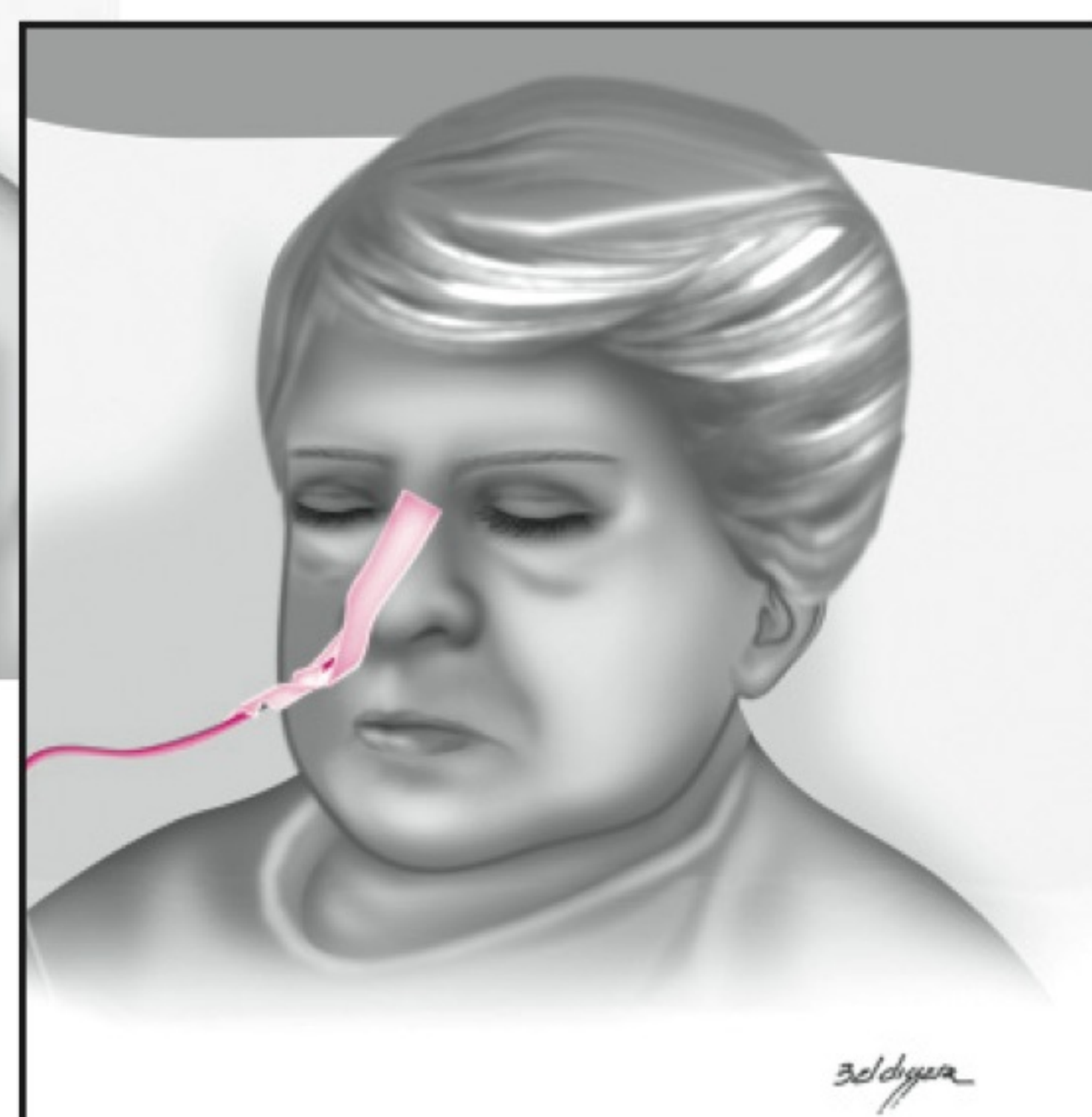


Figura 2.4.2

Meça a extremidade que contém os orifícios da sonda da asa do nariz até o lobo da orelha, e deste até o apêndice xifoide, marcando com caneta ou adesivo, ou utilizando as próprias marcas da sonda.

**Figura 2.4.3**

Conecte uma seringa de 20 ml à extremidade da sonda e aspire para confirmar o posicionamento da sonda no estômago. A sonda deve ser fixada com adesivo hipoalergênico.



Bibliografia

- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 272, de 8 de abril de 1998. *Regulamento técnico para a terapia de nutrição parenteral*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF).
- Brasil, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 277, de 16 de junho de 2003. *Ministração de nutrição parenteral e enteral*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF).
- Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 337, de 14 de abril de 1999. *Regulamento técnico para terapia de nutrição enteral*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, de 15 de abril de 1999.
- Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 45, de 12 de março de 2003. *Regulamento técnico de boas práticas de utilização das soluções parenterais em serviços de saúde*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF).
- Carmagnani MIS *et al.* *Manual de procedimentos de enfermagem*. São Paulo: Interlivros, 1995.
- Comissão de Nutrição do HSP. *Manual de nutrição enteral*. São Paulo: Unifesp/SPDM/HSP, 2000.
- Diaz JJ, Mills B, Binkley J. Total parenteral nutrition. In: Diaz JJ, Pusman R, Mills B, Binkley J, O'Neill PJ, Gordon J. *Critical care nutrition-practice management guidelines*. Vanderbilt University Medical Center, 2004, p. 4-9.
- Ikezawa MK, Barbosa VL. Nutrição parenteral (NP). In: Chaud MN, Peterlini MAS, Harada MJCS, Pereira SR. *O cotidiano da prática de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu Editora, 1999, p. 47-64.
- Manual de Nutrição Parenteral. Comissão de Nutrição Parenteral e Enteral do HSP. Goulart AL (coord.) São Paulo: Unifesp/EPM, 1999, 58p.
- Medeiros EAS, Wey SB, Guerra CM. Rotina para troca de materiais e dispositivos descartáveis. In: *Diretrizes para a prevenção e o controle de infecções relacionadas com a assistência à saúde*. São Paulo: Comissão de Epidemiologia Hospitalar. Hospital São Paulo, Unifesp, 2005. p. 81-2.
- Nettina SM. *Práticas de enfermagem*, 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.



Parte 3 Cuidados com Eliminações

Seção 3.1 Eliminações Gastrointestinais, 62

- 3.1.1 Esvaziamento e higienização da bolsa de colostomia e ileostomia, 62
- 3.1.2 Lavagem intestinal, 64
- 3.1.3 Lavagem intestinal pela colostomia, 66

Seção 3.2 Eliminações Urinárias, 69

- 3.2.1 Instalação de dispositivo para incontinência urinária masculino, 69
- 3.2.2 Lavagem de sonda vesical, 70
- 3.2.3 Sondagem vesical de alívio em homem, 71
- 3.2.4 Sondagem vesical de alívio em mulher, 73
- 3.2.5 Sondagem vesical de demora em homem, 74
- 3.2.6 Sondagem vesical de demora em mulher, 76
- 3.2.7 Verificação de diurese, 79

Bibliografia, 81

Seção 3.1

Eliminações Gastrintestinais

3.1.1 ■ Esvaziamento e higienização da bolsa de colostomia e ileostomia

Objetivo

Proporcionar conforto e bem-estar ao paciente.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com colostomia ou ileostomia.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, carro de curativo, vaselina líquida, saco branco para lixo, impermeável/plástico, papel-toalha ou compressa não-estéril, luvas de procedimento, comadre ou cuba-rim não-estéril, jarro com água.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare em uma bandeja o material necessário para o procedimento
- Leve o material para o quarto do paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Explique o procedimento ao paciente
- Proteja a cama com material plástico ou impermeável
- Oriente/auxilie/coloque o paciente em decúbito lateral sobre o lado da colostomia, ou em pé. Se o paciente tiver condições, pode ser levado ao banheiro
- Proteja a roupa do paciente sob a colostomia com papel-toalha ou compressa
- Calce as luvas de procedimento
- Coloque a comadre sobre a cama direcionando a abertura da bolsa coletora para a comadre, ou posicione o paciente no vaso sanitário
- Abra a bolsa coletora e deixe a presilha disponível para ser utilizada novamente
- Esvazie a bolsa fazendo movimentos para baixo, com as mãos sobre a bolsa, para facilitar a saída das fezes
- Afaste a abertura da bolsa com uma das mãos e, com a outra, coloque água dentro da bolsa até metade da sua capacidade
- Feche a abertura da bolsa com uma das mãos, faça movimentos com a outra mão sobre a bolsa para remoção dos resíduos de fezes que tenham aderido à bolsa e drene-os para a comadre
- Repita a última ação até que a bolsa esteja totalmente livre de resíduos
- Seque a abertura da bolsa com papel-toalha e passe vaselina líquida nas paredes internas

- Pressione a bolsa suavemente contra a parede abdominal para expulsar o ar
- Feche a abertura da bolsa coletora com a presilha, fazendo uma dobra na extremidade da bolsa sobre a haste interna da presilha
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Despeje o conteúdo da comadre no vaso sanitário e lave a comadre no expurgo
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque e anote o procedimento realizado registrando o resultado obtido na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- A bolsa coletora deve ser esvaziada sempre que o efluente atingir um terço ou, no máximo, metade da sua capacidade, e também para eliminação de gases
- O esvaziamento e a higienização regular da bolsa coletora aumenta sua durabilidade, aumenta o conforto e evita constrangimento ao paciente
- A utilização de 1 ml de vaselina líquida para umedecer as paredes internas da bolsa coletora facilita o esvaziamento da bolsa e evita aderência de resíduos fecais
- A adaptação de filtro de carvão ativado na parte superior da bolsa coletora possibilita a saída dos gases, evitando o abaulamento da bolsa, além de diminuir a exalação de odores desagradáveis
- A bolsa coletora em sistema de duas peças pode ser removida para melhor higienização
- Aspectos a serem observados no efluente: cor, consistência, quantidade e odor
- O efluente de ileostomia e de colostomia direita deve ser quantificado em volume, principalmente nos primeiros dias do pós-operatório, para cálculo de reposição líquida e de eletrólitos.

3.1.2 ■ Lavagem intestinal

Objetivo

Estimular o peristaltismo e promover o esvaziamento intestinal para a realização de procedimento diagnóstico ou terapêutico.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, solução prescrita, soro fisiológico, glicerina, biombo, equipo de soro, suporte de soro, impermeável/plástico, luvas de procedimento, sonda retal (nº 20, 22 ou 24), gaze, lidocaína em gel a 2%, comadre.

■ Descrição e sequência dos passos

- Verifique a prescrição médica
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare a solução prescrita para a lavagem e aqueça até à temperatura de 37°C
- Adapte o equipo de soro ao frasco com a solução preparada para a lavagem
- Preencha a câmara de gotejamento e retire o ar da extensão do equipo
- Prepare em uma bandeja o material necessário para o procedimento
- Leve o material para o quarto do paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Explique o procedimento ao paciente
- Pendure o frasco da solução em suporte de soro com altura não superior a 70 cm em relação ao leito
- Forre o leito com material impermeável ou plástico
- Oriente/auxilie/coloque o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo com MIE estendido e o MID fletido), cama baixa e sem travesseiro
- Calce as luvas de procedimento
- Lubrifique a sonda retal com vaselina líquida ou lidocaína em gel a 2%
- Afaste a nádega direita do paciente com uma das mãos para visualizar o ânus e observar se há presença de hemorroidas, fístulas ou lesões perianais
- Introduza suavemente, por 7 a 12 cm, a sonda retal lubrificada
- Abra a pinça do equipo e infunda a solução lentamente, solicitando ao paciente que respire pausadamente
- Quando terminar a infusão da solução, feche a pinça do equipo e retire a sonda retal
- Solicite ao paciente que respire profundamente retendo a solução pelo maior tempo que ele conseguir, contraindo o esfíncter anal
- Ajude o paciente a ir ao banheiro ou ofereça-lhe a comadre, elevando a cabeceira do leito (se não houver contraindicação)
- Oriente o paciente a, ao utilizar o vaso sanitário, solicite o profissional de enfermagem que verifique o aspecto da eliminação

- Auxilie o paciente na higiene
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Despreze o conteúdo da comadre no vaso sanitário e lave a comadre no expurgo
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque e anote o procedimento realizado registrando o resultado obtido na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Se houver resistência ao introduzir a sonda, avise ao enfermeiro ou ao médico
- Atente para pacientes com tumores do canal anal ou do reto, com doenças orificiais, para não traumatizar nem desencadear sangramentos
- Observe e anote o aspecto do retorno intestinal, e esteja atento à presença de sangue
- Observe o volume da solução infundida (750 até 1.500 mL) e a temperatura (37°C).

3.1.3 ■ Lavagem intestinal pela colostomia

Objetivo

Promover o esvaziamento intestinal para a realização de procedimento diagnóstico ou cirúrgico; evitar distensão abdominal.

Aplicação

Aos pacientes internados e de pronto atendimento com colostomias em alça ou bocas separadas com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros.

Material

Bandeja, soro fisiológico, medicamento prescrito, equipo de soro, suporte de soro, biombo, camisola, luvas de procedimento, tesoura, lidocaína em gel a 2%, sonda Foley nº 20, 22 ou 24, seringa de 10 mL, ampola de água destilada, esparadrapo, comadre ou cuba-rim.

■ Descrição e sequência dos passos

- Verifique a prescrição médica
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare a solução prescrita para a lavagem à temperatura de 37°C
- Adapte o equipo de soro ao frasco que contém a solução preparada para a lavagem
- Preencha a câmara de gotejamento e retire o ar da extensão do equipo
- Prepare em uma bandeja o material necessário para o procedimento
- Leve o material para o quarto do paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Explique o procedimento ao paciente
- Pendure o frasco da solução em suporte de soro com altura não superior a 70 cm em relação ao paciente
- Forre a cama com material impermeável ou plástico
- Oriente/auxilie/coloque o paciente em decúbito dorsal
- Calce as luvas de procedimento
- Remova a bolsa coletora, se o paciente estiver usando sistema de duas peças, e mantenha a placa protetora aderida. Se a bolsa for coletora de uma peça, faça com a tesoura uma abertura de 2 cm na parte superior da bolsa, para possibilitar acesso ao estoma
- Identifique a boca da colostomia em que será realizada a lavagem (boca distal)
- Lubrifique o quinto dedo (mínimo) com lidocaína em gel a 2%
- Realize o toque digital introduzindo o dedo lubrificado delicadamente através do estoma, para avaliar a perviedade do estoma
- Lubrifique a extremidade da sonda com lidocaína em gel a 2%
- Introduza a sonda aproximadamente 10 cm no estoma com movimentos suaves
- Insufle o balão da sonda conforme orientação do fabricante, mantendo observação do estoma para detectar sinais de isquemia (escurecimento do estoma)
- Tracione a sonda suavemente para avaliar a oclusão da alça pelo balão da sonda
- Passe a sonda através da bolsa coletora (sistema de duas peças) e adapte a bolsa à placa, ou feche a abertura da parte superior da

- bolsa (sistema de uma peça) com esparadrapo, fixando a sonda na bolsa
- Mantenha a presilha de fechamento da bolsa disponível para ser reutilizada no final do procedimento
 - Conecte o equipo à extremidade da sonda
 - Abra a pinça do equipo de soro e infunda a solução a uma velocidade adequada ao objetivo da lavagem
 - Mantenha uma comadre ou cuba-rim abaixo da abertura da bolsa para coletar o líquido que retorna pela boca da colostomia que está recebendo a lavagem
 - Mantenha outra comadre para coletar a eliminação retal
 - Desinsufle o balão da sonda e remova-a quando terminar de infundir a solução, ou quando a eliminação retal estiver clara (preparo de cólon distal)
 - Feche a abertura da bolsa coletora (sistema de duas peças), ou troque a bolsa, se for de uma só peça
 - Auxilie o paciente na higiene perianal, se houver eliminação pela via retal (VR)
 - Deixe o paciente confortável
 - Recolha o material, mantendo a unidade organizada
 - Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
 - Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
 - Despeje o conteúdo da comadre no vaso sanitário e lave a comadre no expurgo
 - Retire as luvas de procedimento
 - Higienize as mãos
 - Cheque e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente, registrando o aspecto do retorno intestinal.

■ Recomendações

- Para este procedimento, o sistema de duas peças oferece mais conforto ao paciente
- É necessário manter observação do estoma durante todo o procedimento, para detectar sinais de sofrimento no estoma (escurecimento). Se isso acontecer, o balão da sonda deve ser desinsuflado imediatamente
- É comum o retorno de parte do líquido pelo estoma, pois a sonda não oclui totalmente a luz do estoma
- A velocidade de infusão depende do objetivo da lavagem
- Atente para queixa de dor, distensão abdominal e ausência de eliminação VR, o que pode indicar sinal de obstrução por fezes ou bário impactados, tumores ou estenose no cólon distal
- Pode ser necessário grande volume de soro fisiológico até a limpeza efetiva do cólon, principalmente se o paciente tiver realizado

exame contrastado recentemente, ou se a colostomia foi realizada sem preparo prévio do cólon.

Específica para cólon distal

- O procedimento faz parte do preparo do cólon do paciente com colostomia em alça ou em duas bocas para cirurgia e exame endoscópico
- A identificação do cólon distal da colostomia em alça é feita pela observação — não há eliminação de fezes — e pelo toque, identificando-se o sentido da alça
- Para realização de exame endoscópico (colonoscopia), não se deve usar glicerina, porque este produto causa opacificação da lente do colonoscópio.

Específica para cólon proximal

- Não está indicada em colostomias à direita
- Pode ser indicada em situações clínicas específicas, tais como para esvaziar fecaloma ou em pacientes com megacólon. Não se deve esquecer que o líquido infundido sairá pela mesma boca, o que só é possível se o balão for desinsuflado
- Para limpeza mecânica de cólon proximal, o preparo anterógrado é preferível (solução de manitol por VO)
- É utilizada como controle intestinal por pacientes com colostomia terminal definitiva esquerda, sendo realizada pelo próprio paciente após treinamento e com equipamento específico para esse fim (irrigador com extensão e cone na extremidade).

Seção 3.2

Eliminações Urinárias

3.2.1 ■ Instalação de dispositivo para incontinência urinária masculino

Objetivo

Fazer controle de diurese em pacientes com incontinência urinária ou com alteração do nível de consciência.

Aplicação

Aos pacientes adultos incontinentes internados, de pronto atendimento ou ambulatoriais com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, luvas de procedimento, água, sabão, gaze, toalha, dispositivo para incontinência urinária, adesivo hipoalergênico e bolsa coletora.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Posicione o paciente em decúbito dorsal
- Calce as luvas de procedimento
- Faça a higiene íntima do paciente e, se necessário, corte o excesso de pelos próximos ao local de fixação do dispositivo
- Desenrole o dispositivo para incontinência urinária ao longo do pênis
- Fixe a porção proximal do dispositivo com adesivo hipoalergênico, na raiz do pênis
- Adapte a extensão da bolsa coletora ao dispositivo para incontinência urinária e fixe-a à coxa
- Retire as luvas de procedimento
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque a prescrição médica e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Tome cuidado para não garrotear o pênis do paciente ao instalar o dispositivo ou fazer sua fixação
- Observe se há presença de lesões
- Troque o dispositivo diariamente, após o banho.

3.2.2 ■ Lavagem de sonda vesical

Objetivo

Desobstruir e manter pérvio o cateter vesical.

Aplicação

Aos pacientes adultos internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, biombo, material de cateterismo vesical (cuba-rim, cúpula, pinça Pean e gaze), álcool a 70% ou clorexidina alcoólica, 1 seringa de bico longo de 60 ml, gaze estéril, solução fisiológica a 0,9%, luvas cirúrgicas e de procedimento, adesivo hipoalergênico de 10 cm.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Posicione o paciente em decúbito dorsal
- Remova a fixação do cateter
- Realize novamente a higienização das mãos
- Abra o material de cateterismo vesical sobre o leito
- Coloque a solução fisiológica na cúpula
- Abra o material descartável (seringa, gaze estéril) sobre o campo
- Coloque o álcool a 70% ou o clorexidina alcoólica na gaze estéril
- Calce as luvas cirúrgicas estéreis
- Aspire, com a seringa de 60 ml, a solução fisiológica (aproximadamente 40 ml)
- Faça antisepsia da conexão do cateter/coletor de sistema fechado com auxílio da pinça Pean e gazes estéreis embebidas em álcool a 70% ou clorexidina alcoólica
- Desconecte o cateter com o coletor, protegendo a ponta do coletor
- Conecte a seringa de 60 ml ao cateter
- Aspire o conteúdo no intuito de remover coágulos ou muco, se houver
- Injete lentamente a solução fisiológica e aspire todo o volume (injetado e retido)
- Despeje na cuba-rim o volume aspirado
- Repita o procedimento quantas vezes forem necessárias, para garantir a perviedade da sonda
- Adapte o cateter ao coletor de urina de sistema fechado
- Prenda o cateter no abdome (para homem) ou na coxa (para mulher), com adesivo hipoalergênico
- Retire as luvas estéreis
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos

- Cheque a prescrição médica e anote o procedimento realizado, registrando o volume, o aspecto e a coloração da urina na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Em paciente com cateter, em princípio deve-se realizar as manobras de desobstrução:
 - realizar a compressão da junção do cateter com o coletor (inserção do Y) sem desconectar o sistema
 - realizar a ordenha da extensão do coletor
- Esteja atento ao tipo de cirurgia realizada, para se definir o volume injetado, a fim de evitar complicações
- Em pacientes acamados, com sonda vesical, deve-se fazer higiene íntima após cada evacuação
- Na ausência de seringa de 60 ml, dê preferência a seringa de 10 ml com rosca
- Em alguns casos de retenção urinária, deve-se tentar remover todo o conteúdo retido.

3.2.3 ■ Sondagem vesical de alívio em homem

Objetivo

Esvaziar a bexiga em casos de retenção urinária; coletar material para exame, instilação de medicamentos.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, biombo, material para higiene íntima com PVPI degermante, cuba-rim, cúpula, pinça Pean, gaze ou bolas de algodão, PVPI tópico, sonda uretral nº8 ou 10, luva estéril, lubrificante anestésico a 2% e cálice graduado.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Posicione o paciente em decúbito dorsal
- Coloque as luvas de procedimento
- Faça a higiene íntima do paciente com PVPI degermante (consulte Higienização da região íntima masculina, p. 13)
- Retire o material utilizado na higiene íntima
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Abra o material de cateterismo sobre o leito entre as pernas do paciente, deixando uma das pontas próxima a região glútea
- Abra o material descartável, com técnica estéril, sobre o campo (sonda uretral, gaze estéril)
- Coloque o PVPI tópico na cúpula
- Coloque lubrificante anestésico sobre a gaze

- Calce as luvas estéreis
- Faça a antisepsia com PVPI tópico, do corpo do pênis, do prepúcio, da glândula e do meato uretral, trocando o algodão ou a gaze a cada etapa
- Lubrifique a sonda uretral com o anestésico que foi colocado na gaze
- Posicione o pênis do paciente perpendicularmente ao corpo
- Introduza a sonda uretral no meato urinário
- Colete todo o volume urinário no cálice
- Ao término do fluxo urinário, retire delicadamente a sonda
- Retire as luvas estéreis
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Meça o volume urinário no cálice graduado
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque a prescrição médica e anote o procedimento realizado registrando o volume, o aspecto e a coloração da urina, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- As sondas mais utilizadas para cateterismo vesical de alívio em homens são as de nº 8 ou 10. Em alguns casos de retenção urinária, pode-se colocar bolsa de água quente na região suprapúbica, para estimular a drenagem da urina
- O anestésico para lubrificação da sonda deve ser estéril e de uso único.

3.2.4 ■ Sondagem vesical de alívio em mulher

Objetivo

Esvaziar a bexiga em casos de retenção urinária; coletar material para exames, instilação de medicamentos.

Aplicação

Às pacientes internadas, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, biombo, material para higiene íntima, PVPI degermante, cuba-rim, cúpula, pinça Pean, gaze (ou bolos de algodão estéril), PVPI tópico, sonda uretral, luvas estéreis, solução fisiológica e cálice graduado.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto da paciente
- Explique o procedimento à paciente
- Promova a privacidade da paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Posicione a paciente em decúbito dorsal
- Calce as luvas de procedimento
- Faça a higiene íntima (consulte Higienização da região íntima feminina, p. 12)
- Retire o material utilizado na higiene íntima
- Retire as luvas de procedimento
- Realize novamente a higienização das mãos
- Abra o material de cateterismo sobre o leito, entre as pernas da paciente, deixando uma das pontas próxima a região glútea
- Abra o material descartável, com técnica estéril, sobre o campo (sonda uretral, gaze estéril)
- Coloque o PVPI tópico na cúpula
- Calce as luvas estéreis
- Faça antisepsia do meato urinário com movimento para baixo em direção ao períneo com auxílio de pinça Pean e gaze ou algodão embebidos em PVPI tópico
- Separe os pequenos lábios com o polegar e o indicador da mão esquerda, expondo o vestíbulo da vagina, dando atenção especial ao meato uretral, trocando a gaze ou o algodão a cada etapa
- Introduza a sonda delicadamente no meato uretral, colocando a extremidade distal da sonda uretral dentro da cuba-rim esterilizada, até observar a drenagem de urina
- Ao término da drenagem, retire delicadamente a sonda
- Retire as luvas estéreis
- Deixe a paciente confortável
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Meça o volume urinário no cálice graduado
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos

- Cheque a prescrição médica e anote o procedimento realizado, o volume, o aspecto e a coloração da urina, na folha de anotação de enfermagem do prontuário da paciente.

■ Recomendações

- As sondas mais utilizadas para cateterismo vesical de alívio em mulheres são as de nº 8 ou 10. Em alguns casos de retenção urinária, pode-se colocar bolsa de água quente na região suprapúbica, para estimular a drenagem de urina.

3.2.5 ■ Sondagem vesical de demora em homem

Objetivo

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

Aplicação

Aos pacientes adultos internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, biombo, material para higiene íntima com PVPI degermante, material de cateterismo vesical (cuba-rim, cúpula, pinça Pean e gaze ou bolas de algodão), PVPI tópico, seringas de 20 e 10 ml, duas agulhas 40 mm × 12 mm, sonda Foley nº 16, 18 ou 20 F, coletor de urina de sistema fechado, luvas estéreis, pinça Pean, lubrificante anestésico, água destilada e adesivo hipoalergênico.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Posicione o paciente em decúbito dorsal
- Calce as luvas de procedimento
- Faça a higiene íntima do paciente (consulte Higienização da região íntima masculina, p. 13)
- Retire o material utilizado na higiene íntima
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Abra o material de cateterismo sobre o leito, entre as pernas do paciente, deixando uma das pontas próxima a região glútea
- Abra o material descartável com técnica estéril sobre o campo (sonda Foley, seringas, agulhas, gaze estéril e sistema coletor fechado)
- Coloque o PVPI tópico na cúpula
- Calce as luvas estéreis
- Teste o *cuff* (balonete) e a válvula da sonda com seringa de 10 ml com água destilada
- Conecte a sonda no coletor de urina de sistema fechado
- Coloque água destilada na seringa com auxílio de um colega, de acordo com o volume do *cuff*
- Coloque lubrificante anestésico estéril na seringa com a ajuda de um colega (15/20 ml)
- Faça a antisepsia do meato urinário para a base do pênis, trocando o algodão ou a gaze a cada etapa

- Posicione o pênis perpendicularmente ao corpo do paciente, introduza o bico da seringa no meato urinário e injete o lubrificante anestésico lentamente
- Introduza a sonda Foley no meato urinário até a extremidade distal ou até observar a drenagem de urina
- Aspire água destilada na seringa e encha o *cuff* da sonda vesical de demora (de acordo com a especificação do fabricante). Em geral, o volume está impresso na extensão distal da sonda utilizada para insuflar o balão
- Fixe a sonda na região suprapúbica com adesivo hipoalergênico
- Retire as luvas estéreis
- Prenda o coletor na parte inferior do leito, após rotulá-lo com a data
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque a prescrição médica e anote o procedimento realizado registrando o volume, o aspecto e a coloração da urina, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Em paciente com sonda vesical de demora, deve-se fazer cuidadosa higienização do meato uretral com água e sabão neutro 1 vez/dia
- Em pacientes acamados, com sonda vesical, deve-se fazer higiene íntima após cada evacuação
- As sondas mais utilizadas para cateterismo vesical em homens são as de nº 16, 18 ou 20 F
- Em alguns casos de retenção urinária, pode-se colocar bolsa de água quente na região suprapúbica, para estimular a drenagem
- Deve-se observar e anotar o volume, a coloração e o aspecto da urina
- Para retirar a sonda vesical de demora é necessário desinsuflar o *cuff*. Após a retirada da sonda, recomenda-se observar e anotar o horário, o volume e o aspecto da primeira micção espontânea
- O sistema de drenagem deve ser obrigatoriamente “fechado” e trocado toda vez que for manipulado inadequadamente. Não há um intervalo ideal preconizado para a troca da sonda, mas recomenda-se a sua retirada o mais precocemente possível.

3.2.6 ■ Sondagem vesical de demora em mulher

Objetivo

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

Aplicação

Às pacientes adultas internadas, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, biombo, material para higiene íntima, PVPI degermante, material de cateterismo vesical (cuba-rim, cúpula, pinça Pean e gaze ou bolas de algodão estéreis), PVPI tópico, 1 seringa de 10 mL, sonda Foley nº 12, 14 ou 16 F, coletor de urina de sistema fechado, duas agulhas de 40 mm × 12 mm, luvas estéreis, lubrificante anestésico, água destilada e adesivo hipoalergênico.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto da paciente
- Explique o procedimento à paciente
- Promova a privacidade da paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Posicione a paciente em decúbito dorsal
- Calce as luvas de procedimento
- Faça a higiene íntima (consulte Higienização da região íntima feminina, p. 12)
- Retire o material utilizado na higiene íntima
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Abra o material de cateterismo vesical sobre o leito, entre as pernas da paciente, deixando uma das pontas próxima a região glútea
- Abra o material descartável com técnica estéril sobre o campo (sonda Foley, seringas, agulhas, gaze estéril e sistema coletor fechado)
- Coloque o PVPI tópico na cúpula
- Calce as luvas estéreis
- Teste o *cuff* (balonete) e a válvula utilizando a seringa de 10 mL com água destilada
- Adapte a sonda Foley ao coletor de urina de sistema fechado
- Faça antisepsia do meato urinário com movimento para baixo em direção ao períneo com auxílio da pinça Pean e gazes ou bolas de algodão estéreis embebidas em PVPI tópico
- Separe os pequenos lábios com o polegar e o indicador da mão esquerda, expondo o vestíbulo da vagina, e faça antisepsia local, dando atenção especial ao meato uretral, trocando a gaze ou o algodão a cada etapa
- Lubrifique a sonda uretral com anestésico, utilizando uma gaze estéril de apoio
- Introduza a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina
- Aspire água destilada na seringa e encha o *cuff* da sonda vesical de demora (de acordo com a especificação do fabricante). Em geral, o volume está impresso na extensão distal da sonda utilizada para insuflar o balão. Tracione delicadamente a sonda
- Prenda a sonda na face interna da coxa, com adesivo hipoalergênico

- Retire as luvas estéreis
- Prenda o coletor de urina de sistema fechado na parte inferior do leito, após etiquetá-lo com a data
- Deixe a paciente confortável
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque a prescrição médica e anote o procedimento realizado, registrando o volume, o aspecto e a coloração da urina, na folha de anotação de enfermagem do prontuário da paciente.

Figura 3.2.6.1

Teste o *cuff* (balonete) e a válvula.

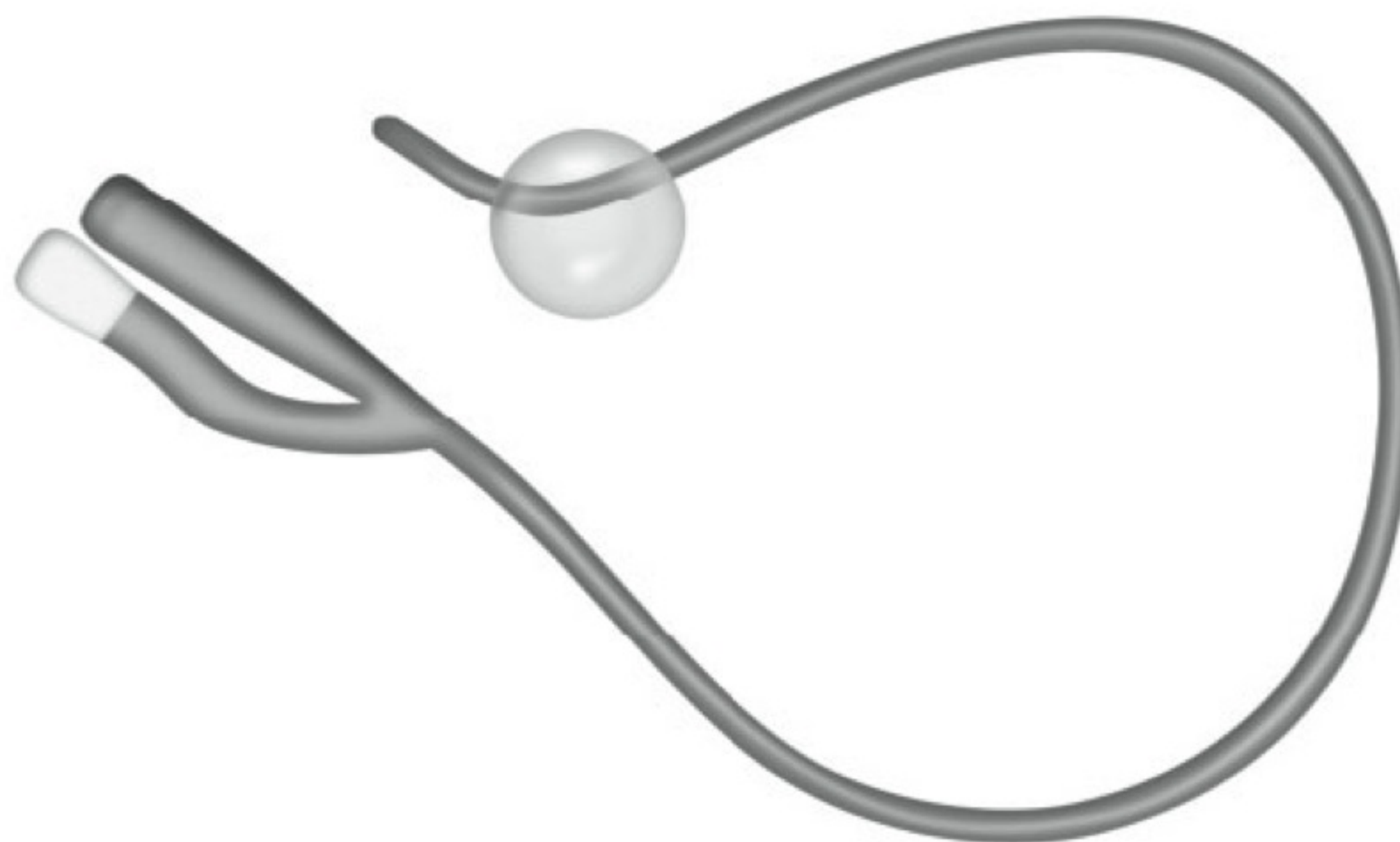


Figura 3.2.6.2

Adapte a sonda Folley ao coletor de urina fechado.

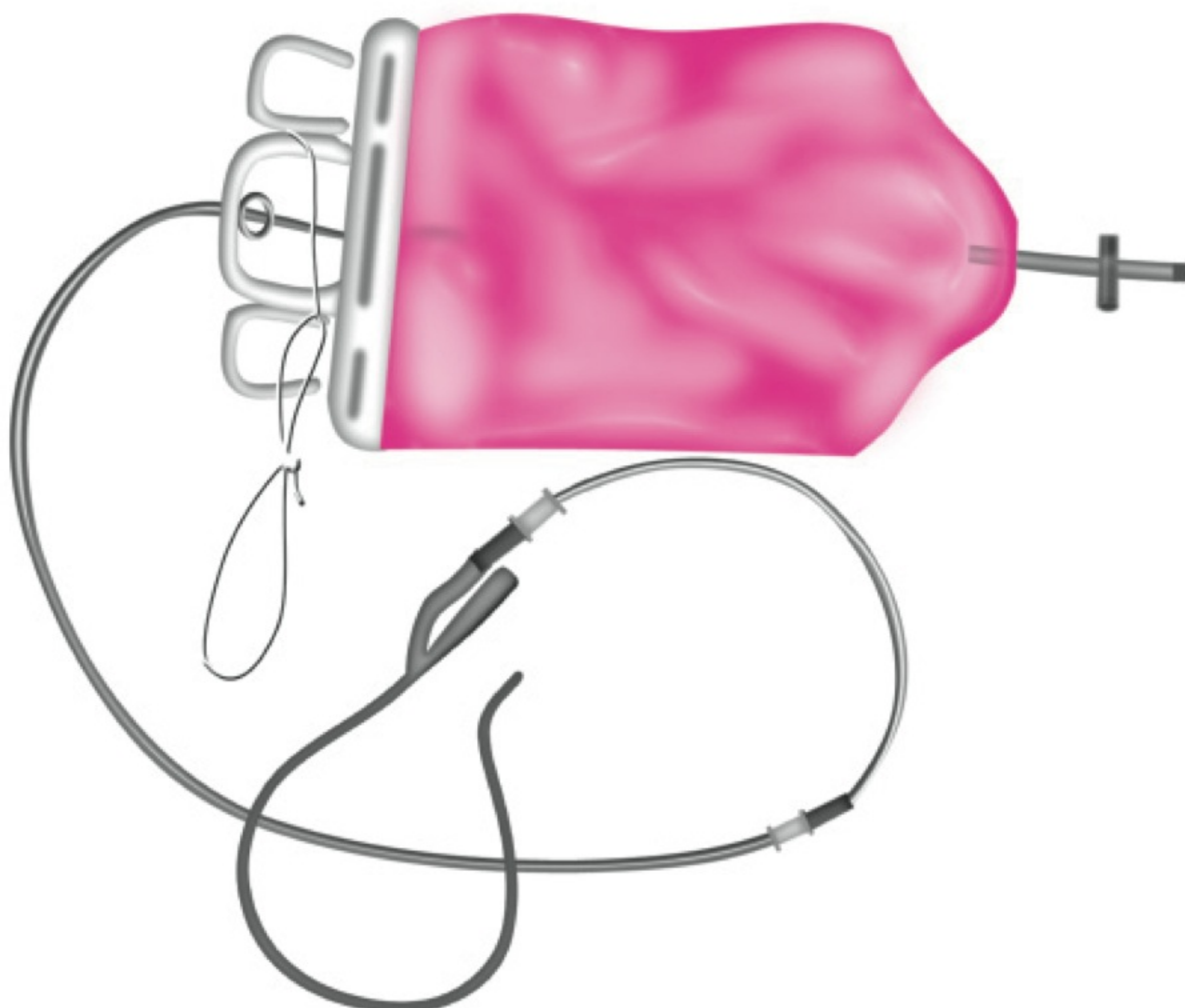
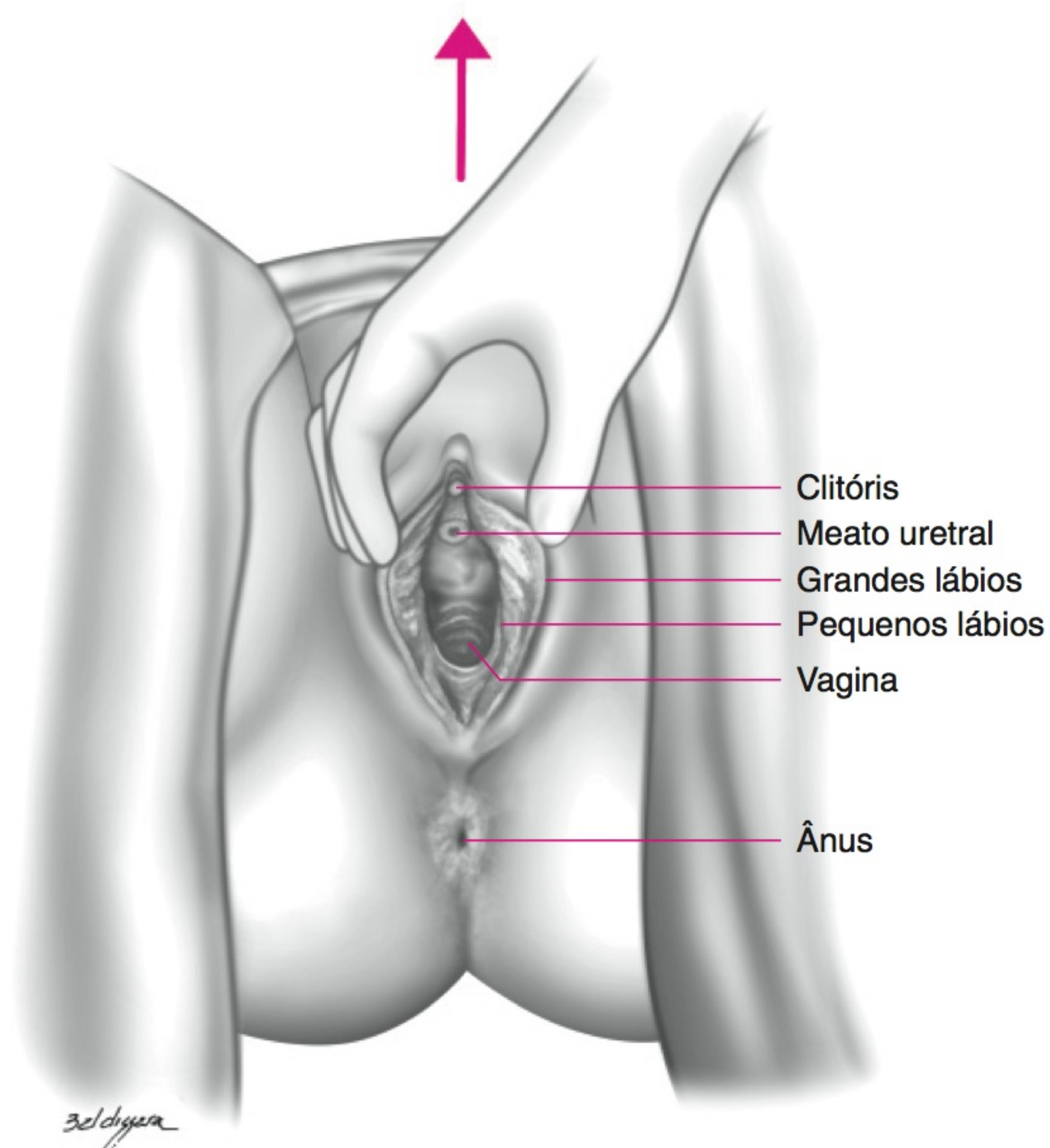
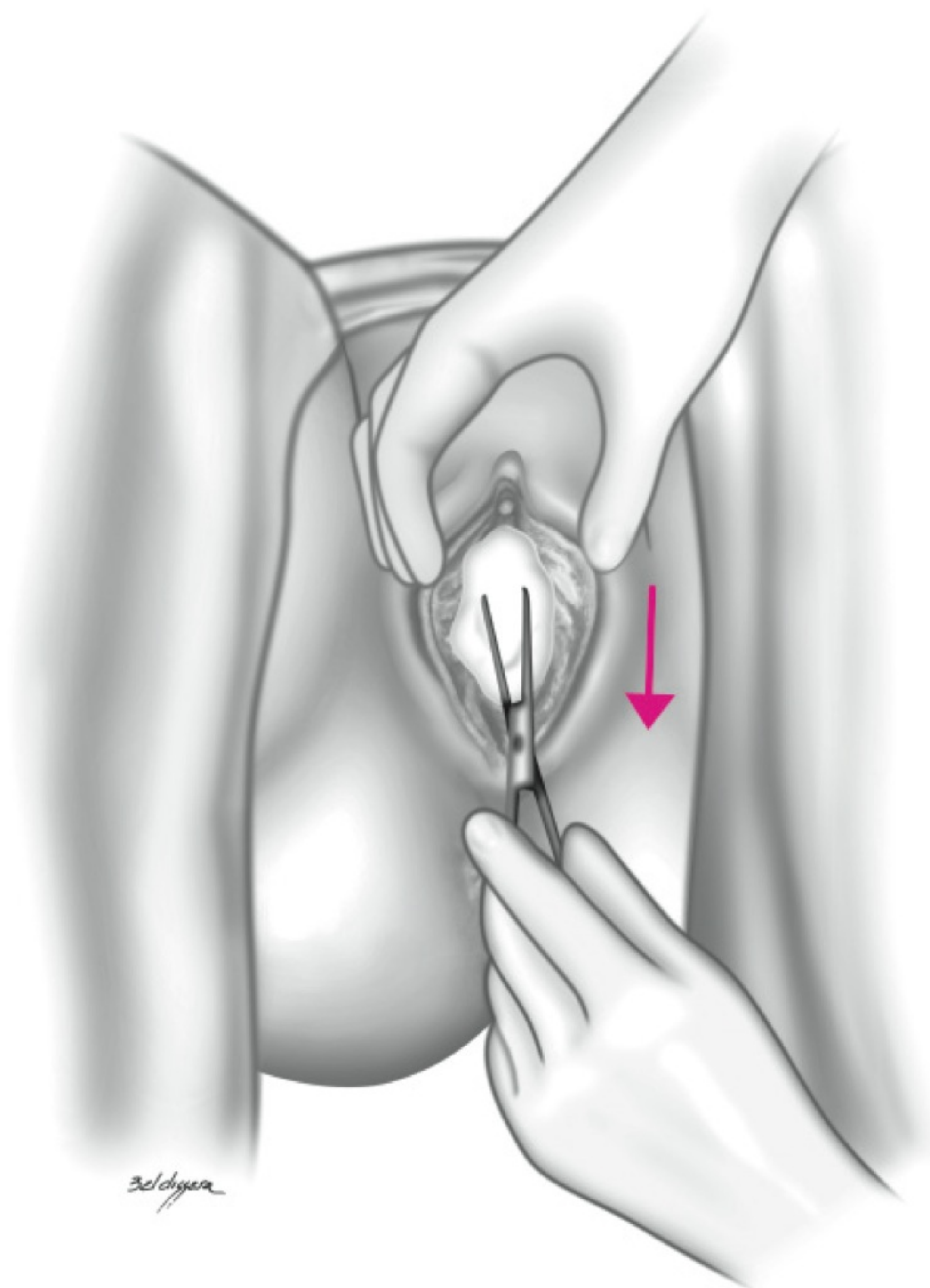


Figura 3.2.6.3

Separe os pequenos lábios com o polegar e o indicador da mão esquerda, expondo o vestíbulo da vagina.

**Figura 3.2.6.4**

Faça a antissepsia local, dando atenção especial ao meato uretral. Troque a gaze ou o algodão a cada etapa.



■ Recomendações

- Em paciente com sonda vesical de demora, deve-se fazer cuidadosa higienização do meato uretral com água e sabão neutro, 1 vez/dia
- Em pacientes acamadas, com sonda vesical, deve-se fazer higiene íntima após cada evacuação
- As sondas mais utilizadas para cateterismo vesical em mulheres são as de nº 12, 14 ou 16 F
- Em alguns casos de retenção urinária, pode-se colocar bolsa de água quente na região suprapúbica, para estimular a drenagem de urina
- O sistema de drenagem deve ser obrigatoriamente “fechado” e só trocado com a sonda, quando for manipulada inadequadamente. Não há um intervalo ideal preconizado para a troca da sonda, mas recomenda-se a sua retirada o mais precocemente possível
- O anestésico deve ser de uso único e estéril.

3.2.7 ■ Verificação de diurese

Objetivo

Avaliar a função renal do paciente, as condições hemodinâmicas e auxiliar no diagnóstico de doenças específicas.

Aplicação

Aos pacientes internados com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Cálice graduado, luvas de procedimento, frasco para urina de 24 h.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material e leve para o quarto do paciente
- Calce as luvas de procedimento
- Explique o procedimento ao paciente
- Despeje o conteúdo do papagaio ou da comadre no cálice graduado
- Coloque o cálice em superfície plana e anote o volume
- Despeje a urina e lave o cálice com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- No caso de coleta ou controle de urina 24 h, guarde-a em frasco apropriado com tampa e identificação
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque a prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado registrando o volume, o aspecto e o odor da urina na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Os pacientes que deambulam devem ser orientados quanto à necessidade de guardarem o volume miccional na comadre ou no papagaio e comunicarem à equipe sempre que o fizerem
- O controle do débito dos pacientes que deambulam deve ser feito a cada micção
- Nos pacientes com sonda vesical de demora, o controle deverá ser realizado pelo menos a cada 6 h
- Nos pacientes com sonda vesical de demora, recomenda-se verificar o volume urinário através do cálice de vidro, devido às modificações que podem ocorrer no formato das bolsas coletoras plásticas, o que pode acarretar erro de medida.

Bibliografia

- Alexandre NMC, Brito E. *Procedimentos básicos de enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas*. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
- Bredt CSO, Batista REA. Questões Frequentes na Prevenção e Manejo da ITU. In: Mangini C. *Prevenção de infecção do trato urinário hospitalar*. São Paulo: APECIH, 21-22; 2000.
- Bruschini H. *Como eu trato bexiga neurogênica*. J.Bras. Urol., 21(1) supl. especial, 1-6, 1995.
- Cancio LC, Sabanegh ES, Thompson IM. *Managing the Foley Catheter*. American Family Physician, 48(5): 829-836; 1993.
- Cardenas DD, Hooton TM. *Urinary Tract Infection in Persons with Spinal Cord Injury*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 76:272-280; 1995.
- Carmagnani MIS et al. *Manual de procedimentos básicos de enfermagem*. São Paulo: Interlivros, 1995.
- Constantino G. Catheterization. In: Jeter, KF et al. *Nursing for Continence*. Filadélfia: W.B. Saunders Company, 1990. Cap. 15, p. 241-266.
- Getliffe K. Catheters and Catheterization. In: Getliffe K, Dolman M. *Promoting continence*. Londres: Baillière Tindall, 1997. Cap. 8, p. 281-341.
- Gouveia VLC e Cesaretti IUR. *Assistência em Estomaterapia — Cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- Hart JA. *The Urethral Catheter — A Review of its Implications in Urinary Tract Infection*. Int. J. Nurs. Stud. 22 (1):57-70; 1985.
- Homenko AS, Lelis MAS, Cury J. Verdades e Mitos no Seguimento de Pacientes com Cateteres Vesicais de Demora. In: *Sinopse de urologia*. 7(2): 35-40; 2003.
- Kumin CM. Care of the Urinary Catheter. In: Kumin CM. *Urinary Tract Infections*. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins, 1997, p. 226-275.
- Nettina SM. *Práticas de enfermagem*, 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- Potter PA. *Grande tratado de enfermagem prática*, 6ª ed. São Paulo: Santos Editora, 2005.
- Prado AR, Dantas LS. *Cateterismo vesical*. JBM, 57(1): 25-30; 1989.
- Srougi M. Tratamento Cirúrgico da Hiperplasia Prostática. In: Srougi M. *Hiperplasia Prostática*. Rio de Janeiro: Record, 1995, p. 173-211.
- Tanagho EA, Schmidt RA. Distúrbios Neurogênicos da Bexiga. In: Tanagho EA, McAninch JW. *Urologia Geral*, 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. Cap. 27, p. 350-362.
- Wong ES. *Guideline for Prevention of Catheter Associated Urinary Tract Infections*. CDC — Centers for Disease Control and Prevention. December; 2001.



Parte 4 Cuidados Respiratórios

Seção 4.1 Aspiração de Vias Respiratórias, 84

4.1.1 Aspiração da cânula endotraqueal, 84

4.1.2 Aspiração da cânula de traqueostomia, 86

Seção 4.2 Drenagem Torácica, 89

4.2.1 Auxílio na drenagem torácica, 89

4.2.2 Auxílio na retirada de dreno torácico, 90

4.2.3 Instalação de dispositivo para aspiração contínua em drenagem torácica, 92

4.2.4 Troca de frasco de drenagem torácica, 93

4.2.5 Troca de selo d'água do frasco de drenagem torácica, 94

Seção 4.3 Precauções, 95

4.3.1 Precauções respiratórias para aerossóis, 95

4.3.2 Precauções respiratórias para gotículas, 96

Seção 4.4 Oxigenoterapia, 97

4.4.1 Oxigenoterapia por cateter nasal, 97

4.4.2 Oxigenoterapia por inalação, 99

4.4.3 Oxigenoterapia por máscara de nebulização de Venturi, 100

Seção 4.5 Toracocentese, 102

4.5.1 Auxílio na toracocentese, 102

Bibliografia, 104

Seção 4.1

Aspiração de Vias Respiratórias

4.1.1 ■ Aspiração da cânula endotraqueal

Objetivo

Manter as vias respiratórias desobstruídas.

Aplicação

Aos pacientes intubados internados e de pronto atendimento com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, sonda de aspiração nº 12, luvas de procedimento, luvas estéreis, solução fisiológica (10 mL), água destilada (250 mL), vacuômetro ou aspirador, frasco de aspiração, máscara cirúrgica e óculos de proteção lateral, álcool a 70% e compressa.

■ Descrição e sequência dos passos

Aspiração de vias respiratórias superiores

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Coloque o paciente em posição de semi-Fowler ou sentado, quando possível
- Adapte o vacuômetro ou aspirador ao frasco coletor
- Coloque máscara cirúrgica e óculos protetores, abra o invólucro da sonda e adapte-a à extensão do aspirador
- Coloque luvas de procedimento e regule a pressão do aspirador/vacuômetro
- Lubrifique a sonda com água destilada ou soro fisiológico a 0,9% estéril, introduza em uma das narinas, clampeada (sem aplicar sucção) e aspire retirando a sonda, em movimento circular, por, no máximo, 15 s
- Retire lentamente a sonda e deixe o paciente descansar por 20 a 30 s
- Aspire a cavidade oral, utilizando cânula de Guedel. Se necessário, despreze a sonda.

Aspiração de vias respiratórias inferiores

- Abra o invólucro da outra sonda sem retirá-la totalmente da embalagem e adapte-a ao aspirador
- Calce as luvas estéreis
- Regule a pressão de aspiração com a mão considerada não-estéril
- Desconecte o tubo do circuito do respirador
- Introduza a sonda no tubo clampeada (sem aplicar sucção) até encontrar resistência ou ocorrer tosse por estimulação
- Aspire retirando a sonda com movimento circular. Esta etapa não deve exceder a 10 s
- Reconecte o tubo do paciente ao respirador, deixando-o descansar por pelo menos 30 s
- Se necessário, repita o procedimento, mas não realize mais do que três ou quatro aspirações por sessão

- Após todas as aspirações, lave a extensão do aspirador com solução estéril e despreze a sonda enrolando-a na mão e puxando a luva sobre ela
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque a prescrição e anote o procedimento realizado, registrando o aspecto, a quantidade de secreção e a reação do paciente durante e após o procedimento, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- O diâmetro da sonda não deve ultrapassar um terço do diâmetro da cânula
- Forneça oxigênio a 100% antes e após aspiração, dependendo do estado clínico do paciente
- Sempre que o alarme de pressão alta disparar, deve-se considerar a presença de secreção, broncoespasmo ou dobra no circuito
- Conforme a recomendação do CDC (Centers for Disease Control), as vias respiratórias superiores devem ser aspiradas antes das inferiores, pois, ao se aspirar o tubo, o reflexo da deglutição é estimulado e boa parte da secreção que estava acumulada na parte superior do balonete acaba escorrendo para dentro dos brônquios. Esta é considerada uma medida não-farmacológica de controle de infecções
- Taquicardia, arritmias e queda da saturação são eventos adversos da aspiração
- Na aspiração da orofaringe, atente para estímulo vagal, que pode gerar bradicardia importante
- A limpeza dos frascos de aspiração deve ser realizada no expurgo da própria unidade. A secreção aspirada deve ser desprezada no expurgo. Deve-se lavar o frasco com água e sabão e friccionar uma compressa embebida em álcool a 70% nas partes interna e externa do frasco
- Enxague com álcool a 70%
- Se o frasco de aspiração (a vácuo) for descartável, deve-se trocá-lo quando preencher 2/3 da sua capacidade
- Troque as extensões de aspiração diariamente
- Não introduza a sonda além do comprimento da cânula, para não lesionar a mucosa da traqueia
- O ambu, durante a aspiração, deve ser utilizado com critério, pois pode deslocar um tampão mucoso, o que pode acarretar atelectasia

- Observe o paciente durante o procedimento, oxigenando-o nos intervalos e conectando o respirador ao paciente com o uso de ventilação mecânica
- Para melhor eficácia na aspiração, a cabeça do paciente deve ser lateralizada para a direita, para aspiração do brônquio esquerdo, e ao contrário, para aspiração do brônquio direito, com cuidado para não deslocar a cânula endotraqueal
- O uso da instilação de soro fisiológico para fluidificar secreções deve ser limitado a casos de rolhas e obstrução que não se reverta somente com a aspiração
- As sondas de PVC são de uso único e devem ser descartadas após o uso
- A pressão de aspiração recomendada é de 110 a 150 mmHg em adultos, de 95 a 110 mmHg em crianças e de 50 a 95 mmHg em recém-nascidos.

4.1.2 ■ Aspiração da cânula de traqueostomia

Objetivo

Manter as vias respiratórias desobstruídas.

Aplicação

Aos pacientes internados e de pronto atendimento com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, sonda de aspiração nºs 12, 14 e 16, luvas de procedimento, luvas de toque estéril, gaze estéril, vacuômetro ou aspirador, frasco de aspiração, máscara cirúrgica descartável, avental descartável e óculos de proteção lateral.

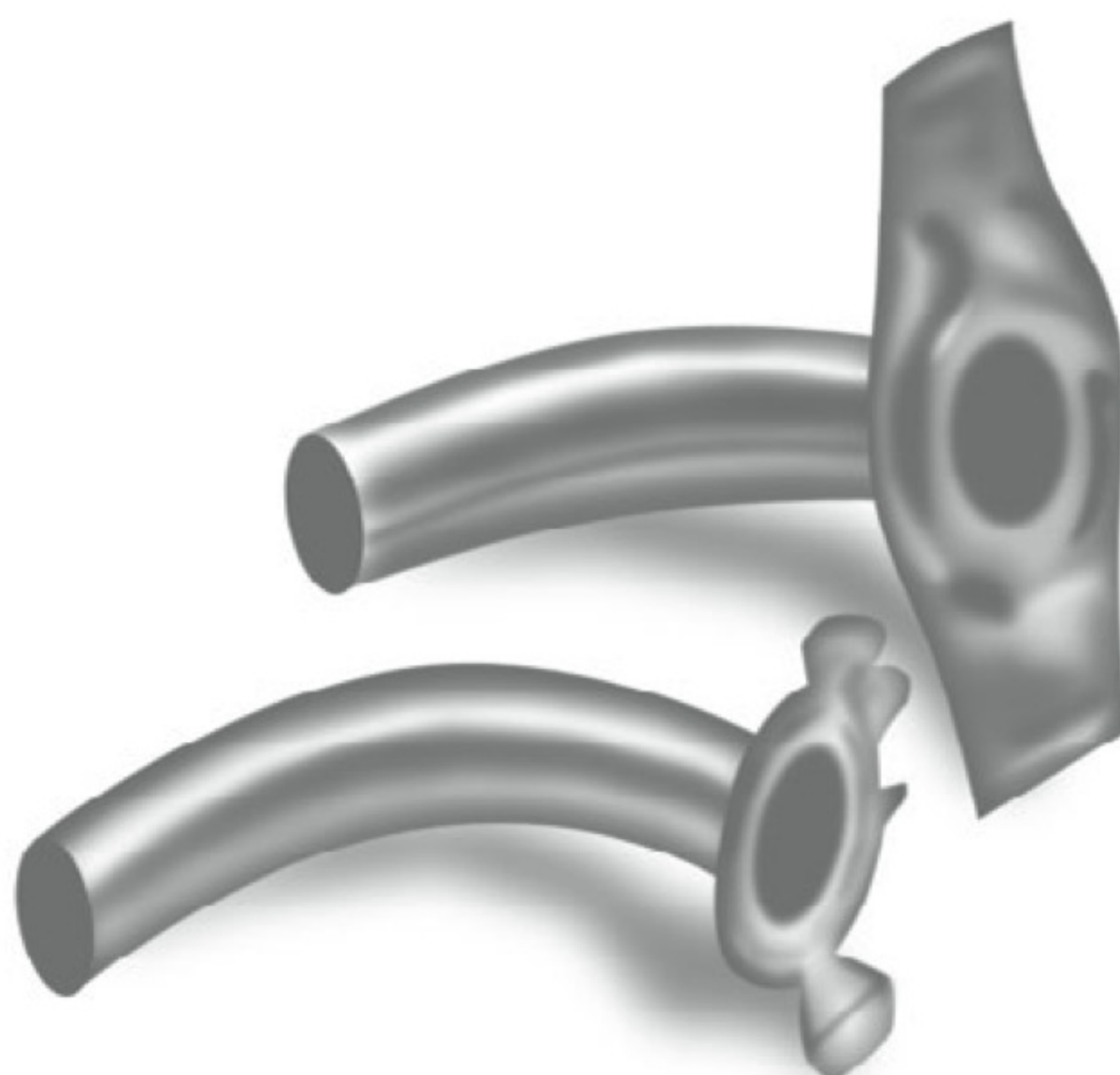
■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Adapte o vacuômetro, o frasco coletor e a sonda de aspiração, sem retirá-la completamente da embalagem
- Coloque máscara descartável, avental e óculos de proteção lateral
- Posicione o paciente em posição de semi-Fowler
- Calce as luvas de procedimento
- Verifique a pressão do aspirador (manter entre 110 e 150 mmHg)
- Calce a luva de toque estéril na mão que irá segurar o cateter de aspiração ou segure o cateter envolvido em uma gaze estéril
- Solicite que o paciente faça uma inspiração profunda, quando possível; se não for possível realize uma hiperventilação
- Introduza a sonda, sem aplicar sucção, por cerca de 12 a 14 cm (2 a 3 cm além do comprimento da cânula)
- Aplique a sucção fazendo movimentos rotatórios e prossiga retirando o cateter da traqueia
- Não aplique sucção por mais de 10 s seguidos
- Deixe o paciente descansar 20 a 30 s antes de repetir o procedimento, se for necessário

- Observe a quantidade e as características da secreção
- Despreze a sonda enrolando-a em uma das mãos e puxando a luva sobre a sonda
- Realize a ausculta pulmonar e observe a frequência respiratória
- Retire as luvas de procedimento
- Deixe o paciente em posição confortável
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque a prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, registrando o aspecto, a quantidade da secreção e a reação do paciente antes, durante e depois da aspiração.

Figura 4.1.2.1

Cânula traqueal e mandril.

**Figura 4.1.2.2**

Sondas de aspiração.



■ Recomendações

- Observe o paciente durante o procedimento, oxigenando-o se necessário e, se possível, mantenha oximetria de pulso
- É recomendado que o profissional utilize máscara descartável, avental e óculos de proteção lateral para proceder à aspiração (precaução padrão)
- O frasco de aspiração e o intermediário devem ser lavados a cada plantão e sempre que houver necessidade
- Para fluidificar secreções, faça inalações com solução fisiológica a 0,9% antes de proceder à aspiração
- Utilize fluido estéril, se for necessário lavar a sonda de aspiração
- As sondas de PVC devem ser descartadas após o uso
- A pressão de aspiração recomendada é de 110 a 150 mmHg em adultos, de 95 a 110 mmHg em crianças e de 50 a 95 mmHg em recém-nascidos
- Observe a presença de cianose, queda da saturação, sangramento e alterações no nível de consciência, antes, durante e após o procedimento
- Considere sempre a possibilidade de parada cardiorrespiratória. Portanto, deixe sempre o material de atendimento de emergência pronto para uso
- Se houver sangramento durante o procedimento, interrompa imediatamente e comunique ao enfermeiro
- A observação visual do acúmulo de secreção e a ausculta pulmonar devem determinar a necessidade de se realizar a aspiração.

Seção 4.2

Drenagem Torácica

4.2.1 ■ Auxílio na drenagem torácica

Objetivo

Possibilitar a descompressão da cavidade pleural causada por entrada de ar (pneumotórax), sangue (hemotórax) ou líquido (derrame pleural) e devolver ao pulmão a capacidade de reexpandir e realizar a sua função respiratória.

Aplicação

Aos pacientes internados e de pronto atendimento com pneumotórax ou hemotórax.

Responsabilidade

Médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, 1 LAP (avental, compressas e campos estéreis) campo fenestrado estéril, gaze esterilizada, caixa de instrumental, luva cirúrgica, pacote de curativos ou caixa de pequenas cirurgias, antisséptico, 2 seringas de 10 mL, 1 agulha: 30 mm × 7 mm; 40 mm × 12 mm e 13 mm × 4,5 mm; 1 kit de dreno torácico, frasco de solução anestésica sem vasoconstritor, 2 fios de sutura mononáilon 3.0, 1 lâmina de bisturi nº 11 ou 15, PVPI ou clorexidina alcoólica, sistema de drenagem, água esterilizada, material de curativo, esparadrapo e adesivo hipoalergênico.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna todo o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Oriente o paciente quanto ao procedimento
- Ofereça roupa estéril para o médico
- Posicione o paciente na posição dorsolateral, empregando um coxim de apoio e expondo o lado a ser drenado
- Auxilie o médico, abrindo o material solicitado sobre uma superfície limpa e sem contaminação
- Realize degermação ampla do local de inserção do dreno com clorexidina ou PVPI degermante, retire o excesso de degermante com gaze estéril e realize a antisepsia com clorexidina ou PVPI alcoólico em campo ampliado
- Conecte o sistema de drenagem ao dreno, com o frasco de drenagem previamente preparado: abra o frasco do kit de drenagem e preencha-o com água estéril até que a extremidade do dreno fique submersa (aproximadamente 4 cm)
- Observe se há oscilação ou saída de sangue ou líquido pelo dreno ou borbulhas pela saída de ar
- Mantenha o sistema sob o leito em nível sempre abaixo do tórax do paciente e em lugar seguro, para não virar
- Deixe o paciente em posição confortável
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque a prescrição médica e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Esse procedimento é realizado por médico, auxiliado pela equipe de enfermagem

- Ao mobilizar o paciente fora do leito, pince o dreno e despince-o quando o paciente estiver posicionado, deixando o frasco de drenagem cerca de 60 a 90 cm abaixo do nível da caixa torácica
- Evite pinçar o dreno desnecessariamente, devido ao risco de pneumotórax hipertensivo
- Observe se o sistema está hermeticamente fechado e se as conexões estão seguras
- Ao término de cada plantão, deve-se observar e medir o volume do líquido drenado, observando-lhe o aspecto. O frasco de drenagem deve ser preenchido com soro fisiológico ou água esterilizada até atingir aproximadamente 4 cm do tubo de drenagem. O selo d'água deve ser trocado a cada 24 h ou com maior frequência, se houver necessidade
- Observe o paciente e comunique a presença de qualquer sinal ou sintoma de desconforto respiratório
- Realize a fixação do dreno (fita adesiva hipoalergênica na pele e esparadrapo por cima)
- Realize curativo diário no local de inserção do dreno e observe o aspecto da pele ao redor e se há presença de secreção.

4.2.2 ■ Auxílio na retirada de dreno torácico

Objetivo

Retirar dreno torácico.

Aplicação

Aos pacientes internados com pneumotórax ou hemotórax.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, gaze esterilizada, caixa de instrumental, luva de procedimento, pacote de curativo ou caixa de pequenas cirurgias, 1 lâmina de bisturi nº 11 ou 15, PVPI ou clorexidina, esparadrapo e adesivo hipoalergênico, biombo.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna todo o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Posicione o paciente em decúbito lateral ou dorsal, expondo o lado da drenagem torácica
- Realize novamente a higienização das mãos
- Auxilie o médico, abrindo o material solicitado sobre uma superfície limpa e sem contaminação
- Antes de iniciar a retirada do dreno, prepare um curativo oclusivo com esparadrapo largo e gazes
- Faça a antisepsia com PVPI a 10% (alcoólico) no local de inserção do dreno
- Retire a sutura cortando o fio de sutura com a lâmina de bisturi
- Oriente o paciente a inspirar profundamente e prender a respiração durante a retirada do dreno

- Tracione o dreno com movimento circular e coloque imediatamente o curativo oclusivo
- Mantenha o curativo oclusivo por 48 h
- Deixe o paciente em posição confortável
- Retire o material e deixe a unidade em ordem
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque a prescrição e anote o procedimento realizado, registrando o aspecto do local da inserção do dreno, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Este procedimento é realizado por médico, auxiliado pela equipe de enfermagem
- Deve-se manter o curativo oclusivo por 48 h para minimizar a possibilidade de entrada de ar através da parede torácica. Observe o curativo nesse período e comunique ao médico, caso apresente líquido drenado ou descolamento
- Observe e controle o padrão respiratório do paciente e comunique a presença de alterações dos sinais vitais e saturação de O₂.

4.2.3 ■ Instalação de dispositivo para aspiração contínua em drenagem torácica

Objetivo

Possibilitar a descompressão da cavidade pleural quando grandes volumes de ar ou líquido precisam ser drenados.

Aplicação

Aos pacientes internados com drenagem de tórax.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Válvula de aspiração, frasco de aspiração de tórax com tampa de 3 vias, 6 l de água esterilizada, pacote de curativo (pinça Kocker ou Kelly), frasco redutor e vacuômetro.

■ Descrição e sequência dos passos

Frasco de aspiração de três vias

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Explique o procedimento ao paciente
- Prepare o frasco de três vias, colocando água esterilizada de modo que a ponta da haste longa fique imersa sob a água
- Conecte uma extremidade da extensão do frasco de aspiração à válvula (vacuômetro)
- Instale uma via de extensão do dreno na fonte de aspiração e outra no frasco que está instalado no paciente; a outra (haste longa) ficará ao ar ambiente
- Pince o dreno próximo ao tórax
- Ajuste a aspiração segundo o valor prescrito de pressão negativa e desconecte a pinça
- Observe se há oscilação no frasco do paciente e borbulhamento no frasco de três vias.

Frasco de aspiração conectado ao vacuômetro

- Adapte uma extremidade da extensão na saída de ar do frasco de drenagem e a outra no frasco redutor (contendo água estéril até o nível de pressão prescrito) ligado ao vacuômetro
- Verifique se o frasco redutor está borbulhando
- Deixe a unidade do paciente em ordem
- Higienize as mãos
- Cheque a prescrição médica e anote o procedimento realizado e o aspecto do volume drenado, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- A pressão de aspiração não deverá ultrapassar 20 a 25 cm de H₂O
- A ordenha do dreno está indicada em casos em que haja drenagem de conteúdo hemático com formação de coágulos. Pode ser realizada com o auxílio de uma pinça de ordenha ou com as mãos, através do colapamento do sistema com gaze embebida em álcool: uma mão colaba o sistema próximo ao dreno e permanece fixa, e a outra desliza pelo látex, promovendo a sucção para retirada do coágulo.

4.2.4 ■ Troca de frasco de drenagem torácica

Objetivo

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

Aplicação

Aos pacientes internados com drenagem de tórax.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, *kit* de drenagem de tórax (frasco), água esterilizada, um pedaço de fita adesiva (de mais ou menos 30 cm), luvas de procedimento e pacote de curativo (pinça Kocker ou Kelly).

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare o novo frasco coletor no posto de enfermagem
- Coloque água esterilizada no novo frasco até assegurar a imersão de 4 cm do fundo do frasco coletor
- Prenda no frasco uma fita em posição vertical, e marque o nível de água com um traço, anotando a data e a hora da troca
- Reúna todo o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Oriente o paciente sobre o procedimento
- Higienize as mãos novamente
- Calce as luvas de procedimento
- Pince o dreno próximo ao tórax, com pinça Kocker ou Kelly
- Retire o copo do frasco e coloque imediatamente o novo copo do frasco preparado, observando se este está bem fechado
- Retire a pinça com o frasco de drenagem abaixo do nível do paciente
- Observe se há oscilação e drenagem e, se necessário, faça ordenha na extensão
- Posicione o frasco de modo a evitar a formação de alças (coto-velos) e coloque-o sob a cama, abaixo do nível do tórax (60 a 90 cm), devidamente protegido de quedas acidentais
- Meça o volume drenado
- Retire as luvas de procedimento
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque a prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, registrando o volume e o aspecto do líquido drenado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Atualmente, evita-se trocar o sistema coletor de drenagem torácica. Mensura-se e esvazia-se o frasco quando necessário, ou pelo menos a cada 24 h, e reutiliza-se o frasco para o mesmo paciente, desde que seja adotada técnica asséptica e se utilize água estéril para refazer o selo d'água.

4.2.5 ■ Troca de selo d'água do frasco de drenagem torácica

Objetivo

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

Aplicação

Aos pacientes internados com drenagem de tórax.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, água esterilizada, um pedaço de fita adesiva (de mais ou menos 30 cm), luvas de procedimento e pacote de curativo (pinça Kocker ou Kelly).

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna todo o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Oriente o paciente sobre o procedimento
- Calce as luvas de procedimento
- Pince o dreno próximo ao tórax, com pinça Kocker ou Kelly
- Meça a quantidade de líquido no frasco
- Retire o copo do frasco
- Despeje o líquido do frasco em uma vasilha
- Lave o frasco com água esterilizada
- Coloque água esterilizada no novo frasco até assegurar a imersão de 4 cm da ponta do frasco coletor
- Feche o frasco, observando se está bem vedado
- Prenda, no frasco, uma fita em posição vertical, e marque o nível da água com um traço, anotando a data e a hora da troca
- Retire a pinça, com o frasco de drenagem abaixo do nível do paciente
- Observe se há oscilação e drenagem e, se necessário, faça uma ordenha na extensão
- Posicione o frasco, para evitar formação de alças (cotovelos) e coloque-o sob a cama, abaixo do nível do tórax (60 a 90 cm) e devidamente protegido de quedas acidentais
- Retire as luvas de procedimento
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque a prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, registrando o volume e o aspecto do líquido drenado, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Atualmente, evita-se trocar o sistema coletor de drenagem torácica. Mensura-se e esvazia-se o frasco quando necessário, ou pelo menos a cada 24 h, e reutiliza-se o frasco para o mesmo paciente, desde que seja adotada técnica asséptica e se utilize água estéril para refazer o selo d'água.

Seção 4.3

Precauções

4.3.1 ■ Precauções respiratórias para aerossóis

Objetivo

Prevenção da transmissão por aerossóis (partículas de tamanho menor ou igual a $5\ \mu$).

Aplicação

Aos pacientes internados que necessitem de isolamento respiratório para aerossóis (tuberculose, varicela e sarampo).

Responsabilidade

Profissionais da área de saúde.

Material

N95 ou máscara tipo PFF2 (proteção facial filtro 2).

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos ao entrar e ao sair do quarto (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Coloque a máscara N95 ou (PFF2) antes de entrar no quarto. Esse tipo de máscara tem dois elásticos que devem ser posicionados corretamente, um na região superior e outro na região inferior da cabeça
- Adapte a máscara ao rosto para que não escape ar
- Mantenha o paciente em quarto privativo com pressão negativa ou portas fechadas e janelas abertas
- Ao entrar ou sair do quarto, mantenha a porta aberta o menor tempo possível
- Ao sair do quarto, retire a máscara e mantenha-a em local seco e limpo até a próxima utilização.

■ Recomendações

- O transporte do paciente deve ser limitado. Quando necessário, o paciente deverá sair do quarto utilizando máscara cirúrgica
- As máscaras N95 ou PFF2 são de uso pessoal e podem ser utilizadas pelo mesmo profissional por período não superior a 30 dias, desde que permaneçam limpas, secas e íntegras, acondicionadas em saco plástico, sem amassar e em local adequado
- As máscaras N95 ou PFF2 devem ser utilizadas durante a assistência ao paciente intubado, pois continua ocorrendo liberação de microrganismos no ambiente pela válvula exalatória
- As visitas devem ser restritas e orientadas pelo enfermeiro
- O paciente deve permanecer em quarto privativo a pressão negativa ou, na ausência desta condição, em quarto privativo com as portas fechadas e janelas abertas, para possibilitar a circulação de ar
- O enfermeiro deve orientar familiares, e outros profissionais que entrem em contato com o paciente, sobre a higienização das mãos e a necessidade do uso de máscara.

4.3.2 ■ Precauções respiratórias para gotículas

Objetivo

Prevenção da transmissão por gotículas (gotículas com partículas de tamanho maior ou igual a 5 μ).

Aplicação

Aos pacientes internados e de pronto atendimento que necessitem de isolamento respiratório para gotículas (meningite meningocócica, rubéola, caxumba, outros).

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Máscara cirúrgica.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos ao entrar e ao sair do quarto (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Coloque a máscara cirúrgica quando a proximidade com o paciente for menor que 1 m
- Descarte a máscara ao sair do quarto.

■ Recomendações

- As precauções-padrão devem continuar a ser aplicadas
- O transporte do paciente deve ser limitado e, quando necessário, o paciente deverá sair do quarto usando máscara cirúrgica
- Deve-se manter o paciente em quarto privativo individual ou, caso não seja possível, em quarto com outro(s) paciente(s) infectado(s) pelo mesmo microrganismo (coorte); a distância mínima entre os leitos deve ser de 1 m
- O enfermeiro deve orientar familiares e outros profissionais que entrem em contato com o paciente a seguirem as precauções respiratórias para gotículas
- As visitas devem ser restritas.

4.4.1 ■ Oxigenoterapia por cateter nasal

Objetivo

Melhorar a oxigenação, a perfusão tecidual e corrigir acidose respiratória.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento, com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, umidificador, água destilada, fluxômetro, luvas de procedimento, soro fisiológico, cateter nasal nº 6, 8 ou 10, esparadrapo ou adesivo hipoalergênico, álcool a 70%, gaze (não-estéril).

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve para junto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Monte o umidificador, colocando água destilada até o nível indicado no recipiente, e conecte-o ao cateter
- Conecte o umidificador à rede de oxigênio, através do fluxômetro
- Calce as luvas de procedimento
- Limpe uma das narinas do paciente com gaze umedecida em soro fisiológico
- Introduza o cateter nasal na narina (4 a 6 cm), ou adapte o cateter-óculos
- Limpe o nariz com álcool a 70%, para retirar a oleosidade, e fixe o cateter no nariz ou na face, no caso de cateter comum
- Abra o fluxômetro, regulando a quantidade de oxigênio em litros por minuto (ℓ/min), de acordo com a prescrição médica, e verifique se há borbulhamento no frasco umidificador
- Observe o paciente por alguns minutos e verifique a pressão arterial, o pulso e a frequência, o ritmo e a amplitude da respiração
- Coloque etiqueta no umidificador e no cateter de oxigênio constando a data de instalação
- Deixe o paciente confortável
- Retire o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque a prescrição médica e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- O uso de oxigênio por períodos prolongados, seja por cateter ou por máscara facial, só deve ser feito sob prescrição médica
- A equipe de enfermagem deve observar e anotar os seguintes sinais em pacientes que estão recebendo oxigênio: perfusão periférica, frequência respiratória e cardíaca, alterações da pressão sanguínea e alterações no nível de consciência e no padrão respiratório
- Caso seja apropriado, deve-se fazer acompanhamento da saturação periférica de oxigênio pelo oxímetro
- O fluxo recomendado é de 1 a 5 l/min. O aumento do fluxo poderá causar desconforto, bem como cefaleia
- A fixação do cateter deve ser trocada diariamente
- Deve-se fazer revezamento nas narinas, no caso de cateter simples
- Observe a perviedade do cateter
- Oriente o paciente quanto à importância da respiração nasal
- O umidificador deve ser encaminhado para limpeza e desinfecção de alto nível a cada 7 dias
- O cateter de oxigênio é de uso individual e não demanda troca programada, devendo ser mantido protegido em embalagem plástica, junto ao leito do paciente. Deve-se passar álcool a 70% a cada uso.

4.4.2 ■ Oxigenoterapia por inalação

Objetivo

Umidificar as vias respiratórias, fluidificar secreções da membrana mucosa do trato respiratório, para facilitar sua expulsão e ajudar no tratamento medicamentoso de doenças pulmonares.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento, com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, inalador, ampola de solução fisiológica a 0,9%, medicamento prescrito, se for o caso, e fluxômetro.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna o material na bandeja e leve-o para o quarto do paciente
- Coloque 3 a 5 ml de solução fisiológica 0,9% no reservatório do inalador e/ou medicação, conforme prescrição médica, e leve para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Identifique o inalador com a data e, em espaços coletivos, com o nome e o registro do paciente
- Conecte o inalador ao tubo extensor e ligue no fluxômetro
- Abra o fluxômetro a 3 a 7 l/min de oxigênio e verifique se há saída de névoa do inalador
- Oriente o paciente a respirar tranquilamente e verifique se ele mantém a posição correta da cabeça e do inalador junto à face (Figura 4.4.2.1)
- Solicite ao paciente que force a tosse, para expelir a secreção
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Lave o inalador com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70% a cada uso



Figura 4.4.2.1

Posicionamento do inalador junto à face.

- Mantenha os inaladores em embalagem plástica, junto ao leito
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque na prescrição médica e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Observe e anote os sinais vitais, o nível de consciência e a perfusão periférica
- Em pacientes intubados, deve-se adicionar o adaptador em T, para que se faça a conexão entre o tubo e o circuito do respirador
- Em pacientes com déficit motor, o profissional deverá segurar o inalador ao mesmo tempo em que observa possíveis efeitos indesejados
- Após o procedimento, faça ou oriente a higiene oral, se necessário
- Encaminhe o inalador para desinfecção de alto nível a cada 24 h.

4.4.3 ■ Oxigenoterapia por máscara de nebulização de Venturi

Objetivo

Fornecer aporte de oxigênio e corrigir acidose metabólica.

Aplicação

Aos pacientes internados com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, nebulizador ou umidificador (Venturi), traqueia ou extensão, adaptadores de Venturi com diferentes porcentagens de oxigênio, máscara, fluxômetro, água destilada, cadoço ou elástico e material para verificação dos sinais vitais.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna todo o material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Oriente o paciente sobre o procedimento
- Coloque o paciente em posição de Fowler
- Monte o sistema e conecte o nebulizador à rede de oxigênio, através do fluxômetro
- Coloque água destilada até o nível indicado no recipiente
- Abra o fluxômetro que regula a quantidade de oxigênio em litros por minuto (l/min), de acordo com a indicação do conector da máscara de Venturi, certificando-se de sua perviedade, e verifique o borbulhamento
- Coloque a máscara sobre a face do paciente delicadamente e ajuste o cadoço ou elástico para fixá-la
- Observe o paciente por alguns minutos e verifique a pressão arterial, o pulso e a frequência respiratória
- Deixe o paciente confortável

- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque a prescrição médica e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- As máscaras de Venturi possibilitam que o fluxo de oxigênio penetre na máscara facial através de um orifício, misturando-o com o ar ambiente para fornecer a concentração desejada de oxigênio. Essas máscaras precisam estar bem ajustadas à face, para que se obtenha o resultado desejado
- É indicada para pacientes que necessitam de concentrações precisas, seguras e controladas de oxigênio
- Em casos de insuficiência respiratória, deve-se deixar preparado material para intubação endotraqueal. Em algumas situações, a oxigenoterapia pode ser usada intermitentemente, como em pacientes que estão se recuperando de anestesia ou em pacientes com traqueostomia recente, com o objetivo de fornecer aporte de oxigênio e fluidificar as secreções
- O sistema de nebulização deve ser trocado a cada 24 h.

Seção 4.5

Toracocentese

4.5.1 ■ Auxílio na toracocentese

Objetivo

Possibilitar a descompressão da cavidade pleural causada por entrada de ar (pneumotórax), sangue (hemotórax) ou líquido (derrame pleural), devolvendo aos pulmões a capacidade de reexpandir-se e realizar a sua função respiratória.

Aplicação

Aos pacientes internados com prescrição médica.

Responsabilidade

Médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, 1 LAP (avental, compressas e campos estéreis), 1 pacote de curativo, 1 conjunto de agulha de Colp, 1 equipo macrogotas, 2 frascos a vácuo, antisséptico, gaze, 1 cateter intravenoso nº 14 ou 16, 2 seringas de 20 ml e 2 seringas de 10 ml, 1 agulha: 40 mm × 12 mm; 30 mm × 7 mm; 13 mm × 4,5 mm; 1 frasco de lidocaína sem vasoconstritor, luvas estéreis, 1 mesa de Mayo.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna todo material na bandeja e leve para o quarto do paciente
- Oriente o paciente quanto ao procedimento
- Coloque o paciente na posição sentada, na beira do leito, com o corpo inclinado para a frente por sobre a mesa de Mayo, com os braços apoiados e cruzados à frente para afastar as escápulas. Na impossibilidade de obter a colaboração do paciente para permanecer nessa posição, coloque-o em decúbito lateral
- Organize o material sobre uma superfície limpa e abra o material estéril, sem contaminá-lo
- Ajude a paramentar a equipe com luvas, máscara, óculos e avental
- Auxilie durante a antissepsia da pele do paciente no local da punção com PVPI alcoólico
- Após a punção, o médico conectará uma extremidade do equipo (que deve estar com a pinça fechada) ao cateter intravenoso (jelco) ou à agulha de Colp, e o auxiliar do procedimento conectará a outra extremidade ao frasco a vácuo
- Abra a pinça vagarosamente para evitar desconforto ao paciente pela saída rápida de grande quantidade de líquido
- Feche a pinça antes de desconectar a extremidade do equipo do frasco. Se for necessário, troque o frasco durante a drenagem
- Após o término da drenagem, o médico retirará o cateter intravenoso periférico ou a agulha de Colpe, manterá compressão do local por alguns minutos e colocará gaze estéril no local da punção
- Faça um curativo compressivo
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos

- Faça as anotações de enfermagem, registrando o aspecto e a quantidade do líquido drenado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- A coleta de líquido pleural para exame deverá ser realizada pelo médico, logo após a punção, e o líquido poderá ser encaminhado ao laboratório nas seringas ou em tubos apropriados
- Verifique os sinais vitais do paciente antes do procedimento e atente para qualquer queixa do paciente durante e após a realização do procedimento
- Complicações leves incluem: ansiedade, dispneia, tosse, dor e seroma ou hematoma subcutâneo.

Bibliografia

- APECIH — Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. *Precauções e isolamento* (monografia). São Paulo: APECIH, 1999.
- Barichello E. *Proposta de protocolos de cuidados com a traqueostomia do laringectomizado* (dissertação de mestrado). EERP-USP, 2002.
- Bolick D. Segurança e controle de infecção. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso Editores, 2000.
- Carmagnani MIS *et al.* *Manual de procedimentos básicos de enfermagem*. São Paulo: Interlivros, 1997.
- CDC. Guideline for Environmental Infection Control in Health Care Facilities. MMWR 2003; 52 (nº RR-10).
- CDC. Guideline for Preventing Health-Care-Associated Pneumonia, 2003.
- Craven RF, Hirnle CJ. *Fundamentos de enfermagem: saúde e função humanas*, 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- Diogo RC S. *Desenvolvimento do web site educacional sobre intervenção de enfermagem: aspiração de secreções traqueobrônquicas* (dissertação de mestrado). Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina/Departamento de Enfermagem. São Paulo, 2001.
- Hortense FTP. Cuidados Específicos com a Traqueostomia. Revista da Associação Brasileira de Estomaterapias: estomias, feridas e incontinências — SOBEST, 2007; 5(1)39-45.
- Irwin RS, Rippe JM. *Manual de Terapia Intensiva*, 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- Medeiros EAS, Wey SB, Guerra CM. *Diretrizes para a prevenção e o controle de infecções relacionadas com a saúde*. Comissão de Epidemiologia Hospitalar 2006-2007. Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2006, 132p.
- Motta ALC. *Normas, rotinas e técnicas de enfermagem*, 3ª ed. São Paulo: Iátria, 2003.
- Nettina SM. *Práticas de enfermagem*, 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- Pohl FF, Petroianu A. *Tubos, sondas e drenos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- Potter PA, Perry AG. *Grande tratado de enfermagem prática*, 3ª ed. São Paulo: Santos Editora, 1998.
- Rocha PM. Traqueostomias. In: Araujo VJF, Brandão LG, Ferraz AR. *Manual do Residente de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. São Paulo: Keila & Rosenfeld; 1999, p. 66-73.
- Silva LD, Pereira SRM, Mesquita AMF. *Procedimentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004.
- Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner e Suddarth. Enfermagem médico-cirúrgica*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- Smith-Temple J, Johnson JY. *Guia para procedimentos de enfermagem*, 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- Swearinger PL, Howard CA. *Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem*, 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2001.

Parte 5 Verificação de Parâmetros Clínicos

- 5.1.1 Verificação de frequência respiratória, 106
- 5.1.2 Verificação de glicemia capilar, 107
- 5.1.3 Verificação de glicosúria e cetonúria, 108
- 5.1.4 Verificação do peso corpóreo, 109
- 5.1.5 Verificação da pressão arterial, 110
- 5.1.6 Verificação de pressão venosa central, 113
- 5.1.7 Verificação do pulso apical ou da frequência cardíaca, 114
- 5.1.8 Verificação do pulso periférico, 116
- 5.1.9 Verificação da temperatura axilar, 118
- 5.1.10 Verificação da temperatura oral, 119
- 5.1.11 Verificação da temperatura retal, 120
- Bibliografia, 121

5.1.1 ■ Verificação de frequência respiratória

Objetivo

Avaliar o funcionamento do sistema respiratório.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Relógio com ponteiro de segundos, caneta e papel.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Posicione o paciente confortavelmente
- Coloque a mão no pulso radial do paciente, como se fosse controlar o pulso, e observe os movimentos respiratórios
- Conte a frequência respiratória (inspiração e expiração, ciclo completo) por 1 min e memorize
- Higienize as mãos
- Registre o valor e as características da respiração na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- É necessário que o paciente esteja tranquilo e em silêncio
- É importante que o paciente não perceba que o número de respirações está sendo verificado, pois isso poderá interferir no padrão respiratório.

■ Valores de referência e nomenclatura

- Adultos:
 - 12 a 22 inspirações/min (eupneico)
 - Maior que 22 inspirações/min (taquipneico)
 - Menor que 12 inspirações/min (bradipneico)
- Crianças: 20 a 25 inspirações/min
- RN: 30 a 60 inspirações/min
- O termo dispneia refere-se à sensação subjetiva relatada pelo paciente de falta de ar. Pode ou não estar associada a taquipneia.

5.1.2 ■ Verificação de glicemia capilar

Objetivo

Verificar os níveis de glicose no sangue, por meio de fitas reagentes.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica e/ou enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Aparelho para glicemia capilar, fitas reagentes, caneta com lanceta ou agulha de 10 mm × 30 mm, luvas de procedimento, algodão, álcool a 70%.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare o material necessário para o procedimento em uma bandeja
- Leve o material para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente, solicitando que ele lave as mãos caso seja necessário
- Ligue o aparelho e verifique a calibração; observe se o código das fitas é compatível com o do aparelho, bem como a data de validade delas
- Retire a fita e tampe o frasco
- Carregue a lanceta na caneta (se houver) ou separe uma agulha (preferencialmente de insulina)
- Calce as luvas de procedimento
- Ligue o aparelho e introduza a fita, conforme orientação do fabricante
- Faça a assepsia do dedo com algodão embebido em álcool a 70% e deixe secar
- Pressione a ponta de um dos dedos mantendo-o abaixo do nível do coração, para obter maior fluxo de sangue
- Pique na lateral do dedo, fazendo pressão em seguida, até formar uma gota de sangue suficiente para preencher o campo delimitado na fita reagente
- Pingue a gota de sangue no local indicado na fita, sem encostar o dedo
- Coloque o algodão seco sobre o local puncionado e solicite que o paciente faça compressão, caso esteja consciente e orientado
- Proceda conforme a orientação do fabricante, aguarde o resultado e anote o valor
- Retire a lanceta do equipamento (ou pegue a agulha) e a fita e despreze no recipiente de material perfurocortante
- Retire as luvas de procedimento
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Realize higienização das mãos
- Cheque o procedimento realizado, registrando o valor obtido na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente

- Comunique ao enfermeiro e ao médico, se o resultado estiver fora dos parâmetros normais.

■ Recomendações

Resultados normais

- Glicemia de jejum = entre 90 e 110 mg/dℓ
- Antes do almoço ou jantar = entre 70 e 110 mg/dℓ
- Uma hora após as refeições = entre 90 e 160 mg/dℓ
- Duas horas após as refeições = entre 90 e 120 mg/dℓ

- Verifique o prazo de validade das fitas
- Faça rodízio dos locais de punção, consultando as anotações de enfermagem, observando diretamente os dedos, ou perguntando ao paciente qual o local da última punção
- O ato de inclinar a mão do paciente para baixo favorece o enchimento capilar mais rápido
- Nunca esfregue a fita reagente no sangue que ficou aderido à pele
- Não é recomendado utilizar sangue de artérias ou veias; o exame destina-se especificamente à obtenção dos padrões da glicemia nos vasos capilares.

5.1.3 ■ Verificação de glicosúria e cetonúria

Objetivo

Verificar presença excessiva de açúcar e cetonas na urina, por meio de fitas reagentes.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Luvas de procedimento, cuba-rim, fita reagente.

■ Descrição e sequência dos passos

- Prepare o material necessário para o procedimento em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Leve o material para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Calce as luvas de procedimento
- Solicite ao paciente que forneça uma amostra de urina ou obtenha-a diretamente da sonda vesical
- Mergulhe a fita diagnóstica na urina
- Siga as orientações dadas pelo fabricante
- Compare a cor obtida na fita reagente com a escala que consta na embalagem do produto
- Faça a leitura do valor correspondente e memorize-o
- Despeje a urina no vaso sanitário
- Encaminhe o material permanente para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento

- Higienize as mãos
- Cheque o procedimento realizado, registrando o valor obtido na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- A urina estagnada na bexiga durante várias horas não reflete corretamente o teor de glicose e corpos cetônicos no momento do exame
- Nunca utilize a primeira urina do dia. Colete amostra recém-eliminada
- Para pacientes acamados, ofereça comadre ou papagaio
- O paciente deve ser orientado a chamar imediatamente a enfermagem após urinar e a não descartar a urina
- Verifique o prazo de validade das fitas
- Os horários antes das refeições são os mais indicados para a realização do exame
- A contagem do tempo deve ser exata
- Valor normal esperado — glicose e cetonas ausentes na urina.

5.1.4 ■ Verificação do peso corpóreo

Objetivo

Avaliar o estado nutricional, ganhos, perdas e retenção de líquidos e fornecer valores para adequar a medicação, a hidratação e a dieta para o paciente, bem como a avaliação da eficácia dos medicamentos que atuam sobre os sistemas urinário, endócrino, digestório e cardiovascular.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Balança mecânica ou eletrônica, papel-toalha.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Explique o procedimento ao paciente
- Forre a base da balança com papel-toalha
- Verifique as condições da balança, destrave-a (balança mecânica), tare a balança e trave-a, ou ligue-a (balança eletrônica) e verifique a tara
- Solicite ao paciente que retire calçados e roupas pesadas, ajudando-o a subir na balança
- Leia o valor obtido no painel digital (balança eletrônica), ajuste os massores e verifique o peso (balança mecânica)
- Ajude o paciente a descer da balança
- Remova o papel-toalha da balança
- Higienize as mãos
- Cheque o procedimento realizado registrando o valor obtido na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- O procedimento deve ser realizado preferencialmente pela manhã, com o paciente em jejum
- Observe recomendações para pacientes em isolamento de contato.

5.1.5 ■ Verificação da pressão arterial

Objetivo

Avaliar a capacidade e a eficácia do sistema cardiovascular.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, esfigmomanômetro, estetoscópio, algodão, álcool a 70%, papel e caneta.

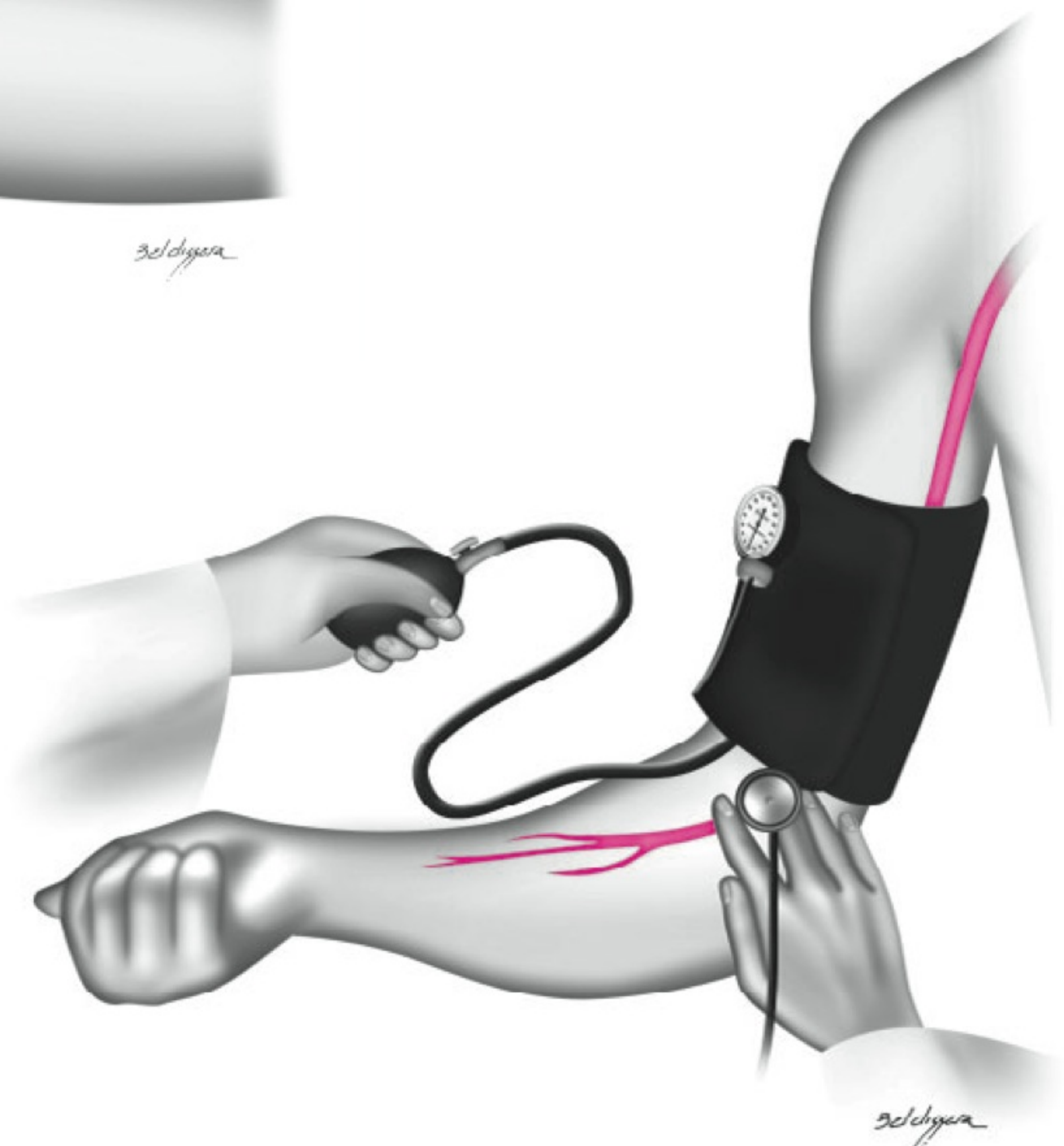
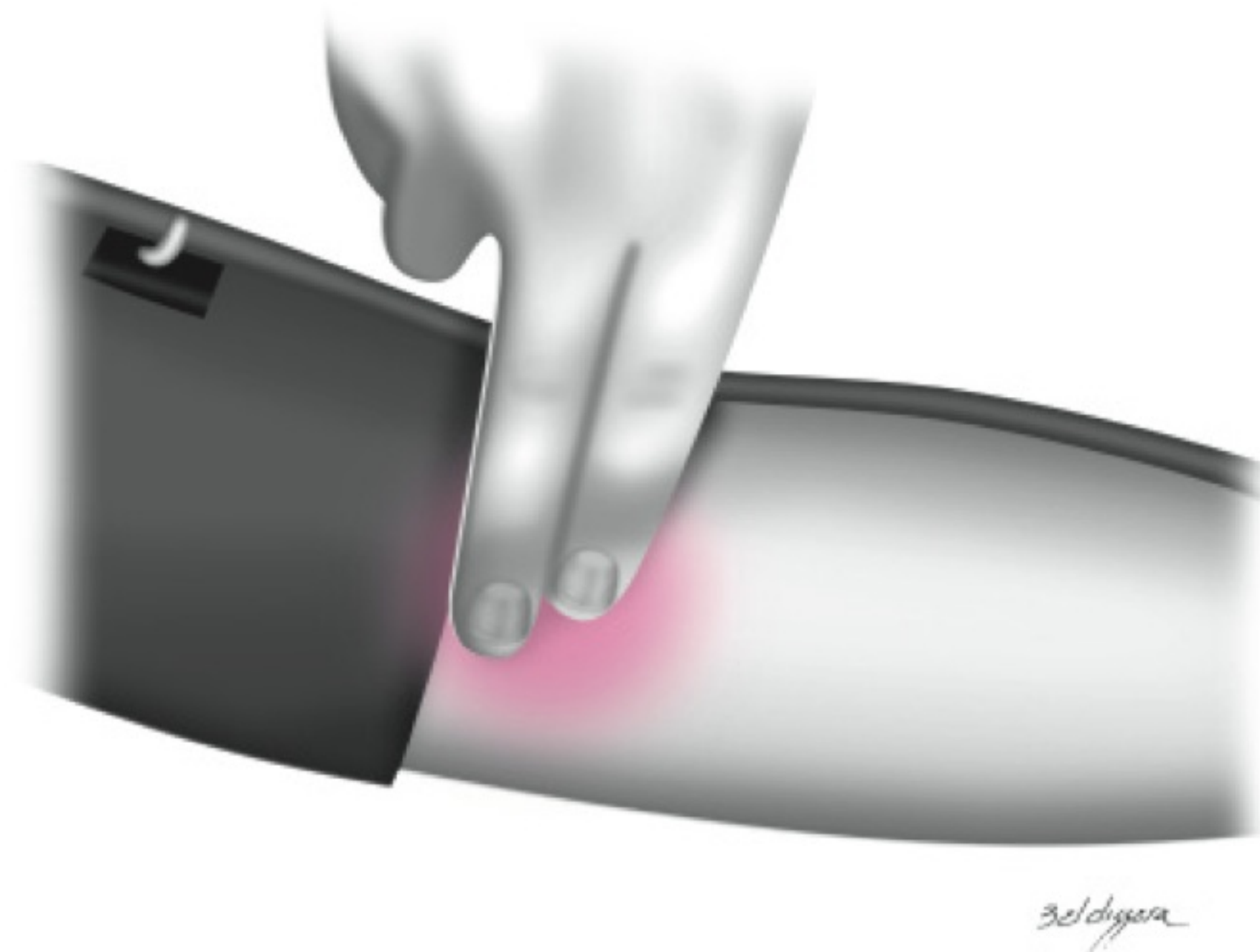
■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare o material necessário para o procedimento em uma bandeja
- Leve o material para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Remova roupas do braço no qual será colocado o manguito
- Posicione o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido
- Realize assepsia, com algodão embebido em álcool a 70% nas olivas e no diafragma do estetoscópio
- Selecione um manguito de tamanho adequado ao braço
- Coloque o manguito no braço, sem deixar folgas acima da fossa cubital, acerca de 2 a 3 cm desta
- Centralize o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial
- Coloque o mostrador do manômetro aneroide de modo que fique bem visível ou posicione os olhos na altura da coluna de mercúrio, no manômetro de coluna
- Solicite ao paciente que não fale durante a mensuração
- Palpe a artéria braquial e coloque o estetoscópio sobre ela sem comprimi-la excessivamente
- Insufle novamente o manguito até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica (ponto de desaparecimento do pulso radial)
- Proceda à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg/s)
- Determine a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, em seguida, aumente ligeiramente a velocidade de deflação
- Determine a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff)

- Ausculte cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som, para confirmar seu desaparecimento
- Proceda à deflação rápida e completa (se os batimentos persistirem até o nível zero, determine a pressão diastólica no abafamento dos sons — fase IV de Korotkoff)
- Espere 1 a 2 min antes de novas mensurações no mesmo paciente
- Informe o valor de pressão arterial medido ao paciente
- Anote os valores inteiros e o membro no qual foi aferida a pressão arterial
- Realize assepsia com álcool a 70% nas olivas e no diafragma do estetoscópio
- Guarde o material
- Higienize as mãos
- Cheque o procedimento realizado, registrando o valor obtido na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

Figura 5.1.5.1

Palpação da artéria braquial.

**Figura 5.1.5.2**

Colocação do estetoscópio sobre a artéria braquial.

■ Recomendações

- Antes de realizar a mensuração, mantenha o paciente em repouso durante pelo menos 5 min em ambiente calmo. Evite bexiga cheia e certifique-se de que o paciente não praticou exercícios físicos 60 a 90 min antes da aferição, não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumou há menos de 30 min
- Verifique se há presença de fatores que causem estresse ao paciente
- A largura do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço ou de qualquer outro local de medida
- O comprimento do manguito deve corresponder a 80% da circunferência do braço
- Evite colocar o manguito sobre o braço quando houver punção venosa na fossa cubital, líquidos sendo infundidos, fístula arteriovenosa, mastectomia, plegia e cateterismo
- Para pacientes em isolamento de contato individualize o manguito do aparelho
- Locais para verificação da PA, em sequência de preferência: braço (artéria braquial), perna (artéria pediosa), coxa (artéria poplítea). Os manguitos são de tamanhos diferentes específicos para cada local.

■ Valores de referência

- Normotensos adultos — sistólica: entre 90 e 130 mmHg; diastólica: entre 60 e 85 mmHg
- Normotensos crianças — sistólica: entre 60 e 90 mmHg; diastólica: entre 30 e 60 mmHg
- Existem fatores que afetam os valores e que devem ser levados em consideração: ansiedade, dor, estresse, ingestão de cafeína, tabagismo, idade, sexo, posição do corpo, substâncias psicoativas, exercícios, doença de base e febre.

5.1.6 ■ Verificação de pressão venosa central

Objetivo

Identificar desequilíbrios hemodinâmicos ligados à volemia do paciente.

Aplicação

Aos pacientes internados com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, suporte de soro, equipo para PVC, fita adesiva, torneirinha, régua de nível e escala graduada.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare o material necessário para o procedimento em uma bandeja
- Leve o material para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Conecte o equipo de PVC ao frasco de soro fisiológico preenchendo todo o sistema
- Pendure o soro no alto do suporte de soro, prendendo o equipo junto à escala graduada fixada no corpo do suporte de soro
- Realize a assepsia nas conexões com álcool a 70%
- Instale o equipo na via proximal do cateter venoso central por meio de uma torneirinha
- Coloque o paciente em decúbito dorsal, retirando travesseiro e coxins. Alinhe os membros e mantenha a cabeceira entre 0 e 30°
- Verifique o eixo flebostático (zero do paciente) por meio de uma régua de nível, colocada da escala graduada até a linha axilar média do paciente
- Feche as torneirinhas dos outros soros, deixando aberta apenas a via da PVC para o paciente
- Deixe que a coluna d'água desça até a linha e espere a oscilação se estabilizar (neste ponto a oscilação normalmente irá acompanhar os movimentos respiratórios do paciente)
- Observe o valor do limite inferior da oscilação
- Feche a via da PVC, abrindo as vias dos demais soros
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada
- Higienize as mãos
- Cheque o procedimento realizado, registrando o valor obtido na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Se o “zero” do paciente não coincidir com o “zero” da fita graduada, desconte o valor para detectar o real valor da PVC do paciente
- Nunca aproveite o zero estabelecido anteriormente, pois o paciente é mobilizado durante o decorrer do plantão
- Alguns fatores interferem no resultado da verificação: isquemia, septicemia, ventilação mecânica

- Valores normais para PVC ou PAD: 4 a 8 mmHg (em monitores cardíacos) ou 5 a 12 cm de H₂O
- Certifique-se de que, após a medida da PVC, as demais vias foram abertas
- Para maior eficácia no controle do tratamento do paciente, verifique, juntamente com a PVC, a pressão arterial e o débito urinário
- A pressão venosa central ou a pressão de átrio direito podem ser verificadas também por meio de monitores cardíacos que contenham módulo de pressão. Nesses casos os resultados serão obtidos em mmHg.

5.1.7 ■ Verificação do pulso apical ou da frequência cardíaca

Objetivo

Checar o resultado do controle de pulso e avaliar arritmias cardíacas.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, estetoscópio, relógio com ponteiro de segundos, algodão, álcool a 70%, caneta e papel.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare o material necessário para o procedimento em uma bandeja
- Leve o material para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Posicione o paciente confortavelmente
- Realize a assepsia das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%
- Coloque o diafragma no tórax, no 5º espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular
- Ausculte e conte os batimentos cardíacos por 1 min
- Realize novamente assepsia das olivas e do diafragma
- Guarde o material
- Higienize as mãos
- Cheque o procedimento realizado, registrando o valor obtido na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Compare com o valor obtido no controle do pulso periférico e comunique discrepâncias à enfermeira ou ao médico
- O paciente deve estar tranquilo, ausentes fatores de estresse
- Para pacientes em isolamento de contato, individualize o estetoscópio
- A frequência normal varia de 60 a 100 bpm (normocardia)
 - < 60 bpm: bradicardia
 - > 100 bpm: taquicardia.

Figura 5.1.7.1
Palpação de pulso apical.

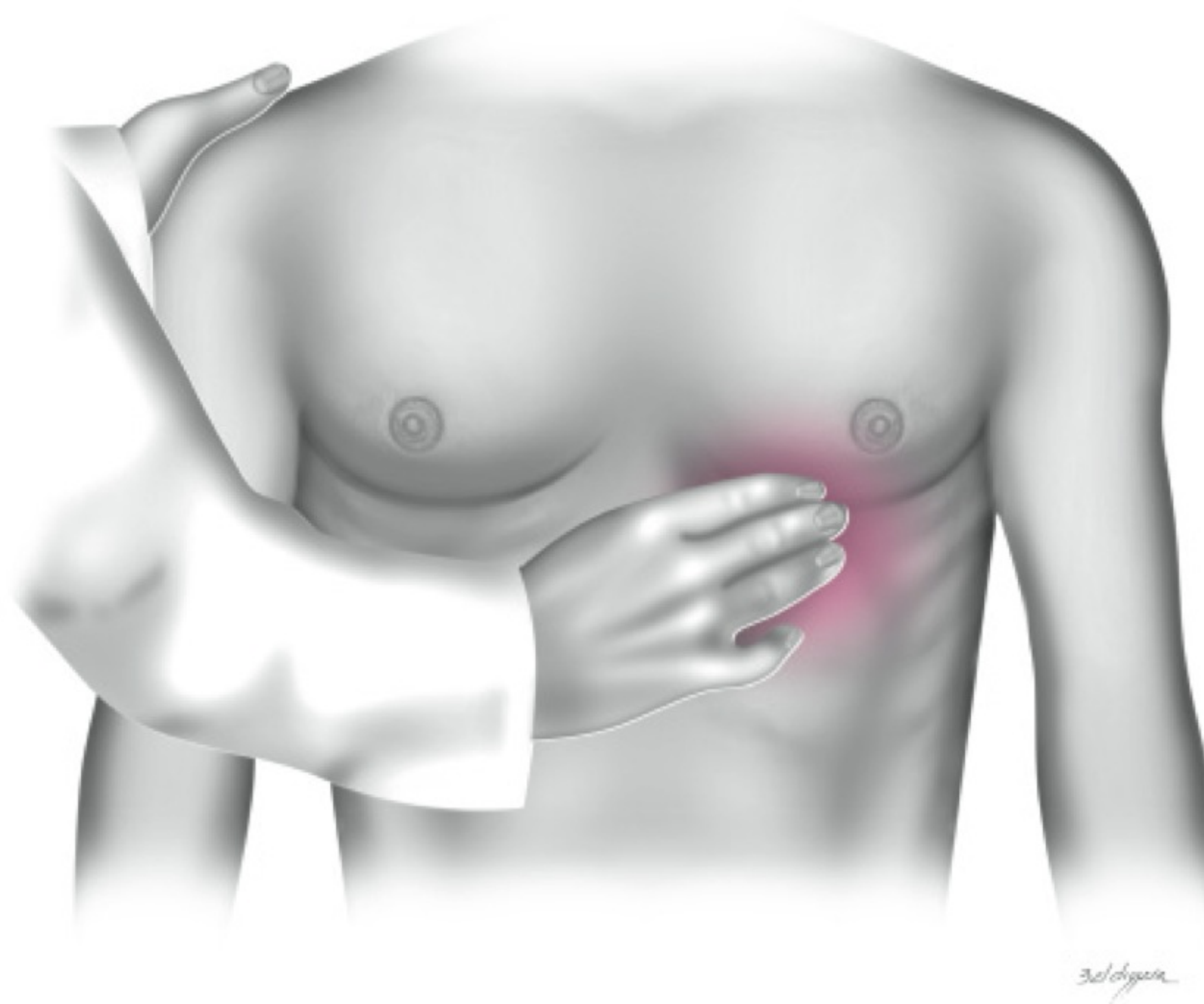
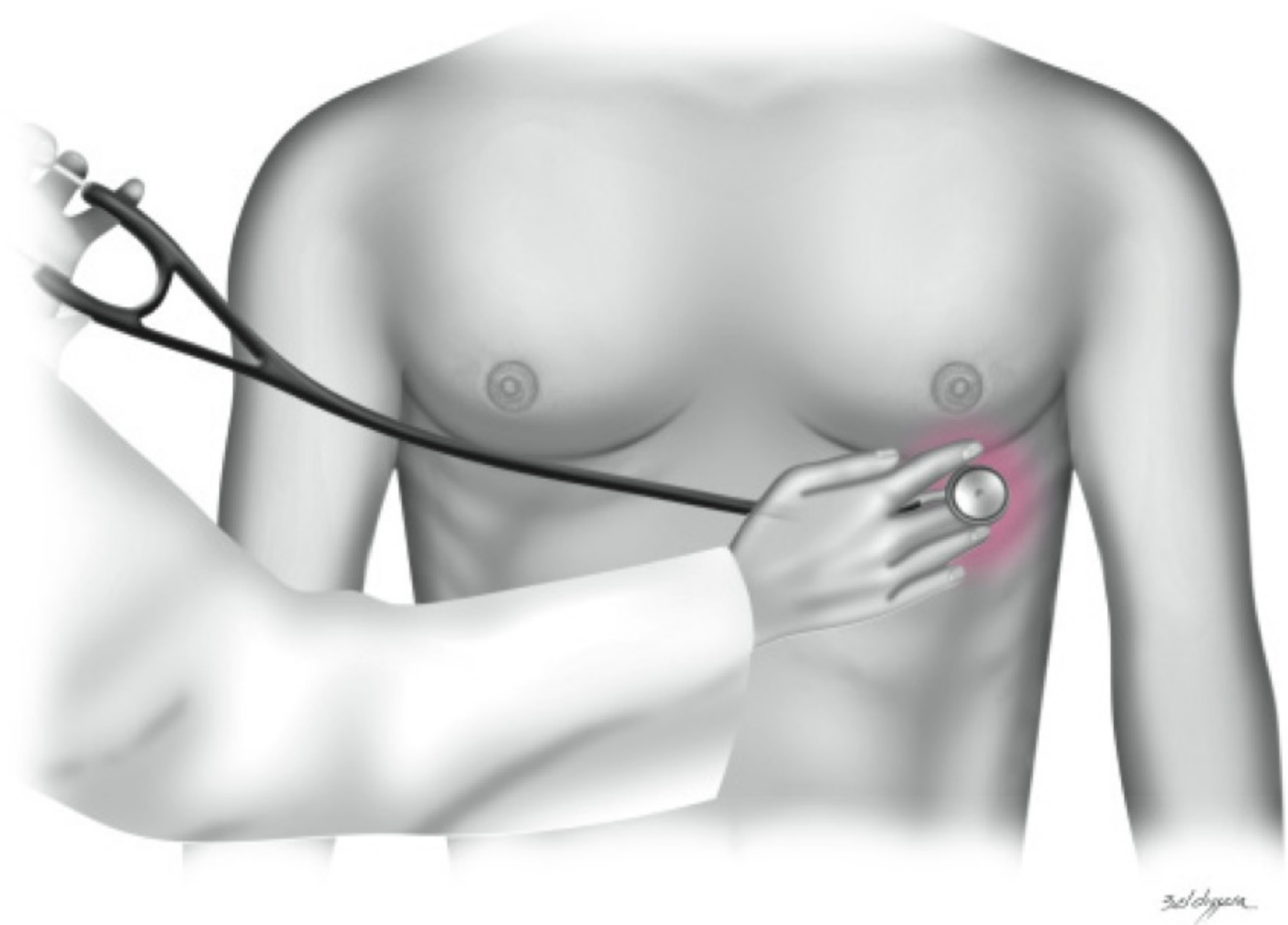


Figura 5.1.7.2
Detalhe do posicionamento
do estetoscópio no 5º espaço
intercostal.



5.1.8 ■ Verificação do pulso periférico

Objetivo

Avaliar as condições hemodinâmicas do paciente e detectar arritmias cardíacas.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Relógio com ponteiro de segundos, caneta e papel.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Explique o procedimento ao paciente
- Posicione o paciente confortavelmente
- Aqueça as mãos, se necessário, friccionando-as
- Coloque as polpas digitais dos dedos médio e indicador sobre uma artéria superficial e comprima levemente
- Conte os batimentos durante 1 min
- Observe arritmias e amplitude
- Repita o procedimento, se necessário
- Higienize as mãos
- Cheque o procedimento realizado, registrando o valor, o ritmo e a amplitude de pulso obtidos, na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

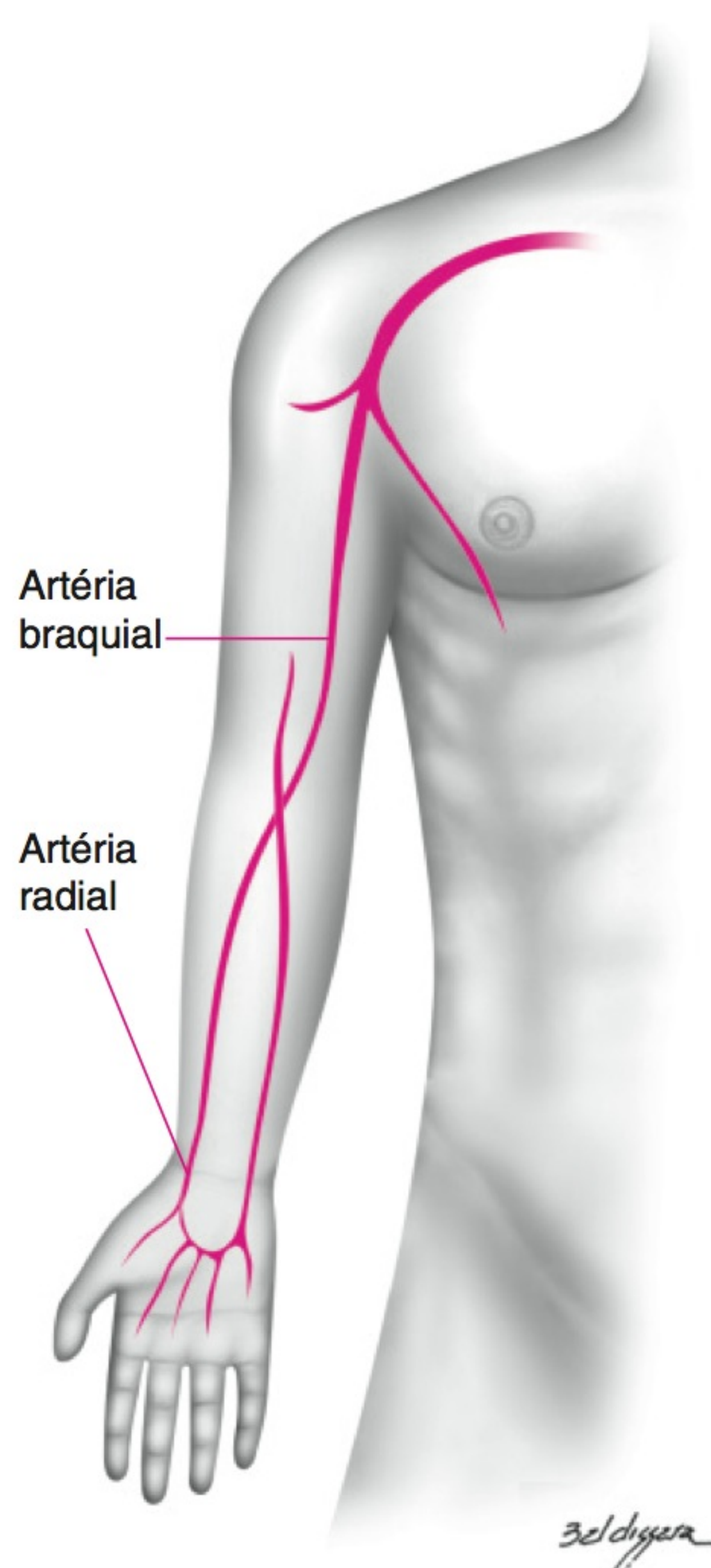


Figura 5.1.8.1

Posição anatômica das artérias de eleição, radial e braquial, no membro superior.

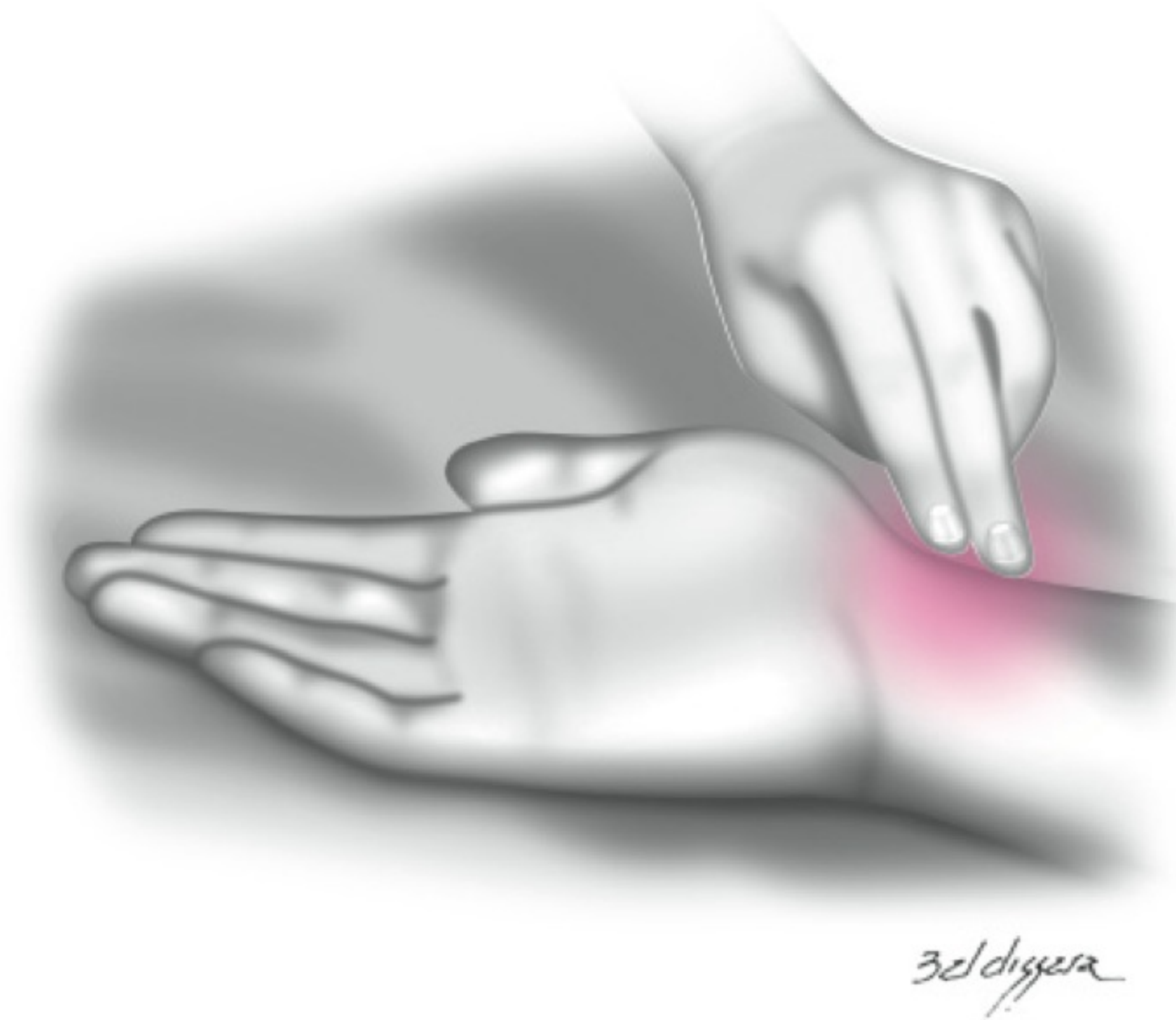


Figura 5.1.8.2

Palpação de pulso radial.

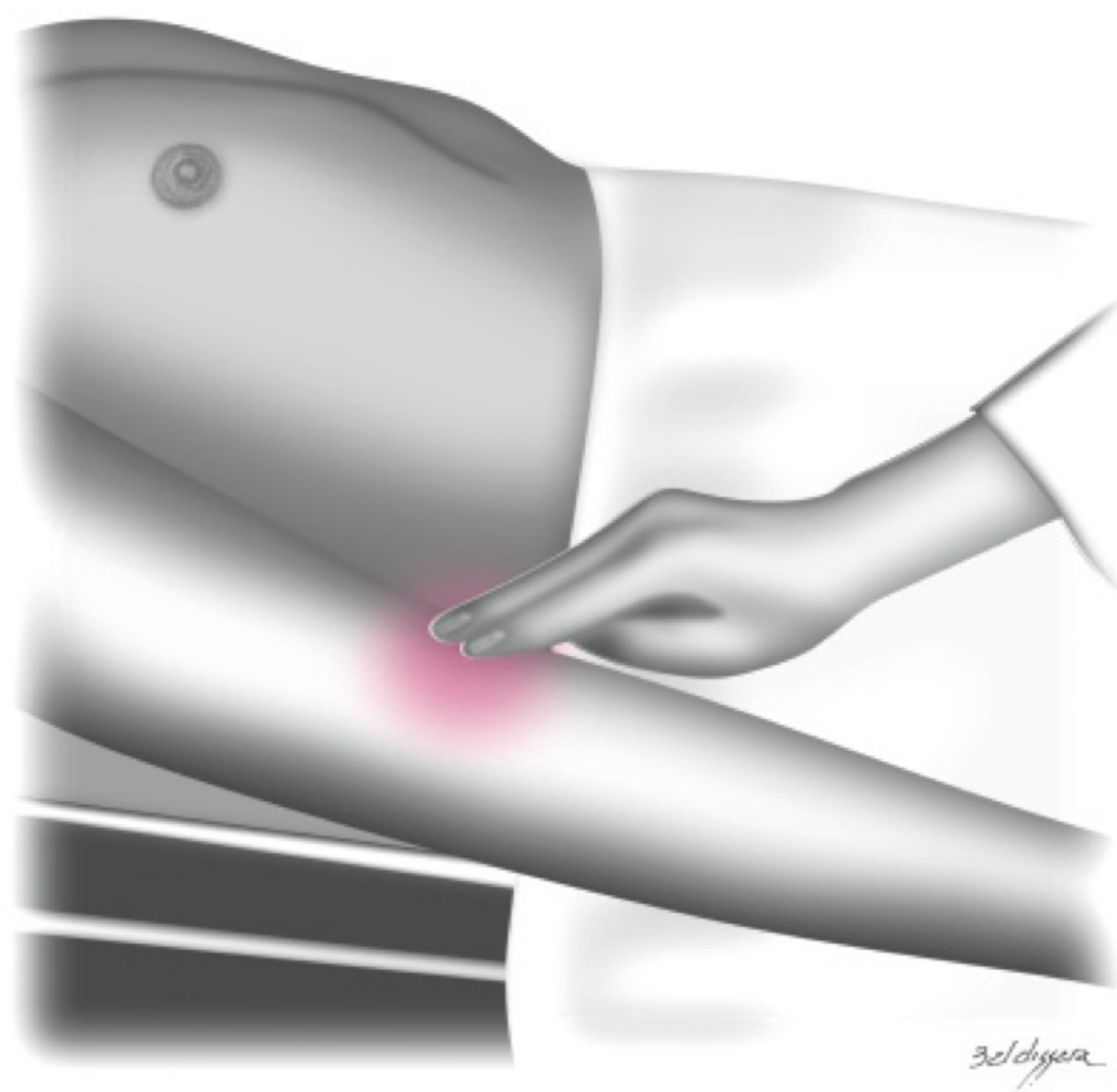


Figura 5.1.8.3
Palpação de pulso braquial.

■ Recomendações

- Os locais para a verificação dependem do estado do paciente. As artérias de eleição são: radial, braquial, poplítea, pediosa, temporal, carótida e femoral
- As artérias femoral e carótida são locais de fácil palpação
- Evite verificação do pulso durante situações de estresse para o paciente
- Observe recomendações para pacientes em isolamento de contato
- O exame do pulso inclui a verificação da frequência, do ritmo e da amplitude de pulso (cheio ou filiforme).

■ Valores de referência e nomenclatura

- No adulto: 60 a 100 bpm (normosfigmia)
 - < 60 bpm (bradisfigmia)
 - > 100 bpm (taquisfigmia)
- Abaixo de 7 anos: 80 a 120 bpm
- Acima de 7 anos: 70 a 90 bpm
- Puberdade: 80 a 95 bpm.

5.1.9 ■ Verificação da temperatura axilar

Objetivo

Identificar a temperatura basal do cliente e problemas termorreguladores, avaliar a resposta da temperatura às terapias auxiliar e no diagnóstico médico e de enfermagem.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, termômetro, algodão e álcool a 70%, caneta e papel.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare o material necessário para o procedimento em uma bandeja
- Leve o material para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Realize a assepsia do termômetro utilizando algodão embebido em álcool a 70%
- Certifique-se de que a coluna de mercúrio está abaixo de 35°C; caso não esteja, agite vigorosamente o termômetro, em movimento centrífugo, para que o mercúrio desça
- Enxugue a axila, caso seja necessário. Coloque o termômetro na região axilar com o bulbo em contato direto com a pele do paciente, pedindo ao paciente que mantenha o braço por sobre o tórax, com a mão no ombro oposto e o cotovelo rente ao corpo
- Retire o termômetro após 5 min, realize a leitura e memorize o resultado
- Agite novamente o termômetro para que o mercúrio desça abaixo de 35°C
- Realize a assepsia do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% e guarde-o em local apropriado
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque o procedimento realizado, registrando o valor obtido na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Alterações abruptas na temperatura: comunicar ao enfermeiro
- Recomenda-se o uso de termômetros digitais para no caso de quebra do termômetro evitar a exposição de pessoas e do ambiente ao mercúrio
- Termômetros de mercúrio: o tempo é de 5 min. Digitais: siga as recomendações do fabricante.

■ Valores normais e alterações

- Hipotermia: temperatura abaixo de 35°C
- Afebril: 36,1 a 37,2°C

- Estado febril/subfebril: 37,3 a 37,7°C
- Febre/hipertermia: 37,8 a 38,9°C
- Pirexia: 39 a 40°C
- Hiperpirexia: acima de 40°C.

5.1.10 ■ Verificação da temperatura oral

Objetivo

Identificar a temperatura basal do cliente, problemas termorreguladores, avaliar a resposta da temperatura às terapias, auxiliar no diagnóstico médico e de enfermagem.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, termômetro, papel, algodão, álcool a 70% e caneta.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare o material necessário para o procedimento em uma bandeja
- Leve o material para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Realize a assepsia do termômetro utilizando algodão embebido em álcool a 70%. Certifique-se de que a coluna de mercúrio está abaixo de 35°C; caso não esteja, agite vigorosamente o termômetro, em movimento centrífugo, para que o mercúrio desça
- Coloque o termômetro sob a língua do paciente, recomendando a ele que o conserve na posição, mantendo a boca fechada
- Retire o termômetro após 5 min, realize a leitura e memorize o resultado
- Deixe o paciente confortável
- Realize assepsia do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% e guarde-o em local apropriado
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada
- Lave a bandeja com H₂O e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque o procedimento realizado, registrando o valor obtido na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- O termômetro deve ser de uso individual, com formato apropriado para esta finalidade
- Não utilize esta técnica em pacientes com comprometimento da cognição, ou que estejam com lesões na boca ou com problemas nas vias respiratórias, em crianças e após a ingestão de alimentos gelados e quentes, ou em pacientes taquipneicos
- Valores normais para o adulto variam de 36 a 38°C.

5.1.11 ■ Verificação da temperatura retal

Objetivo

Identificar a temperatura basal do cliente, problemas termorreguladores, avaliar a resposta da temperatura às terapias e auxiliar no diagnóstico médico e de enfermagem.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica e/ou de enfermagem.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, termômetro, luvas de procedimento, lubrificante lidocaína, álcool a 70%, algodão, folha de anotação de enfermagem e caneta.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare o material necessário para o procedimento em uma bandeja
- Leve o material para o quarto do paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Explique o procedimento ao paciente
- Calce as luvas de procedimento
- Realize assepsia do termômetro com algodão embebido em álcool a 70%
- Certifique-se de que a coluna de mercúrio está abaixo de 35°C; caso não esteja, agite vigorosamente o termômetro em movimento centrífugo, para que o mercúrio desça até o bulbo
- Coloque o paciente em decúbito lateral esquerdo com a perna direita flexionada (posição de Sims)
- Lubrifique a ponta do termômetro e introduza-o no ânus, acompanhando a curvatura do reto, aproximadamente 1,5 cm em lactentes e 4 cm em adultos
- Retire o termômetro após 3 min, realize a leitura e memorize o valor
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada
- Lave o termômetro com água e sabão
- Realize assepsia do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% e guarde-o em local apropriado
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque o procedimento realizado, registrando o valor obtido na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- O termômetro deve ser de uso individual; o bulbo é mais curto, arredondado e com vidro mais espesso
- Esta técnica é mais utilizada em pediatria e maternidade
- É contraindicado nos casos de inflamação, obstrução e cirurgia do reto
- Valores normais para o adulto variam de 36,5 a 38,5°C.

Bibliografia

- Alexandre NMC, Brito E. Procedimentos básicos de enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas. São Paulo: Atheneu; 2000.
- American Association of Critical Care Nurses — AACN. Procedure Manual for Critical Care, 3ª ed. Rochelle Logston Boggs, Maribeth Wooldridge-King (eds.), 1993.
- Avello IMS, Grau CF. Enfermagem; fundamento do processo de cuidar. São Paulo: Difusão Cultural do Livro, 2003.
- Barreto SSM, Vieira SRR, Pinheiro CTS. Rotinas em terapia intensiva, 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- Brunner e Suddarth. Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 10ª ed., 2005
- Carmagnani MIS *et al.* Manual de procedimentos básicos de enfermagem. São Paulo: Interlivros, 1997.
- Cintra EA, Nishida VM, Nune WA. Assistência de enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu, 2000.
- Craven RF, Hirnle CJ. Fundamentos de enfermagem: saúde e função humanas, 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- Huddleston SS, Ferguson SG. Emergências clínicas: abordagens, intervenções e auto-avaliação, 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- Knobel, E. Conduta no paciente grave. São Paulo: Atheneu, 1994.
- Koch RM *et al.* Técnicas básicas de enfermagem, 20ª ed. Curitiba: Século XXI Livros, 2003.
- Mayor ERC, Mendes EMT, Oliveira KR. Manual de procedimentos e assistência de enfermagem. São Paulo: Atheneu, 1999.
- Nettina SM. Práticas de enfermagem, 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- Porto CC. Exame clínico: Bases para a prática médica, 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- Posso MBS. Semiologia e semiotécnica de enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2002.
- Potter PA. Grande tratado de enfermagem prática, 3ª ed. São Paulo: Santos Editora, 1998.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia — SBC. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006.



Parte 6 Procedimentos Intravasculares

- 6.1.1 Punção venosa periférica, 124
- 6.1.2 Retirada de cateter venoso central, 129
- 6.1.3 Salinização de cateter venoso periférico, 131
- 6.1.4 Auxílio na inserção de cateter venoso central, 134
- Bibliografia, 138

6.1.1 ■ Punção venosa periférica

Objetivo

Instalar cateter em trajeto venoso periférico para coleta de sangue venoso; infusão contínua de soluções; administração de medicamentos; manutenção de uma via de acesso venosa; administração intermitente de medicamentos (por meio da salinização do cateter).

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento, com indicação clínica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, garrote, álcool a 70%, bolas de algodão, cateter venoso apropriado, esparadrapo ou fita adesiva hipoalergênica, luvas de procedimento. Conforme a indicação da punção, acrescentar: tubos de coleta de sangue adequados aos tipos de exames solicitados; o dispositivo a ser conectado ao cateter venoso (torneirinha, tubo extensor, tubo em Y), o equipo do sistema de infusão e o frasco da solução; a seringa contendo o medicamento; o material para salinização do cateter (consulte Salinização de cateter venoso periférico, p. 131).

■ Descrição e sequência dos passos

- Confira, nas prescrições médica e de enfermagem, a indicação de realização do procedimento
- Reúna todo material em uma bandeja limpa
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar
- Explique o procedimento ao paciente
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Calce as luvas de procedimento
- Escolha o local de acesso venoso, exponha a área de aplicação e verifique as condições das veias
- Garroteie o local a ser puncionado (em adultos: a aproximadamente 5 a 10 cm do local da punção venosa), a fim de propiciar a dilatação da veia
- Solicite ao paciente que mantenha o braço imóvel
- Faça a antisepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, em movimentos circulares, do centro para as extremidades
- Mantenha o algodão seco ao alcance das mãos
- Tracione a pele para baixo, com o polegar, abaixo do local a ser puncionado
- Introduza o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, a um ângulo aproximado de 30 a 45°
- Uma vez introduzido na pele, direcione o cateter e introduza-o na veia. (Caso esteja sendo utilizado um cateter com mandril, introduza o cateter com o mandril no interior da veia e, então, remova o mandril)
- Abra o cateter e observe o refluxo sanguíneo em seu interior
- Solte o garrote
- Conforme a indicação da punção:
 - 1. Para coleta de sangue venoso (consulte Coleta de sangue venoso, p. 187)
 - 2. Para infusão contínua de solução
- Antes da punção, conecte o equipo ao frasco de solução e retire o ar do sistema
- Conecte a torneirinha, o tubo extensor ou o tubo em Y ao equipo do sistema de infusão
- Conecte o sistema ao cateter venoso
- Inicie a infusão, no tempo e à velocidade recomendados

3. Para administração de medicamento

- Conecte a seringa que contém o medicamento ao cateter venoso
- Inicie a infusão, no tempo e à velocidade recomendados (consulte Administração de medicamentos por via intravenosa, p. 149)

4. Para manutenção de uma via de acesso venoso (salinização)

(consulte Salinização de cateter venoso periférico, p. 131)

- Observe se há sinais de infiltração, extravasamento do líquido infundido ou hematoma no local da punção, além de queixas de dor ou desconforto (consulte Recomendações, adiante)
- Fixe o dispositivo com esparadrapo ou adesivo hipoalergênico
- Oriente o paciente sobre os cuidados para manutenção do cateter, como evitar atrito, umedecer ou tracionar o cateter, não desconectar a linha de infusão ou a tampa de proteção do cateter e não pressionar o membro em que está instalado o cateter
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material e encaminhe os resíduos para o expurgo (não reencape as agulhas)
- Descarte o material perfurocortante em recipiente adequado
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Faça as anotações de enfermagem quanto à punção, em impresso próprio, especificando o local da punção e o cateter utilizado.

Figura 6.1.1.1

Veias para punção venosa em antebraço.

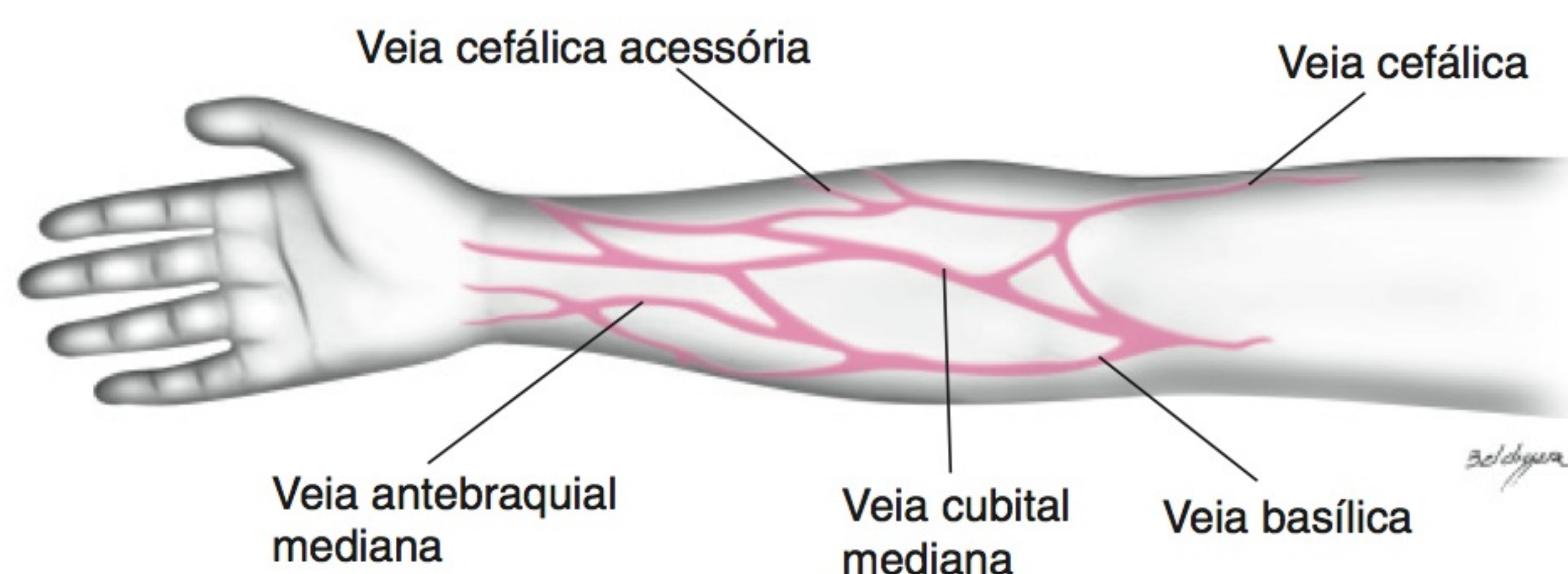
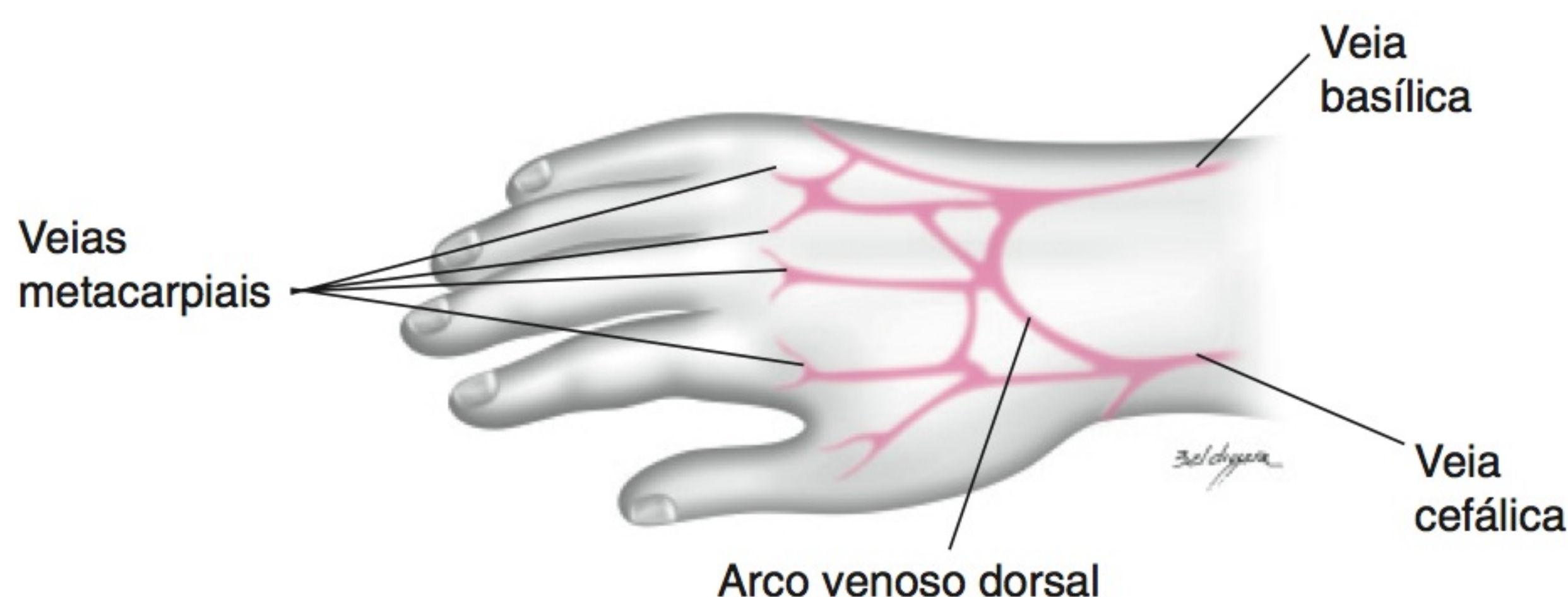


Figura 6.1.1.2

Veias para punção venosa no dorso da mão.



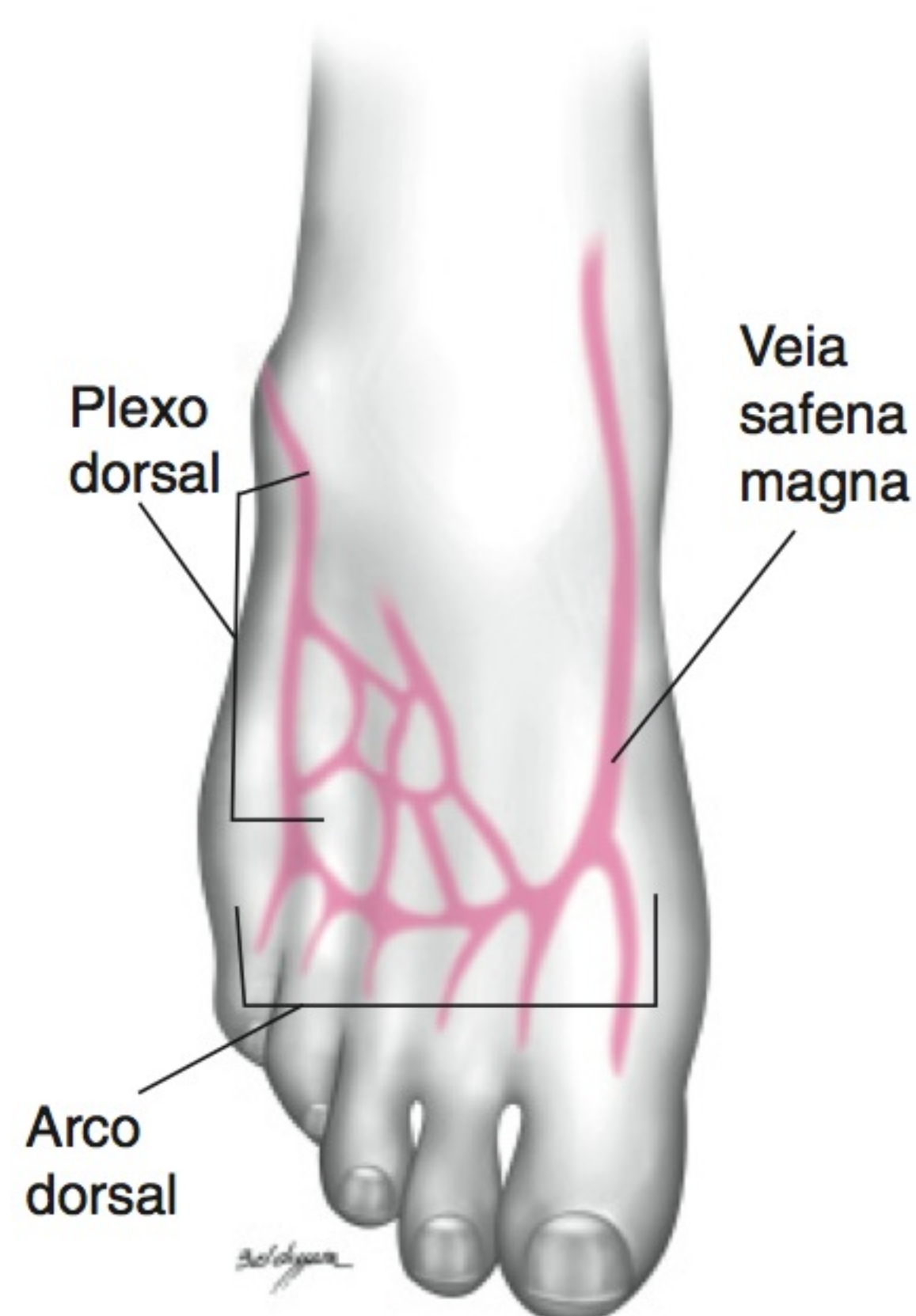


Figura 6.1.1.3
Veias para punção venosa
no dorso do pé.

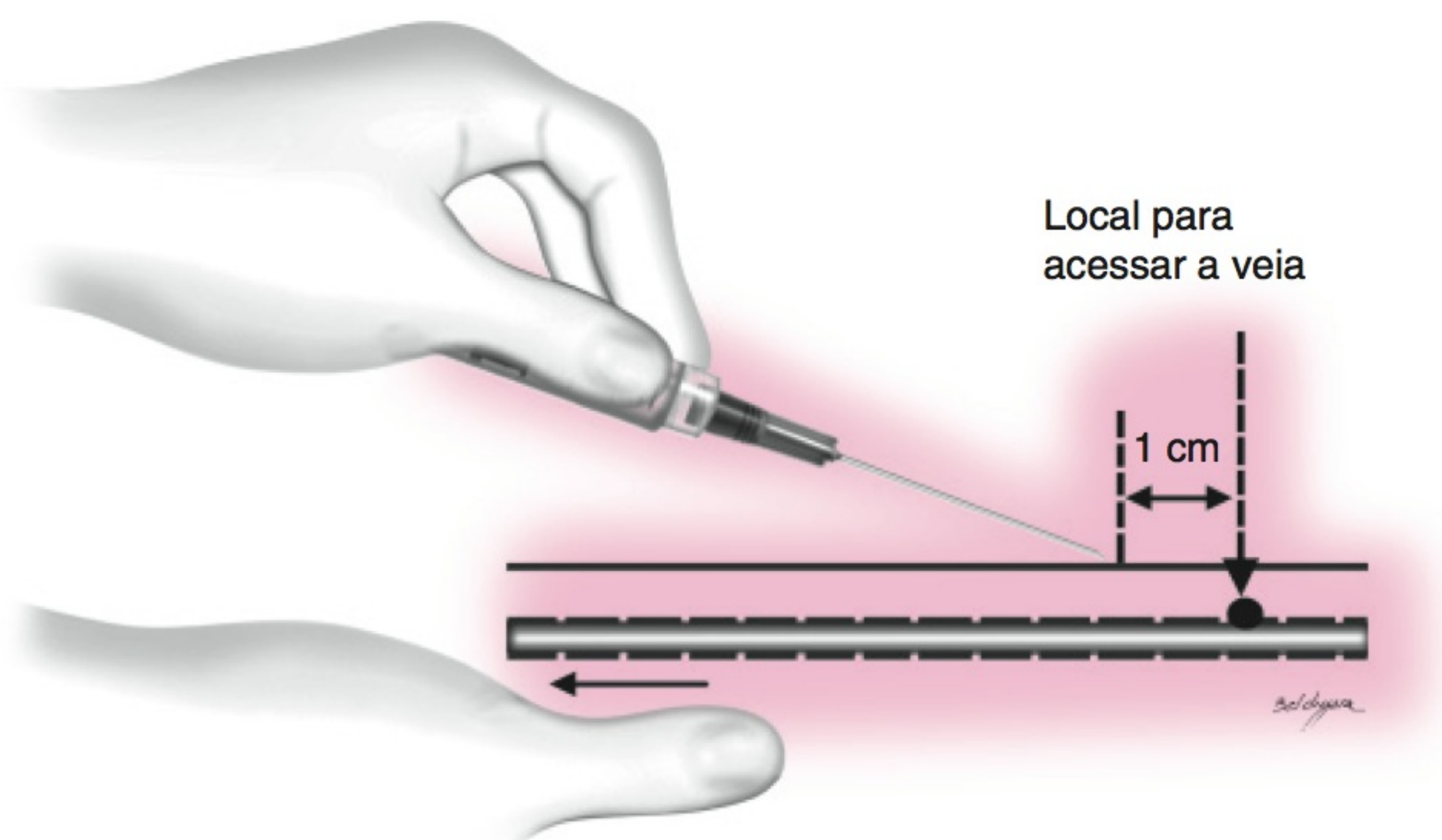


Figura 6.1.1.4 Punção da pele em relação à veia.

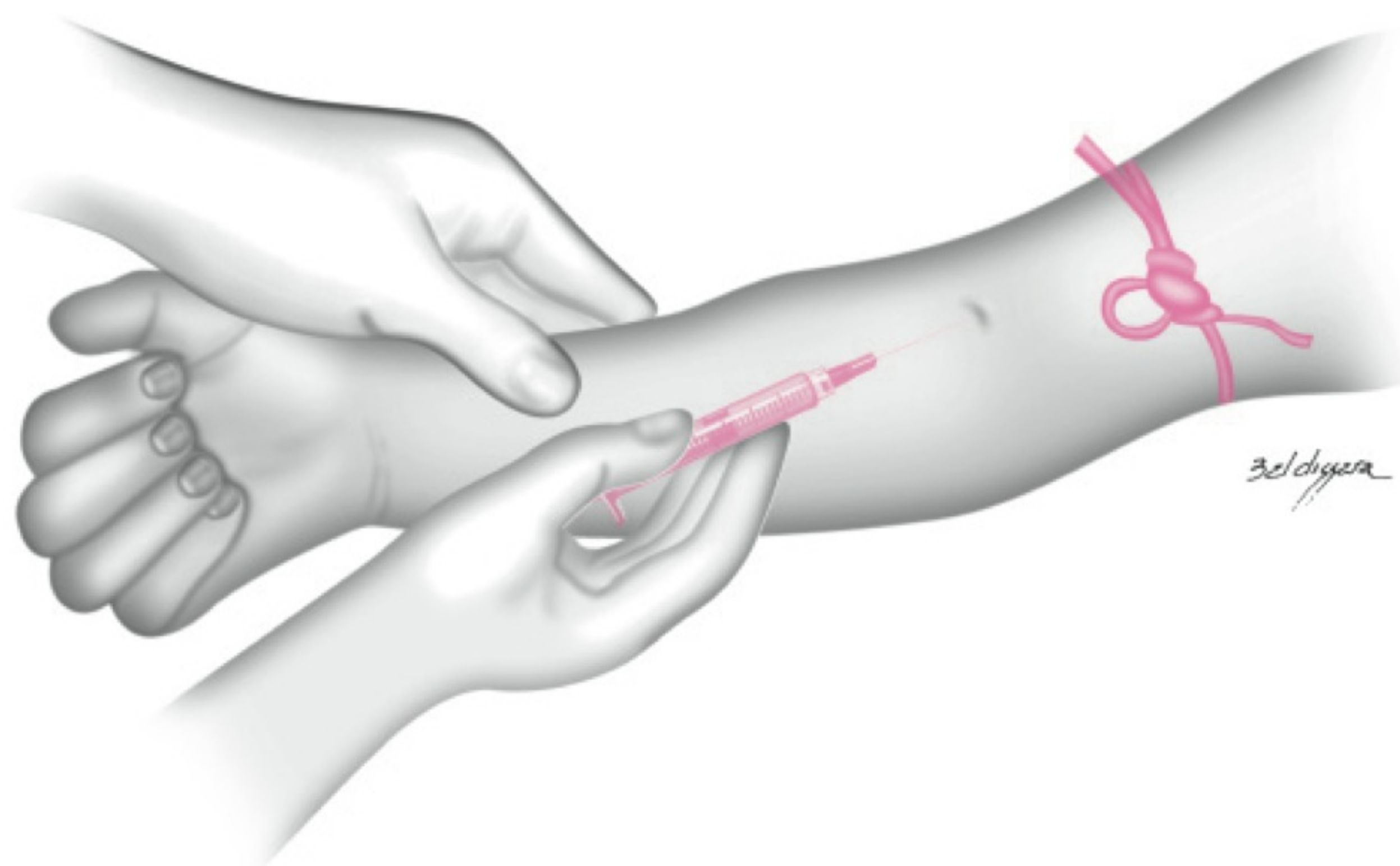


Figura 6.1.1.5 Posicionamento para punção venosa.

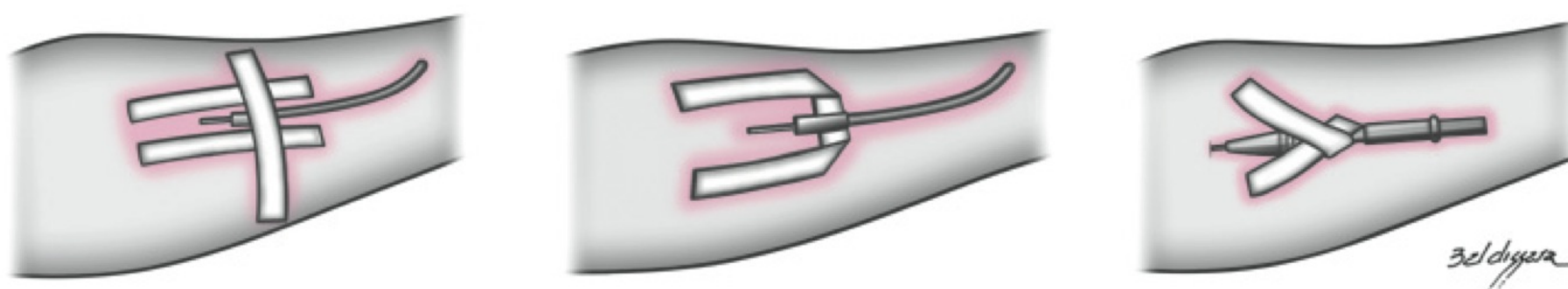


Figura 6.1.1.6 Métodos de fixação de dispositivos de acesso venoso periférico.

■ Recomendações

Gerais

- Oriente o paciente sobre o procedimento
- Respeite o seu direito de recusa.

Específicas

- Para a escolha da veia, leve em consideração as condições das veias, o tipo de solução a ser infundida e o tempo de infusão. Prefira veias calibrosas para administração de fármacos irritantes ou muito viscosos, a fim de diminuir o traumatismo do vaso e facilitar o fluxo. Se possível, escolha o membro superior não-dominante para que o paciente possa movimentá-lo mais livremente. As veias mais indicadas para receber infusão são: metacarpianas, basílica, cefálica inferior e cefálica acessória. Evite usar veias antecubitais, pela limitação de movimentos do paciente, a menos que se utilizem dispositivos venosos flexíveis.

Métodos de punção venosa periférica

- **Direto:** inserção do cateter diretamente sobre a veia a um ângulo de 30 a 45° (indicado para veias frágeis, tortuosas)
- **Indireto:** inserção do cateter na pele, ao lado da veia, a um ângulo de 30 a 45° (indicado para maior tempo de permanência do cateter e menor ocorrência de complicações)
- Evite proximidade entre o local da nova punção e o local da punção anterior
- Evite puncionar veias esclerosadas ou membros paralisados, edemaciados ou com lesões
- Evite punção de membro ipsilateral a mastectomia
- Para facilitar a visualização de uma veia, pode-se aquecer o local escolhido com compressa ou bolsa de água morna, minutos antes da punção
- Na retirada do cateter venoso, pressione o local da punção com uma bola de algodão, por 3 min, retire-a e aplique um curativo adesivo no local da punção
- Agulhas de pequeno calibre estão mais frequentemente associadas à ocorrência de hematoma.

Acesso venoso para infusão contínua ou intermitente

- Para manter o acesso venoso, é mais apropriado o uso de dispositivo venoso flexível do tipo cateter sobre agulha (jelco), que permita a movimentação do paciente. Para infusões contínuas de curta permanência, pode-se utilizar o cateter agulhado (dispositivo intravenoso)
- Não se recomenda a interrupção da infusão durante outros procedimentos (banho, refeições, transporte do paciente etc.)

- A cada procedimento (injeção de medicamentos, retirada de amostras de sangue etc.) é necessário injetar até 10 ml de solução fisiológica no dispositivo, antes e após o procedimento
- Faça o rodízio das punções a cada 72 h no máximo, mesmo que as condições de manutenção da infusão pareçam preservadas
- Recomendações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital São Paulo/Unifesp (como exemplo de caráter genérico):
 - os cateteres venosos periféricos (dispositivos intravenosos e jelco) podem ser mantidos por períodos de até 72 h
 - os equipos utilizados para infusão intermitente deverão ser trocados a cada dose, especialmente aqueles utilizados para infusão de soluções lipídicas e hemoderivados; os demais podem ser trocados no máximo a cada 24 h, desde que sejam lavados com solução fisiológica após cada infusão
 - as buretas utilizadas para infusão de antimicrobianos e fármacos vasoativos deverão ser trocadas a cada 48 h
 - os equipos utilizados para infusão contínua deverão ser trocados a cada 72 h
 - os frascos de soro não devem ser perfurados ou mantidos com agulhas inseridas em qualquer parte.

Avaliação de flebite e infiltração e extravasamento

- Verifique a presença de dor, edema, hematoma e hiperemia. Aplique escalas de avaliação de sinais de flebite e infiltração e extravasamento (Tabelas 6.1.1.1 e 6.1.1.2)
- Caso ocorram sinais de flebite e infiltração ou extravasamento, retire o cateter venoso imediatamente (mesmo antes de 72 h após a instalação).

Tabela 6.1.1.1

Escala de avaliação de flebite.

0	Sem sinais clínicos
1	Presença de eritema, com ou sem dor local ou edema, sem endurecimento e cordão fibroso não-palpável
2	Presença de eritema, com ou sem dor local ou edema, com endurecimento e cordão fibroso não-palpável
3	Presença de eritema, com ou sem dor local ou edema, com endurecimento e cordão fibroso palpável menor que 1 cm
4	Presença de dor, com eritema e/ou edema, com endurecimento e cordão fibroso palpável igual ou maior que 1 cm de comprimento, drenagem purulenta

Tabela 6.1.1.2

Escala de avaliação de infiltração e extravasamento.

0	Sem sinais clínicos
1	Pele fria e pálida, edema menor que 2,5 cm, com pouca ou nenhuma dor local
2	Pele fria e pálida, edema de aproximadamente 2,5 cm, com pouca ou nenhuma dor local
3	Pele fria, pálida e translúcida, edema maior que 15 cm, dor local variando de média a moderada, possível diminuição da sensibilidade
4	Pele fria, pálida e translúcida, edema maior que 15 cm, dor local variando de moderada a grave, diminuição da sensibilidade e comprometimento circulatório. Ocorre na infiltração de derivados sanguíneos, substâncias irritantes ou vesicantes (extravasamento)

6.1.2 ■ Retirada de cateter venoso central

Objetivo

Retirar cateter de acesso venoso central.

Aplicação

Aos pacientes que têm indicação clínica.

Responsabilidade

Enfermeiros.

Material

Bandeja, máscara cirúrgica, protetor ocular, luvas de procedimento, pacote de curativo, pacote de gaze estéril, lâmina de bisturi, álcool a 70% e fita adesiva hipoalergênica.

■ Descrição e sequência dos passos

- Confira as prescrições médica e de enfermagem, a fim de confirmar a realização do procedimento
- Reúna todo o material em uma bandeja limpa
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar
- Oriente o paciente quanto ao procedimento
- Coloque um biombo para garantir privacidade ao paciente
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Posicione o paciente em decúbito dorsal a 0°, ou em posição de Trendelenburg
- Coloque equipamentos de proteção individual (máscara, protetor ocular e luvas de procedimento)
- Feche todas as vias de infusão
- Disponibilize os materiais estéreis (pinças, seringas, lâmina de bisturi, gazes) no campo estéril, adotando técnica asséptica
- Retire o curativo da inserção do cateter com auxílio da pinça do tipo dente-de-rato
- Realize a antisepsia com álcool a 70%, no local de inserção do cateter, com movimento centrífugo
- Retire o ponto de fixação do cateter com lâmina de bisturi e pinça anatômica
- Solicite ao paciente consciente que realize a manobra de Valsalva (consulte Recomendações, adiante)

- Tracione lentamente o cateter, até que seja todo retirado
- Caso haja indicação de cultura de ponta de cateter, consulte Coleta de ponta de cateter intravascular para cultura, p. 183
- Comprima o local, observe se há saída de sangue e/ou de secreções e presença de pontos residuais
- Se necessário, faça um curativo oclusivo no local
- Retire os equipamentos de proteção individual
- Deixe o paciente confortável e oriente-o a manter-se em decúbito dorsal a 0° por 30 min
- Recolha o material utilizado e recoloque-o na bandeja
- Encaminhe o material permanente e os resíduos para o expurgo
- Descarte o material perfurocortante em recipiente adequado
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Faça as anotações de enfermagem sobre a retirada do cateter, em impresso próprio, especificando o aspecto do local da inserção do cateter (sinais flogísticos).

■ Recomendações

Gerais

- Este é um procedimento privativo do enfermeiro, mediante protocolo, assinado pelo Diretor Técnico ou pelo Médico Responsável pelo Serviço, desde que seja capacitado e consciente das responsabilidades a serem assumidas
- Caso a ordem médica de retirada do cateter tenha sido verbal e não conste na prescrição médica, anote o nome e o CRM do médico que deu a ordem, assim como o horário dela.

Específicas

- Antes da retirada do cateter, verifique se este não será encaminhado para cultura
- A posição de Trendelenburg, tanto na colocação quanto na retirada dos cateteres venosos centrais, aumenta a pressão venosa
- O aumento da pressão intratorácica promovido pela manobra de Valsalva reduz o risco de embolia gasosa no momento da retirada do cateter venoso central.

Manobra de Valsalva

- Consiste em pedir ao paciente em estado de consciência que faça uma inspiração profunda e prenda o ar por alguns segundos (pode-se solicitar que faça força de expiração, mas sem soltar o ar, o que aumenta a pressão intratorácica). Em seguida, solicita-se ao paciente que solte o ar e volte a respirar normalmente

- A manobra de Valsalva aumenta a pressão intratorácica de seu nível normal (3 a 4 mmHg) para níveis mais elevados (60 mmHg ou mais)
- Está contraindicada para pacientes que apresentem hipertensão intracraniana e para aqueles que não estejam conscientes, alertas e cooperativos
- Observe o cateter após sua retirada (deve estar íntegro, com a ponta preservada)
- O orifício da inserção do cateter venoso central deve ser rapidamente fechado com curativo oclusivo devido ao risco de embolia gasosa
- Condições que reduzem a pressão venosa central, tais como cabeceira elevada, ou que incrementam a pressão negativa intratorácica, como hiperventilação, predispoem a embolia gasosa, incluindo a taquicardia e hipovolemia. Portanto, para retirada do cateter venoso central, o paciente NÃO deverá estar sentado nem com a cabeceira do leito elevada.

6.1.3 ■ Salinização de cateter venoso periférico

Objetivo

Manter a perviidade do cateter venoso periférico para a administração de medicamentos a infusões intermitentes.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento, com indicação.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, álcool a 70%, bolas de algodão, seringa de 5 ml, agulha de 40 mm × 12 mm, ampola de SF a 0,9% (de 10 ml), luvas de procedimento. Adicionar um tubo em Y, tubo extensor, torneirinha (conforme indicação), caso o cateter venoso periférico esteja sendo salinizado pela primeira vez.

■ Descrição e sequência dos passos

- Confira as prescrições médica e de enfermagem, a fim de confirmar a realização do procedimento
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Aspire 10 ml de SF a 0,9% (com a seringa conectada à agulha de 40 mm × 12 mm)
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar
- Explique o procedimento ao paciente
- Higienize as mãos
- Calce as luvas de procedimento

Caso o cateter esteja sendo salinizado pela primeira vez, após a instalação dele:

- Conecte a seringa contendo SF a 0,9% ao tubo em Y, ao tubo extensor ou à torneirinha e preencha-o com a solução (retirando todo o ar do sistema)
- Conecte esse sistema ao cateter venoso periférico
- Injete 3 ml de SF a 0,9%, com pressão e rapidez (a injeção da solução deve ser interrompida pelo fechamento do clampe do

tubo em Y, do tubo extensor ou da válvula da torneirinha, a fim de se manter a pressão interna do sistema)

- Desconecte a seringa e feche o tubo em Y, ou o tubo extensor, ou a torneirinha (com oclisor apropriado).

Caso o cateter esteja sendo ressalinizado (após a administração do medicamento ou solução):

- Limpe o local de conexão do dispositivo tipo Y com algodão embebido em álcool a 70%
- Conecte a seringa com o medicamento e injete-o no tempo recomendado (não é indicada a aspiração do cateter, especialmente quando se tratar de cateteres plásticos ou de pequeno calibre)
- Desconecte a seringa do medicamento, conecte a seringa que contém SF a 0,9%
- Injete 3 ml de SF a 0,9%, com pressão e rapidez (a injeção da solução deve ser interrompida pelo fechamento do clampe do tubo em Y, ou do tubo extensor, ou da válvula da torneirinha, a fim de se manter a pressão interna do sistema)
- Desconecte a seringa e feche o tubo em Y, ou o tubo extensor, ou a torneirinha (com oclisor apropriado)
- Observe se não há infiltração ou hematoma no local da punção, além de queixas de dor ou desconforto do paciente (consulte Recomendações, adiante)
- Recolha o material utilizado e recolha-o na bandeja (não reencape as agulhas)
- Retire as luvas de procedimento
- Deixe o paciente confortável e oriente-o sobre os cuidados para manutenção do dispositivo
- Encaminhe o material permanente e os resíduos para o expurgo
- Descarte o material perfurocortante em recipiente adequado (não desconecte a agulha da seringa)
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Faça as anotações de enfermagem sobre a salinização do cateter, em impresso próprio.

■ Recomendações

Gerais

- Oriente o paciente sobre o procedimento
- Respeite o direito de recusa do paciente.

Específicas

- Verifique a data de inserção do cateter. O cateter não deve permanecer no mesmo local por mais de 72 h
- Verifique a presença de dor e edema (indicam que a veia foi transfixada e que o líquido injetado está extravasando nos tecidos). Nesse caso, retire o dispositivo imediatamente
- Observe periodicamente se há sinais de flebite ou infiltração no local da punção, além de queixas de dor ou desconforto do paciente. Aplique as escalas de avaliação de sinais de flebite e infiltração
- Caso ocorram sinais de flebite e infiltração/extravasamento, retire o cateter venoso imediatamente (mesmo antes de 72 h de instalação)
- Na retirada do cateter venoso periférico, pressione o local da punção com uma bola de algodão por 3 min, e aplique um curativo adesivo no local da punção.

Tabela 6.1.3.1

Escala de avaliação de flebite.

0	Sem sinais clínicos
1	Presença de eritema, com ou sem dor local ou edema, sem endurecimento e cordão fibroso não-palpável
2	Presença de eritema, com ou sem dor local ou edema, com endurecimento e cordão fibroso não-palpável
3	Presença de eritema, com ou sem dor local ou edema, com endurecimento e cordão fibroso palpável menor que 1 cm
4	Presença de dor, com eritema e/ou edema, com endurecimento e cordão fibroso palpável igual ou maior que 1 cm de comprimento, drenagem purulenta

Tabela 6.1.3.2

Escala de avaliação de infiltração e extravasamento.

0	Sem sinais clínicos
1	Pele fria e pálida, edema menor que 2,5 cm, com pouca ou nenhuma dor local
2	Pele fria e pálida, edema de aproximadamente 2,5 cm, com pouca ou nenhuma dor local
3	Pele fria, pálida e translúcida, edema maior que 15 cm, dor local variando de média a moderada, possível diminuição da sensibilidade
4	Pele fria, pálida e translúcida, edema maior que 15 cm, dor local variando de moderada a grave, diminuição da sensibilidade e comprometimento circulatório. Ocorre na infiltração de derivados sanguíneos, substâncias irritantes ou vesicantes (extravasamento)

6.1.4 ■ Auxílio na inserção de cateter venoso central

Objetivo

Auxiliar o médico na inserção de cateter em trajeto venoso central (em veia subclávia ou jugular).

Aplicação

Aos pacientes que têm indicação clínica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, pacote de curativo, pacote LAP (avental, campo e compressas cirúrgicas grandes e estéreis), escova para lavagem das mãos, gorro descartável, luva estéril (nº 8,0 ou 7,5), luvas de procedimento, máscaras descartáveis, protetores oculares, cateter venoso central (do tipo e do tamanho indicados para o paciente), clorexidina em solução degermante, clorexidina em solução alcoólica a 5%, álcool a 70%, seringa de 10 mL, seringa de 20 mL, agulha de 30 mm × 7 mm, agulha de 40 mm × 12 mm, fio de mononáilon (tamanho adequado ao paciente: 3 a 0 ou 4 a 0), lâmina de bisturi nº 11, 5 mL de lidocaína a 2% sem vasoconstritor, pacote de gaze estéril, gaze estéril cortada, fita adesiva hipoalergênica, torneirinha de três vias, soro fisiológico a 0,9% (250 mL), equipo de soro, suporte de soro e foco de luz.

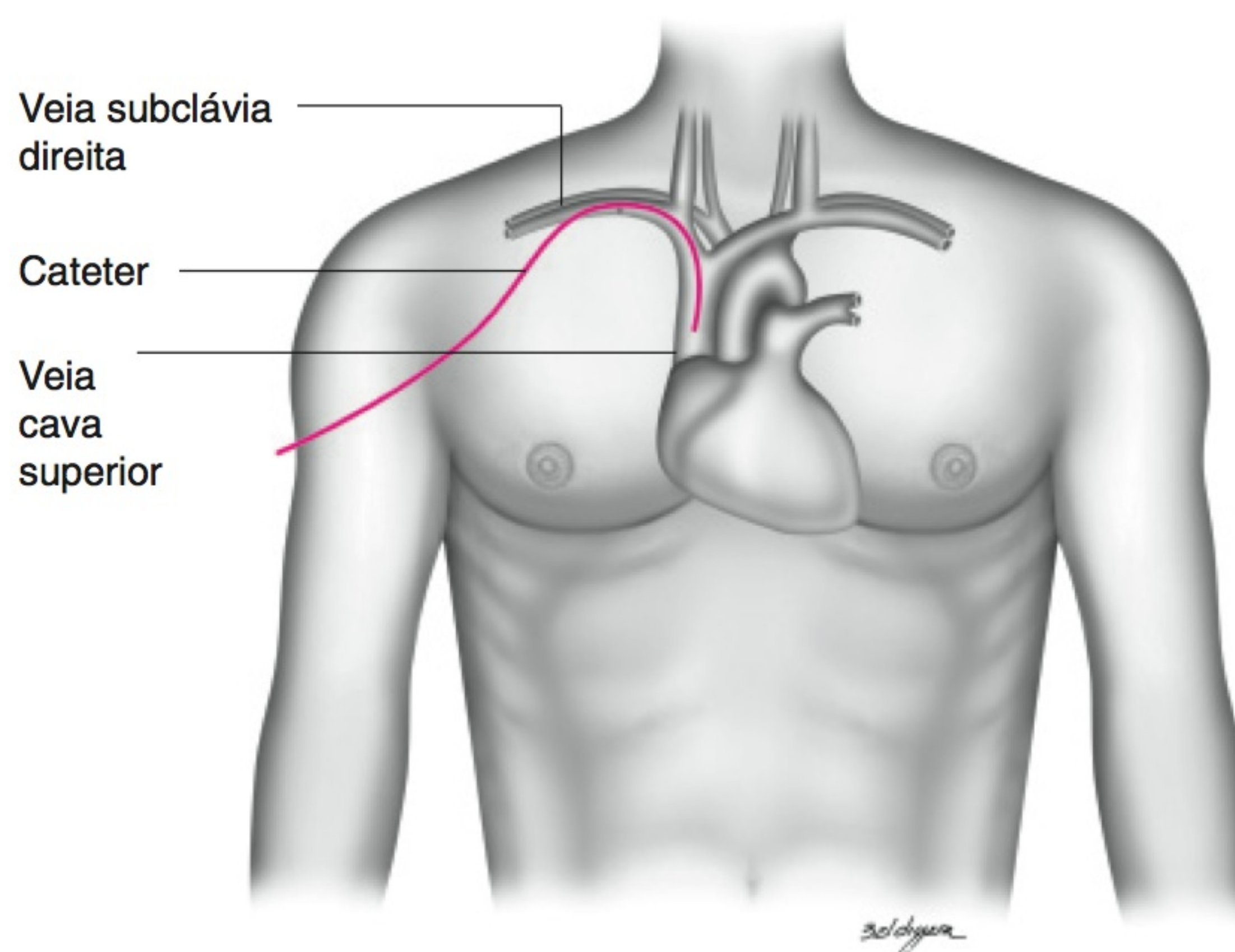
■ Descrição e sequência dos passos

- Confira a prescrição médica, a fim de confirmar a realização do procedimento
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar
- Explique o procedimento ao paciente
- Coloque o biombo para garantir a privacidade do paciente
- Coloque o foco de luz e suporte de soro próximos ao paciente
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Coloque os equipamentos de proteção individual (máscara, protetor ocular e luvas de procedimento)
- Certifique-se de que o paciente esteja livre de pelos na região da inserção do cateter; se necessário, apare-os bem rentes à pele (consulte Recomendações, adiante)
- Forneça os equipamentos de proteção individual e campos estéreis (LAP, máscara, protetor ocular, gorro e luvas estéreis) e a escova para higienização das mãos para o médico
- Posicione o paciente em decúbito dorsal a 0°, ou em posição de Trendelenburg, com os MMSS alinhados junto ao corpo (ou em outra posição, conforme orientação médica específica)
- Auxilie o médico na colocação dos equipamentos de proteção individual
- Disponibilize os materiais estéreis (pinças, seringas, agulhas, gazes, fio, lâmina, equipo de soro), no campo estéril, adotando técnica asséptica
- Vire a cabeça do paciente para o lado oposto ao da inserção do cateter
- Embeba gazes estéreis em clorexidina em apresentação de solução degermante e depois em clorexidina em solução alcoólica a 5%, sem tocá-las, para que o médico realize a antisepsia no local de inserção do cateter (a antisepsia deve ser realizada em movimento centrífugo)
- Faça a assepsia da ampola de lidocaína com álcool a 70% e inverta a ampola, para que o médico aspire a solução
- Abra e entregue o cateter venoso central ao médico, seguindo técnica asséptica

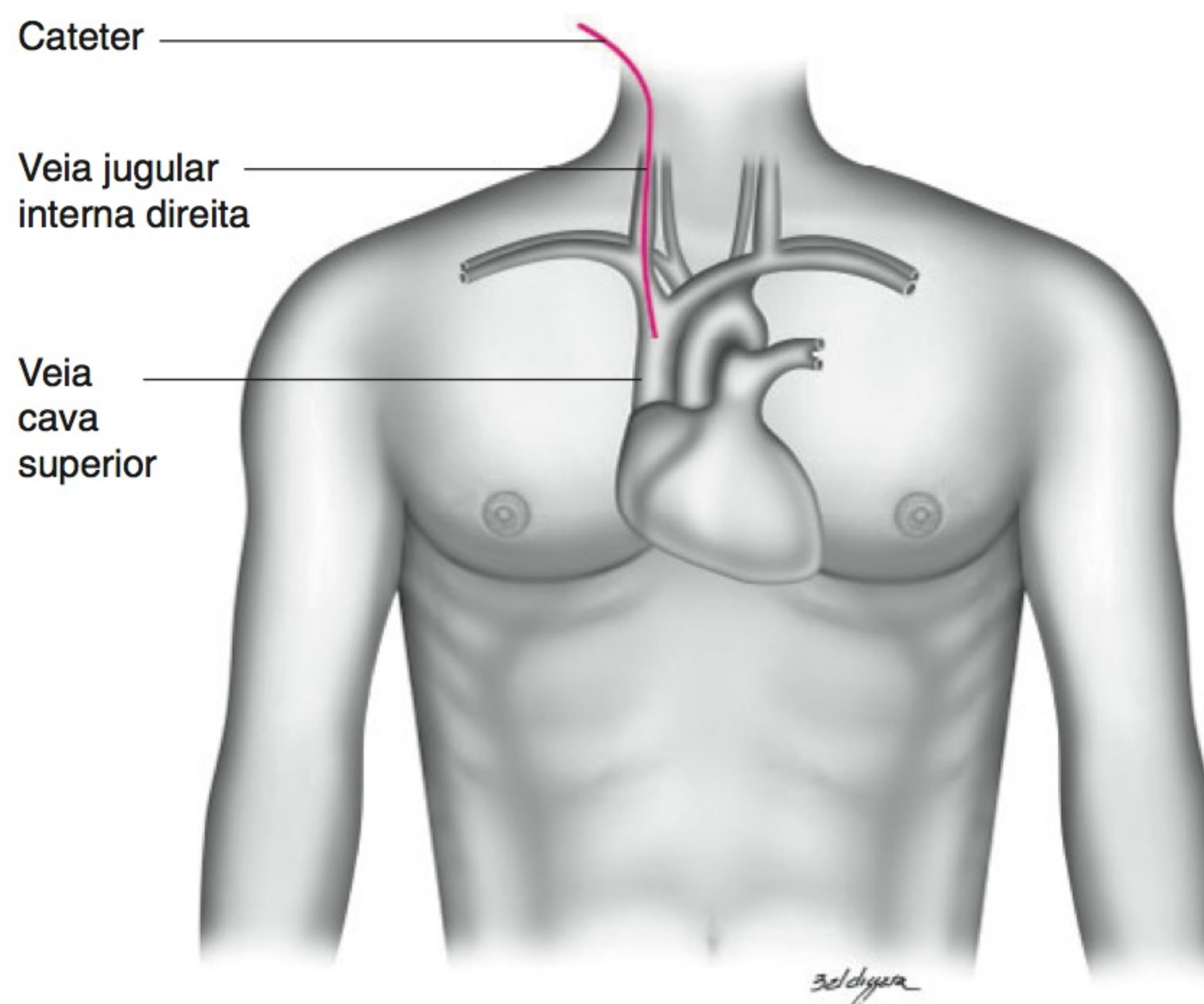
- Durante a punção e a inserção do cateter, os pacientes que estiverem em ventilação mecânica deverão ter a ventilação interrompida (consulte Recomendações, adiante)
- Durante a retirada do fio-guia do cateter, solicite ao paciente consciente que realize a manobra de Valsalva (consulte Recomendações, adiante)
- Ofereça, quando solicitado pelo médico, o frasco da solução aberto (para que o médico o conecte ao equipo)
- Posicione o frasco da solução abaixo do nível do paciente, certificando-se do refluxo sanguíneo, assim que o médico abrir o sistema. Erga o frasco em seguida e regule a velocidade do fluxo
- Abra e entregue o fio de sutura e a lâmina de bisturi ao médico, seguindo técnica asséptica
- Observe sinais de desconforto respiratório do paciente
- Observe o surgimento de hematoma, edema ou sangramento na região da inserção do cateter
- Forneça ao médico o material para o curativo do local da inserção do cateter, seguindo técnica asséptica
- Mantenha ou oriente o paciente a manter-se em decúbito dorsal a 0° por 30 min (se não houver contraindicações dessa posição para o paciente)
- Recolha o material utilizado e recoloque-o na bandeja
- Retire os equipamentos de proteção individual
- Deixe o paciente confortável e oriente-o quantos aos cuidados com o cateter, durante sua movimentação e deambulação
- Encaminhe o material permanente e os resíduos para o expurgo (não desconecte nem reencape as agulhas)
- Descarte o material perfurocortante em recipiente adequado (não desconecte nem reencape as agulhas)
- Separe o avental e campos usados e deposite-os no *hamper*
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Se for indicado pelo médico, encaminhe o paciente para controle radiológico do posicionamento do cateter
- Se estiver autorizado pelo médico, troque a solução fisiológica instalada pela solução prescrita, à velocidade de fluxo de infusão adequada
- Faça as anotações de enfermagem sobre a realização do procedimento, em impresso próprio, citando qualquer intercorrência e indicando o médico que o realizou.

Figura 6.1.2.1

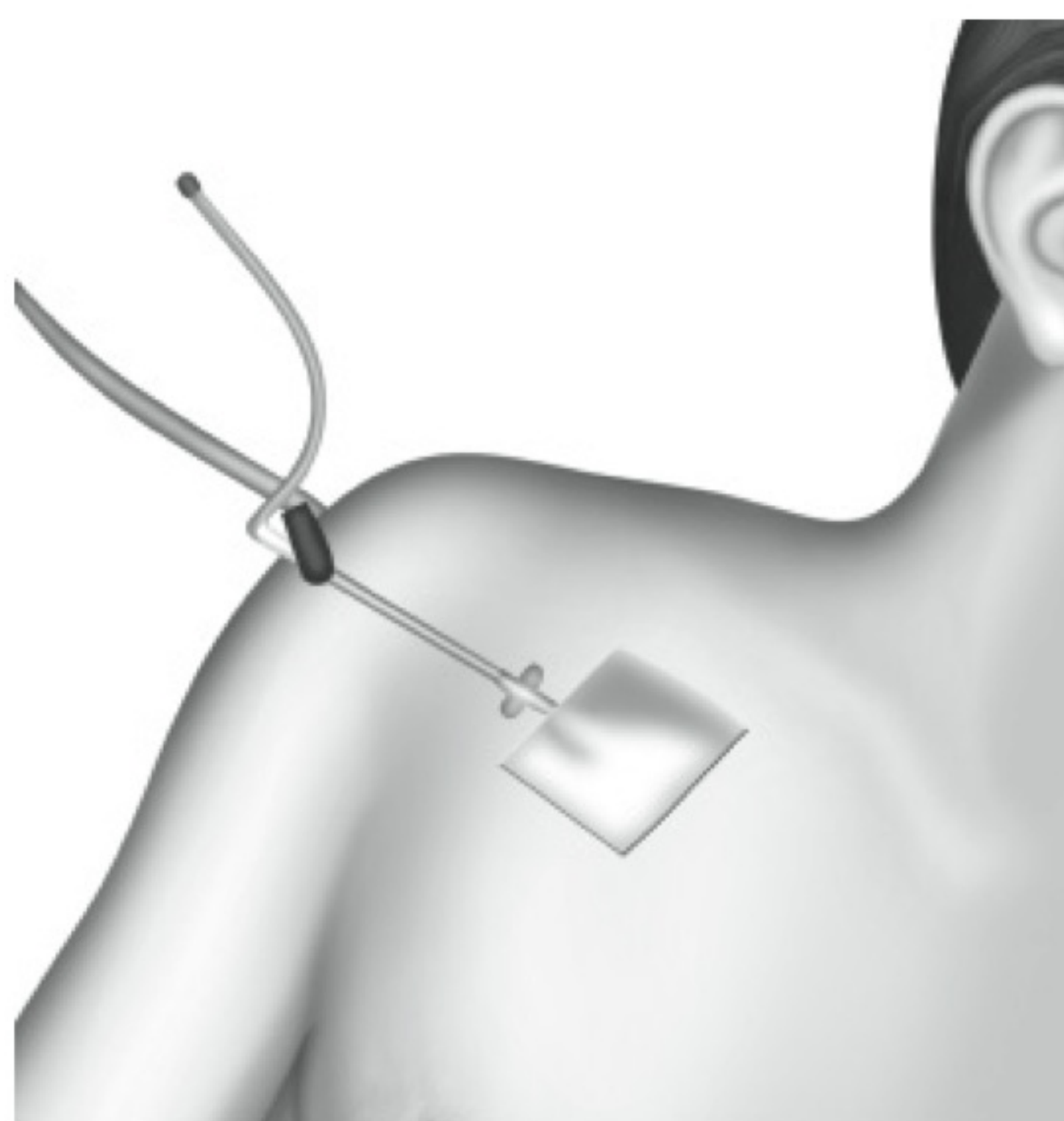
Inserção de cateter venoso central pela veia subclávia direita.

**Figura 6.1.2.2**

Inserção de cateter venoso central pela veia jugular interna direita.

**Figura 6.1.2.3**

Local de inserção e curativo – cateter venoso central em veia subclávia direita.



■ Recomendações

Gerais

- Caso o procedimento de inserção do cateter não conste na prescrição médica, anote o nome e o CRM do médico que executou o procedimento, assim como o horário do procedimento
- Não se recomenda realizar tricotomia na região de inserção do cateter (devido a irritação e lesão local da pele); apenas apare os pelos, se necessário.

Específicas

- A posição de Trendelenburg, durante a inserção dos cateteres venosos centrais, aumenta a pressão venosa
- Durante a punção e a inserção do cateter, os pacientes que estiverem em ventilação mecânica deverão ter a ventilação interrompida, a fim de se prevenirem acidentes como pneumotórax. A ventilação deve ser restabelecida o mais breve possível. O tempo de interrupção da ventilação deve ser controlado e, caso haja demora na execução da punção ou da introdução do cateter, o procedimento deverá ser interrompido e a ventilação restabelecida por alguns instantes
- O aumento da pressão intratorácica, promovido pela manobra de Valsalva, reduz o risco de embolia gasosa durante a inserção do cateter venoso central (especificamente no momento da retirada do fio-guia do cateter).

Manobra de Valsalva

- Consiste em pedir ao paciente consciente que faça uma inspiração profunda e mantenha preso o ar por alguns segundos (pode-se solicitar que faça força de expiração, mas sem soltar o ar, o que aumenta a pressão intratorácica). Em seguida, solicita-se ao paciente que solte o ar e volte a respirar normalmente
- A manobra de Valsalva aumenta a pressão intratorácica de seu nível normal (3 a 4 mmHg) para níveis mais elevados (60 mmHg ou mais)
- Está contraindicada para pacientes que apresentam hipertensão intracraniana, aneurisma cerebral com risco de ruptura e para aqueles que não estejam conscientes, alertas e cooperativos.

Bibliografia

- Alexander M. *Infusion Nursing: Standards of Practice*. J Infusion Nurs 2006; 29 (1S).
- Archer E *et al.* Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Editora LAB, 2006, 740p.
- Carmagnani MIS *et al.* *Manual de procedimentos básicos de enfermagem*. São Paulo: Interlivros, 2000.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections*. MMWR 2002; 51(RR-10).
- Fakih FT. *Manual de administração de medicamentos injetáveis*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. 221p.
- Figueiredo LPF, Capone Neto A. Como identificar, tratar e prevenir a embolia gasosa relacionada com cateteres venosos centrais? Rev. Assoc. Med. Bras., 2001 jul-set; 47(3):179-80.
- Machado AF. *Motivo da retirada e tempo de permanência de cateteres venosos periféricos em crianças: estudo experimental com três tipos de curativos* (tese de mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2003. 126p.
- Medeiros EAS, Wey SB, Guerra CM. *Diretrizes para a prevenção e o controle de infecções relacionadas com a saúde — 2006 a 2007*. Comissão de Epidemiologia Hospitalar, Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2006. 132p.
- Nettina SM. *Práticas de enfermagem*, 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- Phillips LD. *Manual de terapia intravenosa*, 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

Parte 7 Administração de Medicamentos

- 7.1 Administração de medicamentos por via dermatológica, 140
- 7.2 Administração de medicamentos por via intradérmica, 142
- 7.3 Administração de medicamentos por via intramuscular, 145
- 7.4 Administração de medicamentos por via intravenosa, 149
- 7.5 Administração de medicamentos por via nasal, 153
- 7.6 Administração de medicamentos por via oftálmica, 155
- 7.7 Administração de medicamentos por via oral, 158
- 7.8 Administração de medicamentos por via otológica, 159
- 7.9 Administração de medicamentos por via peridural, 162
- 7.10 Administração de medicamentos por via retal, 165
- 7.11 Administração de medicamentos via sonda enteral, 168
- 7.12 Administração de medicamentos por via subcutânea, 170
- 7.13 Administração de medicamentos por via sublingual, 174
- 7.14 Administração de medicamentos por via vaginal, 176
- Bibliografia, 178

7.1 ■ Administração de medicamentos por via dermatológica

Objetivo

Administrar medicamentos por via dermatológica para auxílio no tratamento por ação local ou sistêmica.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, medicamento prescrito, gaze e luvas de procedimento.

■ Descrição e sequência dos passos

Preparo do medicamento

- Confira as prescrições médica e de enfermagem
- Faça a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (o nome, a dosagem, o horário e a via de administração) e do paciente (o nome e o leito)
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Coloque a etiqueta de identificação do medicamento
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar.

Administração do medicamento

- Explique o procedimento ao paciente
- Coloque o paciente na posição mais adequada ao procedimento
- Higienize as mãos
- Calce luvas de procedimento ou estéreis, conforme a necessidade
- Exponha a área de aplicação e faça higiene local, se for necessário
- Coloque o medicamento em uma gaze, na quantidade suficiente para cobrir a área indicada (se necessário, utilize uma espátula)
- Aplique o medicamento na área indicada e espalhe-o delicadamente (se necessário, enfaixe o local)
- Recolha o material e coloque-o na bandeja
- Retire as luvas de procedimento
- Encaminhe os resíduos para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque-a com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque o horário da administração do medicamento na prescrição médica
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio, se houver intercorrências.

■ Recomendações

Gerais

- Leia atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração

- Oriente o paciente sobre cada medicamento a ser administrado
- Respeite o direito de recusa do paciente (indague e registre os motivos)
- Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não foi dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem. Se o medicamento tiver sido dado fora do horário determinado, deve-se colocar o horário administrado e checar
- O medicamento deve ser mantido com a identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade e sujidade)
- Verifique e respeite a validade do medicamento
- Anote qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento
- O aprazamento (horários de administração) deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando-se a interação medicamentosa e as necessidades individuais do paciente.

Específicas

- O próprio paciente pode fazer a aplicação do medicamento, desde que tenha fácil acesso à área e que esteja bem orientado quanto ao procedimento
- Os medicamentos de uso tópico, exceto os que tratam feridas, devem ser aplicados na pele intacta
- Se o paciente apresentar um ferimento aberto, deve-se utilizar técnica asséptica
- Antes de aplicar os medicamentos, limpe completamente a pele, lavando cuidadosamente a área, a fim de retirar os restos de medicamentos. Se necessário, desbride localmente os resíduos de tecido (as camadas de derme e epiderme poderão ser desbridadas, mecanicamente, por profissionais de enfermagem, sendo privativo do enfermeiro o desbridamento instrumental, até a fáscia muscular)
- Em caso de uso de bisnagas, despreze uma pequena porção (cerca de 1 cm) e aplique a segunda porção sobre a gaze, sem tocá-la
- Em caso de necessidade de uso de espátulas, não contamine o medicamento com a espátula que já teve contato com o paciente
- Recomendações específicas para uso de *patches*: realize tricotomia, se necessário; observe o período de permanência na pele, de acordo com o medicamento e o fabricante; observe eventuais sinais de reações locais; faça rodízio dos locais de aplicação (conforme o tipo e o tamanho do *patch* e suas respectivas recomendações), evitando dobras cutâneas e áreas de transpiração excessiva.

7.2 ■ Administração de medicamentos por via intradérmica

Objetivo

Administrar medicamentos por via intradérmica (ID).

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, medicamento prescrito, luvas de procedimento, agulha de 25 mm × 7 mm, agulha de 13 mm × 4,5 mm, seringa de 1 ml, bolas de algodão, álcool a 70%.

■ Descrição e sequência dos passos

Preparo do medicamento

- Confira as prescrições médica e de enfermagem
- Faça a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (o nome, a dosagem, o horário e a via de administração) e do paciente (o nome e o leito)
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Aspire o medicamento utilizando a agulha de 25 mm × 7 mm e a seringa de 1 ml, sem deixar ar no interior
- Troque a agulha por outra de 13 mm × 4,5 mm
- Coloque a etiqueta de identificação do medicamento
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar.

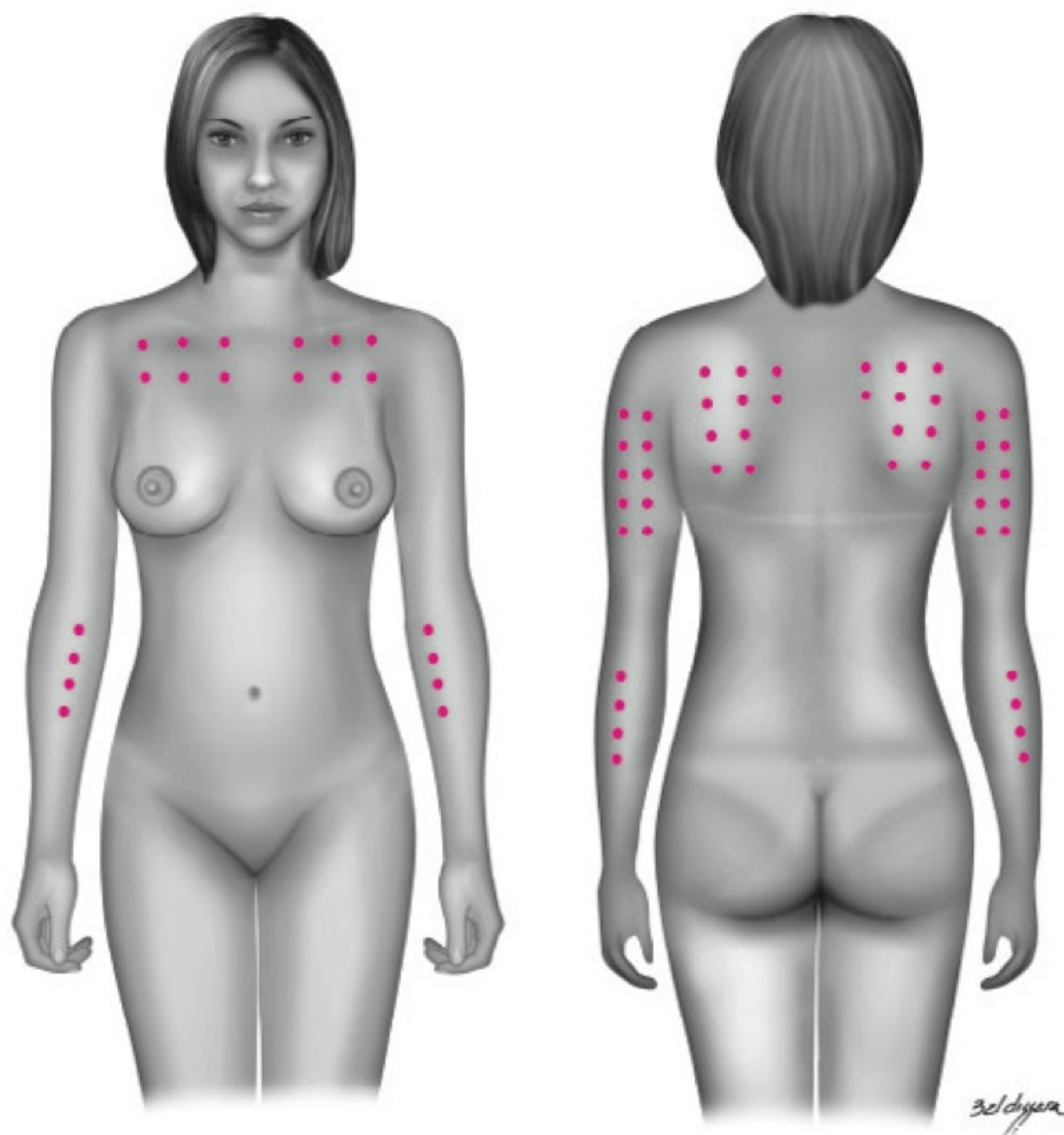
Administração do medicamento

- Explique o procedimento ao paciente
- Higienize as mãos
- Coloque o paciente na posição mais adequada ao procedimento
- Calce as luvas de procedimento
- Faça a antisepsia do local com algodão embebido em álcool a 70% com movimentos circulares, do centro para as extremidades
- Estique a pele do local de aplicação, com os dedos indicador e polegar da mão oposta à que segura a seringa
- Introduza a agulha (somente o bisel) na pele, fazendo com esta um ângulo de 15°, com um movimento delicado, porém firme
- Injete o medicamento, empurrando o êmbolo com a mão oposta à que segura a seringa, e observe a formação de uma pápula
- Retire a agulha com um único movimento, rápido e firme
- Não friccione o local da pápula, com algodão nem com outro material
- Oriente o paciente a não coçar nem esfregar o local
- Recolha o material e coloque-o na bandeja (não reencape as agulhas)
- Retire as luvas de procedimento
- Encaminhe os resíduos para o expurgo
- Descarte o material perfurocortante em recipiente adequado (não desconecte a agulha da seringa)

- Lave a bandeja com água e sabão, seque-a com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque o horário de administração do medicamento na prescrição médica
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio, indicando o local em que foi realizada a aplicação, ou qualquer intercorrência.

Figura 7.2.1

Locais de administração intradérmica.

**Figura 7.2.2**

Ângulo de inserção da agulha, em relação à pele, e formação de pápula na administração intradérmica.



■ Recomendações

Gerais

- Leia atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração
- Oriente o paciente sobre cada medicamento a ser administrado

- Respeite o direito de recusa do paciente (indague e registre os motivos)
- Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, caso não tenha sido dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem. Se o medicamento for dado fora do horário determinado, deve-se colocar o horário em que foi administrado e checar
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade e sujeira)
- Verifique e respeite a validade do medicamento
- Anote qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento
- O aprazamento (horários de administração) deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando-se a interação medicamentosa e as necessidades individuais do paciente.

Específicas

- Administre um volume máximo de 0,5 mL. Os locais indicados para aplicação são a face anterior do antebraço e a região subescapular
- As seringas de aplicação têm capacidade para 1 mL e apresentam graduações em decimais ou centesimais
- Não se deve fazer massagem no local, e a antissepsia não é obrigatória, para não interferir no tempo de absorção do medicamento e/ou na reação local
- Em caso de PPD, é necessário demarcar a área de aplicação com régua, a fim de medir-se a reação local posteriormente.

7.3 ■ Administração de medicamentos por via intramuscular

Objetivo

Administrar por via intramuscular (IM) medicamentos que não podem ser absorvidos diretamente pela mucosa gástrica. Obter ação mais rápida do que por via oral.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, medicamento prescrito, diluente para o medicamento (se necessário), etiqueta ou fita adesiva, luvas de procedimento, seringa de 5 mL, agulha de 40 mm × 12 mm, agulha IM adequada (Tabela 7.3.1, p. 146), bolas de algodão, álcool a 70%

■ Descrição e sequência dos passos

Preparo do medicamento

- Confira as prescrições médica e de enfermagem
- Faça a etiqueta de identificação do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e leito)
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Separe o frasco ou a ampola e faça a limpeza do mesmo com algodão embebido em álcool a 70%
- Faça a reconstituição, se necessário, e aspire o conteúdo do frasco
- Retire o ar da seringa
- Troque a agulha por outra, específica para via IM (veja a Tabela 7.3.1, p. 146)
- Cole na seringa a etiqueta de identificação do medicamento
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar.

Administração do medicamento

- Explique o procedimento ao paciente
- Higienize as mãos
- Calce as luvas de procedimento
- Coloque o paciente na posição mais adequada ao procedimento
- Exponha a área e delimite o local de aplicação (veja a Tabela 7.3.2, p. 146)
- Pince a pele e o músculo do local selecionado com os dedos indicador e polegar da mão oposta à que segura a seringa
- Retire o ar da agulha
- Insira a agulha a um ângulo de 90° em relação ao músculo
- Tracione suavemente o êmbolo da seringa para certificar-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo
- Injete o conteúdo da seringa, empurrando o êmbolo com a mão oposta à que segura a seringa
- Retire a agulha com um único movimento, rápido e firme
- Comprima levemente o local com algodão seco, sem massagear, até que se conclua a hemostasia
- Verifique o local da punção, observando a formação de hematoma ou reação alérgica

- Recolha o material e coloque-o na bandeja (não reencape as agulhas)
- Retire as luvas de procedimento
- Encaminhe os resíduos para o expurgo
- Descarte o material perfurocortante em recipiente adequado (não desconecte a agulha da seringa)
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque o horário da administração do medicamento na prescrição médica
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio, indicando o local em que foi realizada a aplicação, ou qualquer intercorrência.

Tabela 7.3.1

Especificação de agulhas para a aplicação IM em adultos.

<i>Biotipo do paciente</i>	<i>Solução oleosa/suspensão</i>	<i>Solução aquosa</i>
Magro	25 mm × 8 mm	25 mm × 7 mm
Normal	30 mm × 8 mm	30 mm × 7 mm
Obeso	40 mm × 8 mm	40 mm × 7 mm

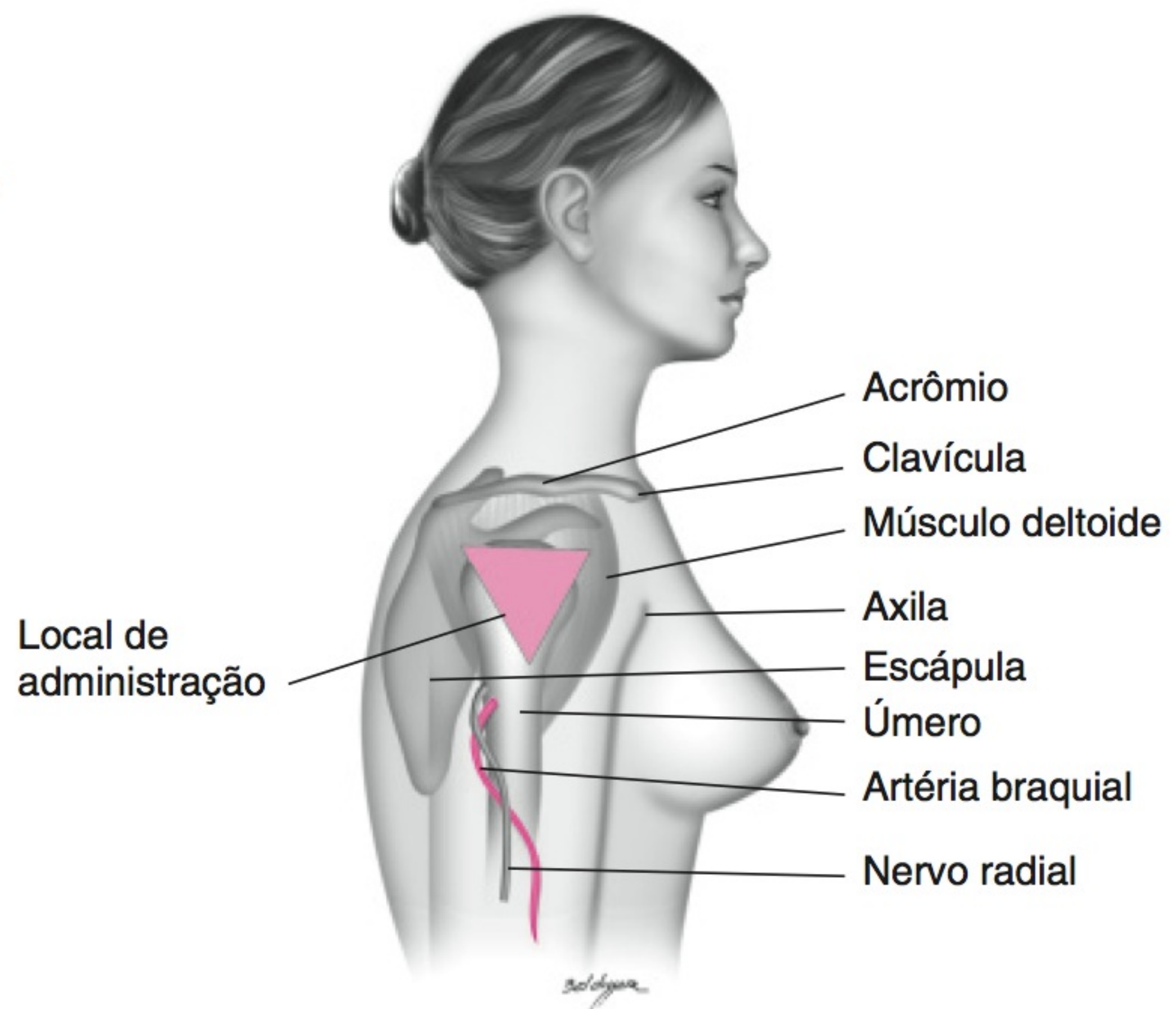
Tabela 7.3.2

Músculos indicados para a injeção IM e respectivos volumes máximos, em pacientes adultos, em ordem de preferência (esses músculos devem ser utilizados alternadamente).

<i>Região</i>	<i>Localização</i>
Glúteo: região dorsoglútea	Quadrante superior lateral (até 5 ml)
Vasto lateral	No terço médio (até 4 ml)
Glúteo: região ventroglútea	Hochstetter (até 4 ml) — aplicado no centro do V formado pelos seguintes vértices: palma da mão na porção do trocânter maior, o dedo indicador na espinha ilíaca ântero-superior e o dedo médio estendendo-se até a crista ilíaca
Deltoide	Aproximadamente 4 cm abaixo do acrômio (até 2 ml)

Figura 7.3.1

Local de administração intramuscular no músculo deltoide.

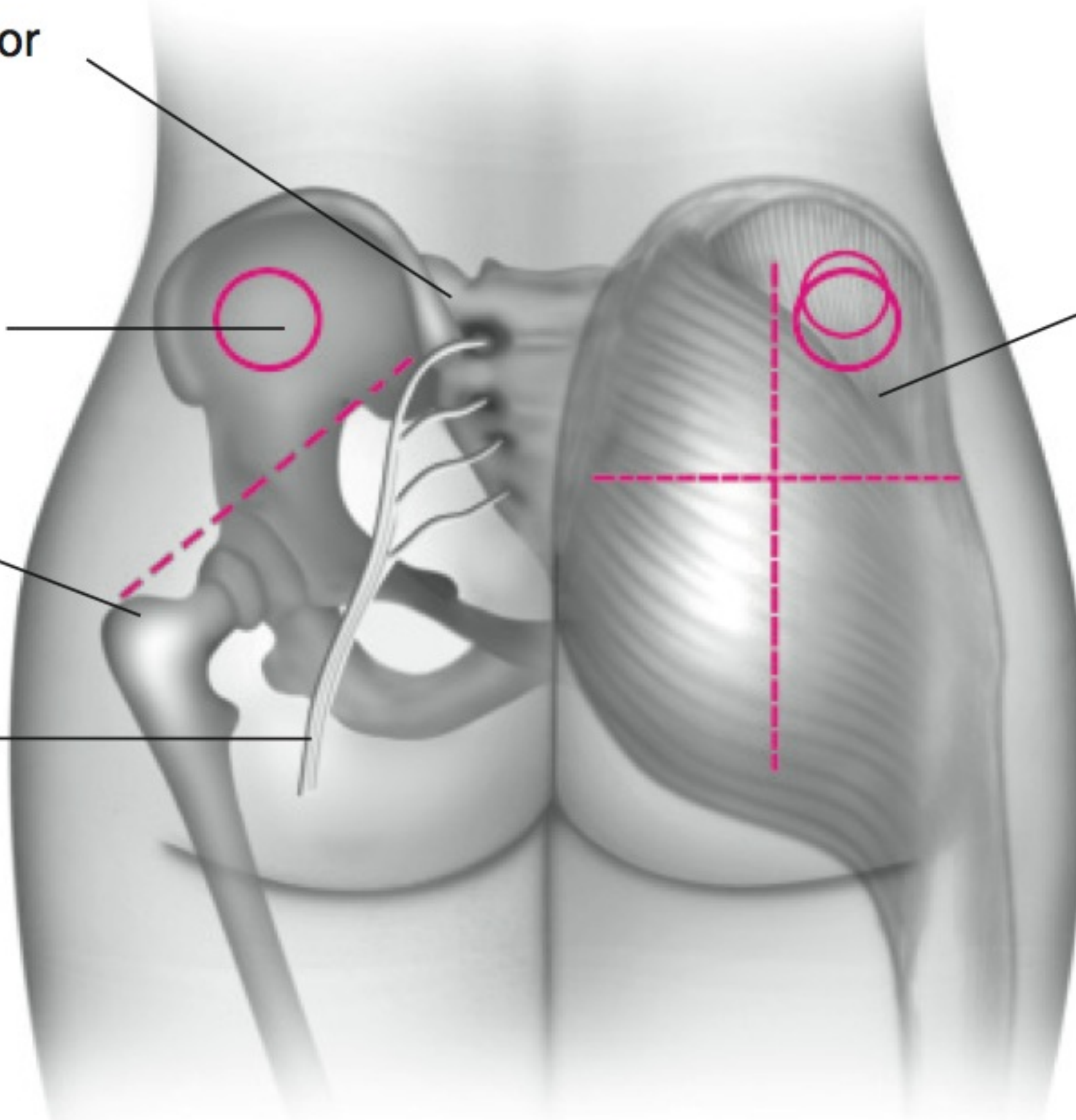


Espinha ilíaca
pósterio-superior

Locais de
administração

Porção
da diáfise

Nervo ciático



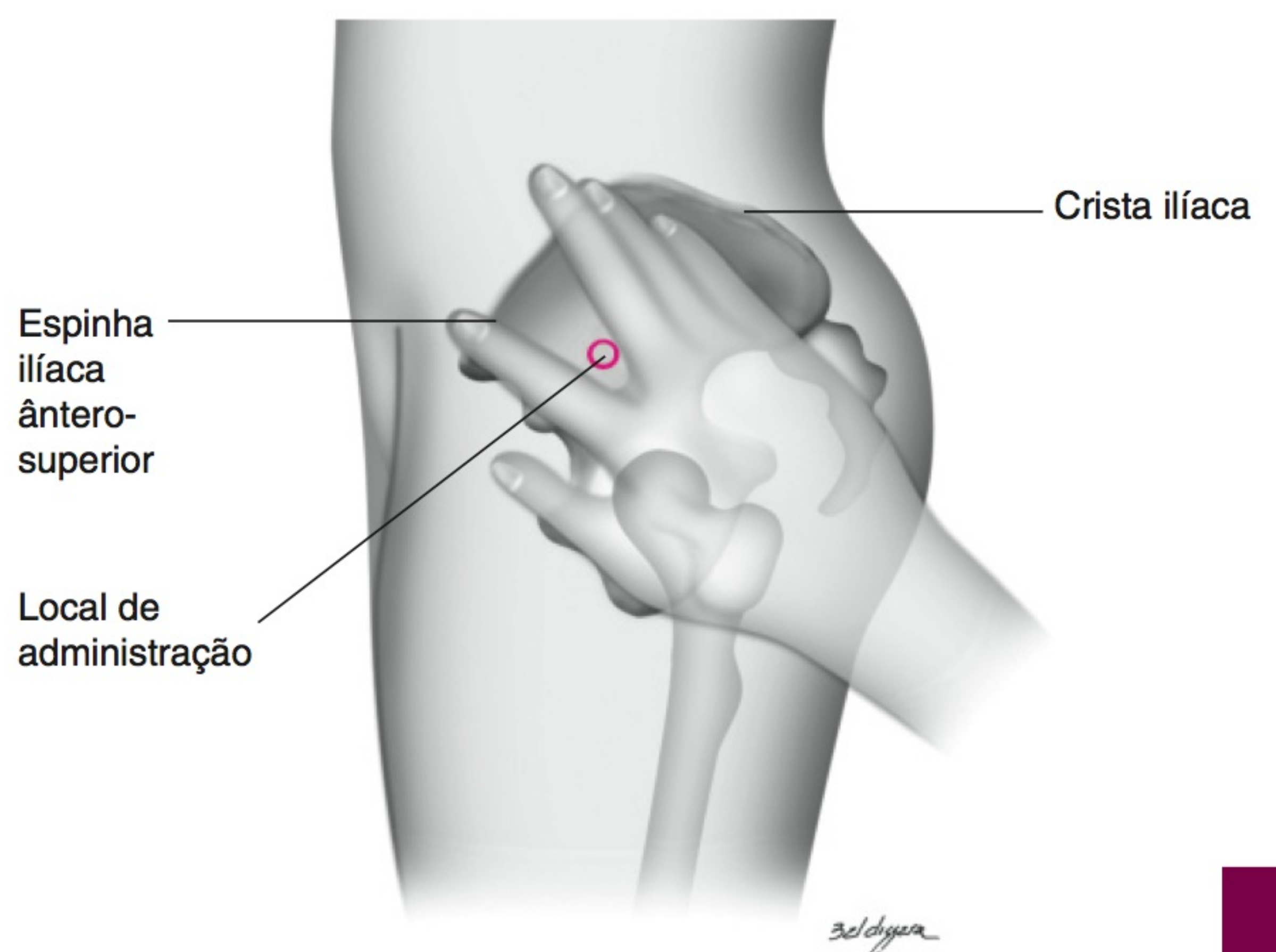
Músculo
glúteo
(quadrante
superior
lateral)

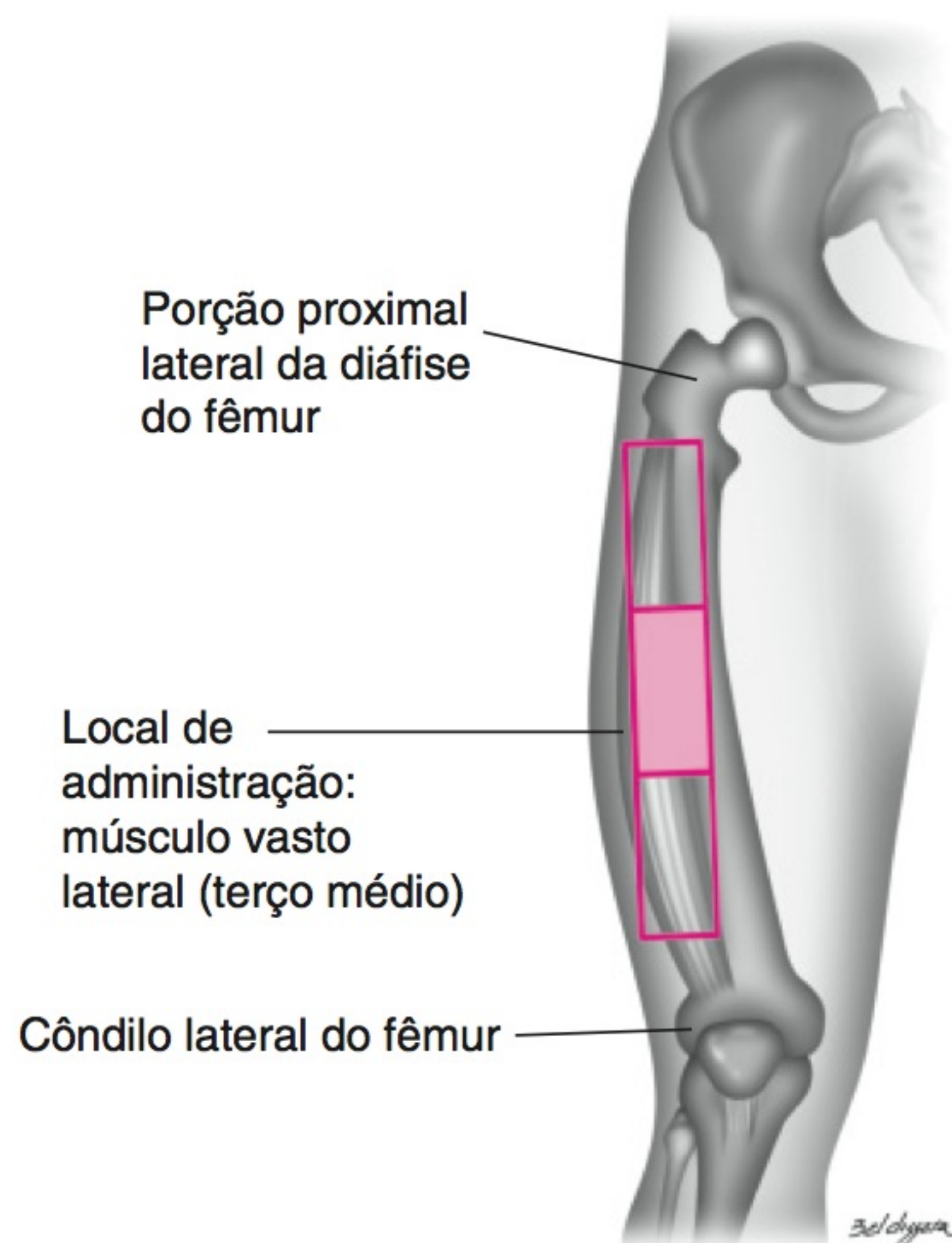
Figura 7.3.2

Locais de administração intramuscular no músculo glúteo (região dorsoglútea).

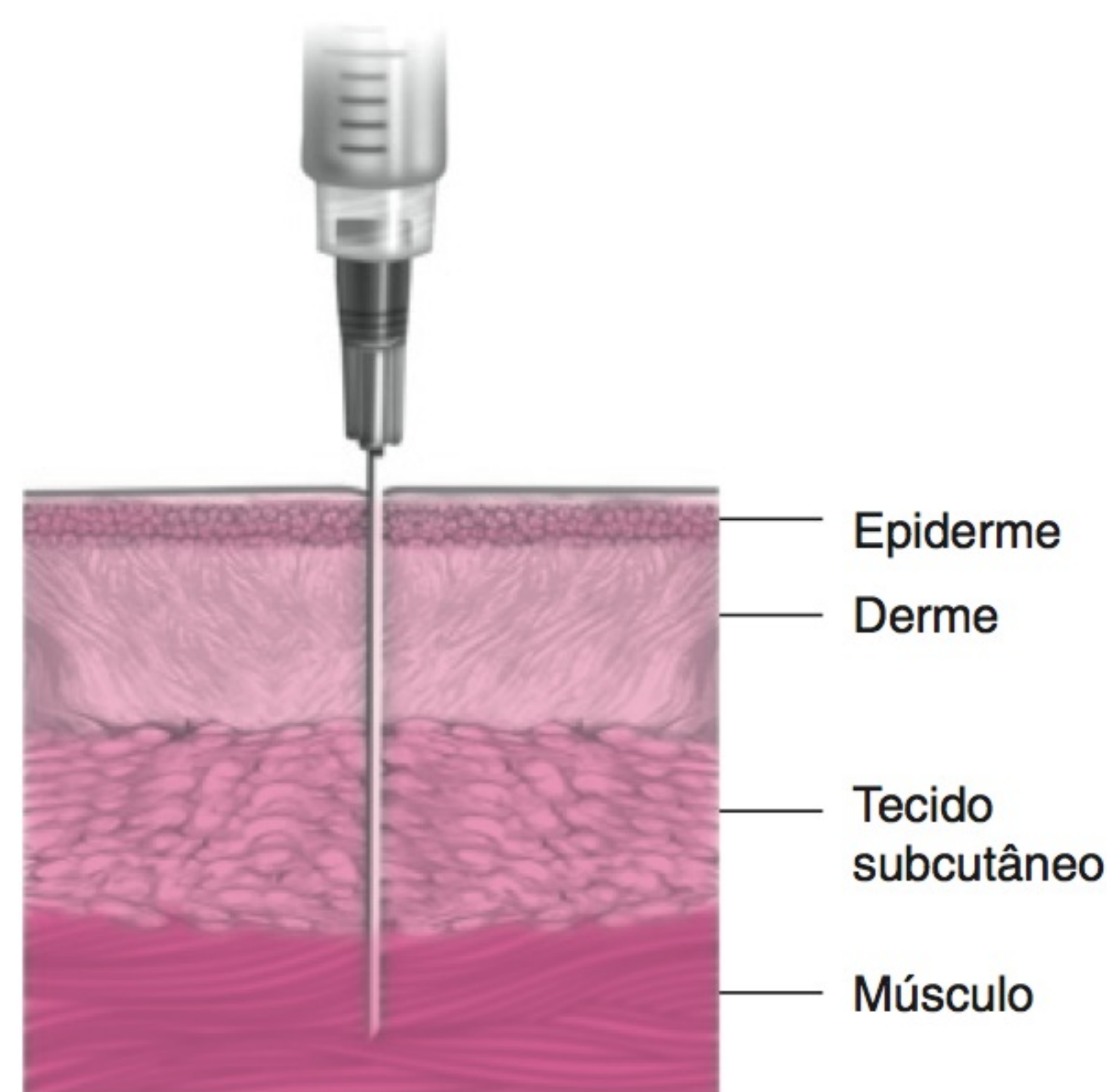
Figura 7.3.3

Local de administração intramuscular no músculo glúteo (região ventroglútea – Hochstetter).



**Figura 7.3.4**

Local de administração intramuscular no músculo vasto lateral.

**Figura 7.3.5**

Ângulo de inserção da agulha, em relação à pele, na administração intramuscular.

■ Recomendações

Gerais

- Leia atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração
- Faça a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (o nome, a dosagem, o horário e a via de administração) e do paciente (o nome e o leito)
- Oriente o paciente sobre cada medicamento a ser administrado
- Respeite o direito de recusa do paciente (indague e registre os motivos)
- Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não tiver sido dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem. Se o medicamento for dado fora do horário determinado, deve-se colocar o horário administrado e checar
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade e sujeira)
- Verifique e respeite a validade do medicamento
- Anote qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento
- O aprazamento (horários de administração) deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando-se a interação medicamentosa e as necessidades individuais do paciente.

Específicas

- O medicamento administrado por via IM não deve ser reconstituído em soluções que não as indicadas nem misturado com qualquer outro medicamento na mesma seringa
- Os locais de aplicação (músculos) deverão ser alternados durante o tratamento
- Se o volume a ser administrado ultrapassar a capacidade do músculo, a dose deverá ser fracionada e aplicada em mais de um local.

7.4 ■ Administração de medicamentos por via intravenosa

Objetivo

Administrar medicamentos por via intravenosa (IV) para obter efeito sistêmico mais rápido, ou porque lesiona o tecido muscular.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, medicamento prescrito, diluente do medicamento (se necessário), luvas de procedimento, agulha de 40 mm × 12 mm, seringa de 10 mL, etiqueta ou fita adesiva, bolas de algodão, álcool a 70%, adesivo hipoalergênico.

■ Descrição e sequência dos passos

Preparo do medicamento

- Confira as prescrições médica e de enfermagem
- Faça a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (o nome, a dosagem, o horário e a via de administração) e do paciente (o nome e o leito)
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Separe o frasco ou a ampola e faça a limpeza com algodão embebido em álcool a 70%, antes de puncioná-lo (o frasco) ou quebrá-la (a ampola)
- Faça a reconstituição, se necessário, e aspire o conteúdo do frasco na dose prescrita
- Dilua o medicamento, se necessário, para obter a dose prescrita, conforme as especificidades do medicamento e do paciente
- Cole na seringa a etiqueta de identificação do medicamento
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar
- Se necessário, puncione uma veia periférica (consulte Punção venosa periférica, p. 124).

Administração do medicamento

- Explique o procedimento ao paciente
- Higienize as mãos
- Calce as luvas de procedimento
- Coloque o paciente na posição mais adequada ao procedimento.

Administração por acesso venoso já instalado

- Limpe a conexão do acesso venoso com álcool a 70%
- Remova a tampinha da torneirinha ou do cateter, protegendo-a com uma gaze estéril
- Desconecte a agulha de proteção da seringa
- Conecte a seringa que contém o medicamento ao acesso venoso (cateter, torneirinha)
- Bloqueie o acesso de soro durante o período de administração do medicamento
- Tracione o êmbolo da seringa até que reflua uma pequena quantidade de sangue (não é indicado que se aspire o cateter venoso salinizado, cateteres plásticos ou cateteres de pequeno calibre).

Administração por punção venosa

- Realize a punção venosa (consulte Punção venosa periférica, p. 124)
- Conecte a seringa que contém o medicamento ao cateter venoso
- Tracione o êmbolo da seringa até que reflua uma pequena quantidade de sangue
- Solte o garrote
- Injete todo o medicamento, no tempo recomendado (verifique as recomendações específicas relativas ao medicamento e ao paciente)
- Observe sinais de infiltração ou hematoma no local da punção, além de queixas de dor, desconforto ou alterações do paciente (se ocorrerem, interrompa a administração)
- Após a administração:
 - recolha a tampinha de proteção da torneirinha, ou
 - restabeleça a infusão de soro e reveja o gotejamento, ou
 - faça a salinização do cateter venoso (consulte Salinização de cateter venoso periférico, p. 131)
- Recolha o material e coloque-o na bandeja (não reencape as agulhas)
- Retire as luvas de procedimento
- Encaminhe os resíduos para o expurgo
- Descarte o material perfurocortante em recipiente adequado (não desconecte a agulha da seringa)
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque o horário da administração do medicamento na prescrição médica
- Faça as anotações em impresso próprio, indicando o local em que foi realizada a aplicação, ou qualquer intercorrência.

■ Recomendações

Gerais

- Leia atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração
- Oriente o paciente sobre cada medicamento a ser administrado
- Respeite o direito de recusa do paciente (indague e registre os motivos)
- Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não tiver sido dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem. Se o medicamento tiver sido dado fora do horário determinado, deve-se colocar o horário em que foi administrado e checar
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade e sujeira)
- Verifique e respeite a validade do medicamento
- Anote qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento
- O aprazamento (horários de administração) deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando-se a interação medicamentosa e as necessidades individuais do paciente.

Específicas

Relativas aos pacientes

- Verifique a data de inserção do cateter venoso periférico. O cateter não deve permanecer no mesmo local por mais de 72 h
- Verifique a presença de dor e edema (indicam que a veia foi transfixada e que o líquido injetado está extravasando nos tecidos) ou de flebite. Nesse caso, interrompa a infusão imediatamente e retire o dispositivo (consulte as escalas de avaliação de flebite e de infiltração/extravasamento no procedimento Punção venosa periférica, p. 124)
- Fique atento às possíveis reações durante a administração de medicamentos IV, tais como reações pirogênicas, anafiláticas ou outras queixas do paciente.

Relativas aos medicamentos

- Verifique a compatibilidade entre medicamentos administrados simultaneamente (em conexões Y)
- Consulte sobre a compatibilidade entre medicamentos e os diluentes/soluções a serem utilizados
- Sempre que dois medicamentos injetáveis, incompatíveis entre si, tiverem que ser administrados simultaneamente (no mesmo horário), por uma mesma via de acesso, recomenda-se que:
 - Esses medicamentos sejam preparados em separado (não os misture)

- Esses medicamentos sejam administrados separadamente e que, após a administração do primeiro, a via de acesso seja “lavada” (administrando-se até 10 mL de solução fisiológica)
- Se possível, aguarde 10 min para realizar a administração do segundo medicamento
- Se possível, escolha outra via de acesso, evitando-se infusões simultâneas prolongadas
- Conservação de medicamentos: considere as características do medicamento quanto à sua estabilidade (no seu estado original, após a reconstituição e/ou diluição) e também em relação a sua fotossensibilidade e termolabilidade
- Guarda de medicamentos manipulados:
 - Identifique os frascos dos medicamentos que forem preparados e guardados para uso posterior, informando a concentração (mg/mL), a data e a hora de preparo. Deve-se identificar o medicamento logo após o preparo e guardá-lo imediatamente, na forma (refrigerado ou não, protegido ou não da luz) e pelo tempo recomendados
 - Verifique o prazo de validade
 - Observe o aspecto do medicamento
- Homogeneize os medicamentos e soluções antes da administração
- Tempo de administração do medicamento por via IV:
 - O tempo de administração por via intravenosa de cada medicamento é determinado em função do princípio ativo (sua farmacocinética), da ação desejada e do volume a ser administrado. Assim sendo, é importante que se considerem as recomendações do fabricante do medicamento
 - Devem também ser consideradas algumas características do paciente, tais como o peso e a idade (parâmetros essenciais para o cálculo da dosagem e para a determinação do tempo de administração de alguns medicamentos), além das condições físicas gerais (p. ex., o calibre e as condições da veia em que se dará a administração) e dos sintomas e alterações que o paciente possa apresentar durante a administração do medicamento
 - De modo geral, os modos e tempos de administração de medicamentos por via IV podem ser assim classificados:
 - *Bolus*: é administração intravenosa realizada em até 1 min
 - *Infusão rápida*: administração por via intravenosa realizada entre 1 e 30 min
 - *Infusão lenta*: administração por via intravenosa realizada entre 30 e 60 min
 - *Infusão contínua*: administração por via intravenosa realizada em tempo superior a 60 min, ininterruptamente (p. ex., de 6 em 6 h)
 - *Infusão intermitente*: administração por via intravenosa realizada em tempo superior a 60 min, não-contínua (p. ex., em 4 h, 1 vez/dia).

Equivalências

1 mL = 20 gotas =
60 microgotas
1 microgota/min =
1 mL/h
1 mg = 1.000 µg

7.5 ■ Administração de medicamentos por via nasal

Objetivo

Administrar medicamentos por via nasal para auxílio no tratamento de doenças inflamatórias/infecciosas das vias respiratórias superiores, ou para serem absorvidos sistemicamente.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento, com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, medicamento prescrito, lenços de papel ou gaze, conta-gotas.

■ Descrição e sequência dos passos

Preparo do medicamento

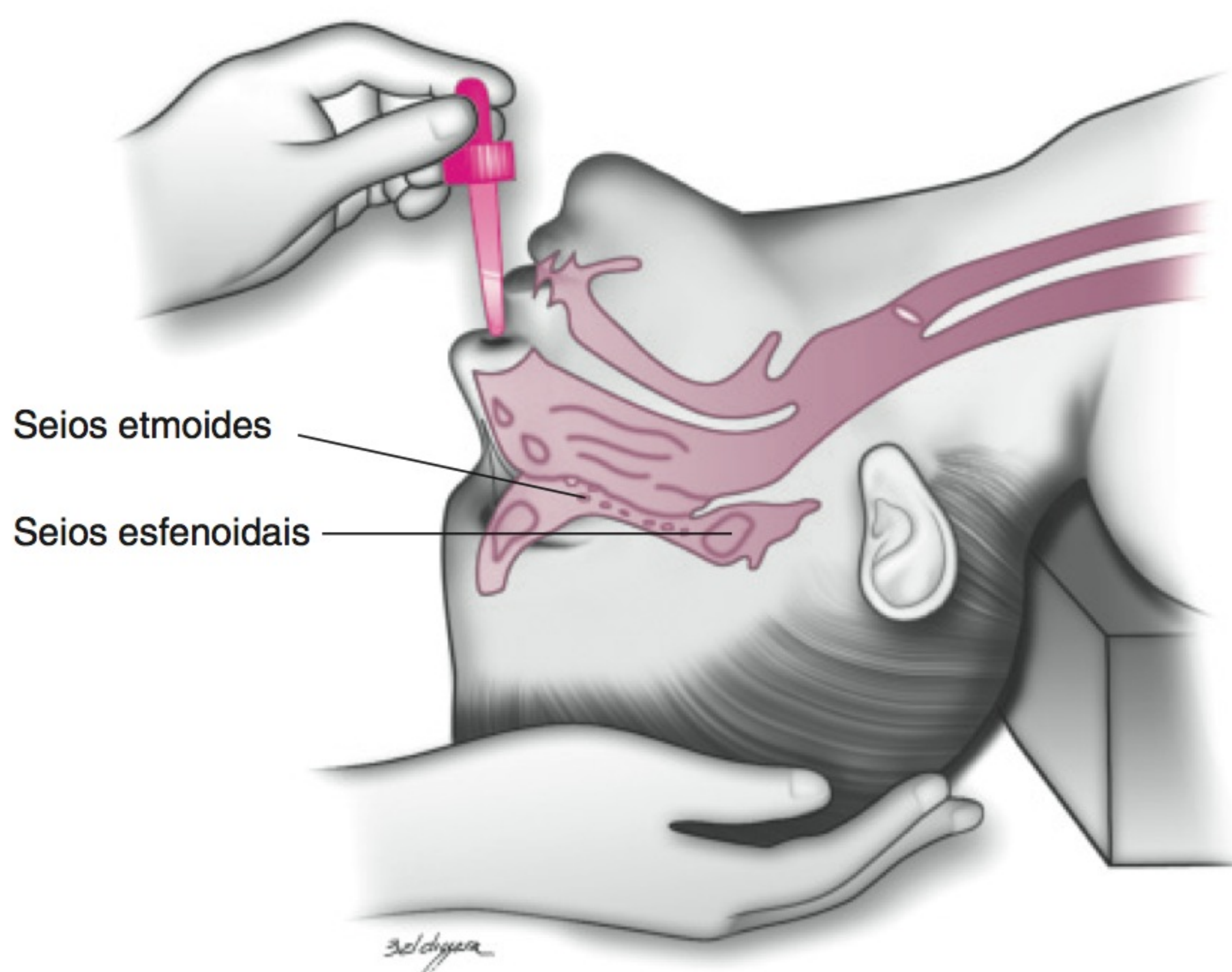
- Confira as prescrições médica e de enfermagem
- Faça a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (o nome, a dosagem, o horário e a via de administração) e do paciente (o nome e o leito)
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Coloque a etiqueta de identificação do medicamento
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar.

Administração do medicamento

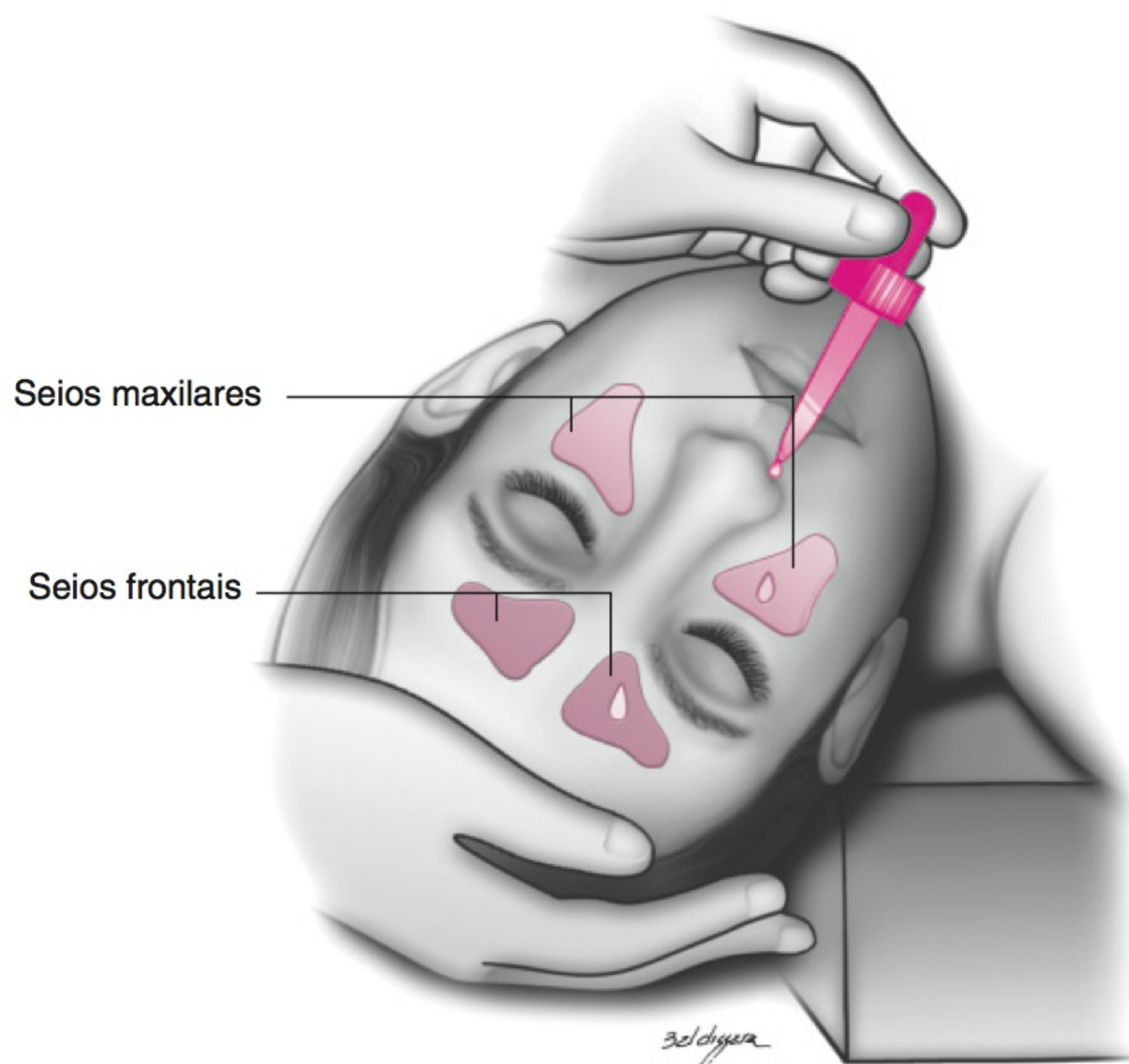
- Explique o procedimento ao paciente
- Solicite ao paciente que limpe as narinas com lenços de papel ou gaze
- Coloque o paciente sentado ou eleve a cabeceira do leito
- Higienize as mãos
- Para o acesso do medicamento:
 - à faringe posterior: solicite ao paciente que incline a cabeça para trás
 - ao seio etmoide ou esenoide: coloque um travesseiro sob os ombros e incline a cabeça do paciente para trás
 - aos seios frontais e maxilares: solicite ao paciente que incline a cabeça para trás e para o lado que deve ser tratado
- Pingue a quantidade de gotas prescritas do medicamento nas narinas, sem tocá-las
- Observe a reação do paciente e posicione-o novamente no leito, de acordo com sua necessidade
- Recolha o material e coloque-o na bandeja
- Encaminhe os resíduos para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque-a com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque o horário da administração do medicamento na prescrição médica
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio, se houver intercorrências.

Figura 7.5.1

Posicionamento do paciente para se pingarem gotas nasais, para atingir os seios etmoide e esfenoide e a faringe posterior.

**Figura 7.5.2**

Posicionamento do paciente para se pingarem gotas nasais, para atingir os seios maxilares e frontais.



■ Recomendações

Gerais

- Leia atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração
- Oriente o paciente sobre cada medicamento a ser administrado
- Respeite o direito de recusa do paciente (indague e registre os motivos)

- Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não tiver sido dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem. Se o medicamento tiver sido dado fora do horário determinado, deve-se colocar o horário em que foi administrado e checar
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade e sujeira)
- Verifique e respeite a validade do medicamento
- Anote qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento
- O aprazamento (horários de administração) deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando-se a interação medicamentosa e as necessidades individuais do paciente.

Específica

- Recomenda-se que o frasco do medicamento seja de uso individual.

7.6 ■ Administração de medicamentos por via oftálmica

Objetivo

Administrar medicamentos por via oftálmica para auxílio no tratamento por ação local e no exame oftalmológico.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, medicamento prescrito (solução ou pomada), gaze, conta-gotas, lenço de papel, luvas de procedimento, bacia com água morna e toalha de rosto (se os olhos apresentarem crostas ou secreções).

■ Descrição e sequência dos passos

Preparo do medicamento

- Confira as prescrições médica e de enfermagem
- Faça a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (o nome, a dosagem, o horário e a via de administração) e do paciente (o nome e o leito)
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Coloque a etiqueta de identificação do medicamento
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar.

Administração do medicamento

- Explique o procedimento ao paciente
- Coloque o paciente sentado ou eleve a cabeceira do leito
- Higienize as mãos
- Utilize luvas de procedimento se houver presença de secreção
- Faça ou auxilie o paciente na lavagem dos olhos, com água morna (se houver presença de secreção)

- Lave e seque no sentido do canto interno do olho para o externo
- Solicite ao paciente que incline a cabeça para trás
- Afaste a pálpebra inferior, com os dedos e uma gaze
- Solicite ao paciente que olhe para cima.

Na aplicação de colírio

- Remova o conta-gotas e pingue a quantidade de gotas prescrita, aproximadamente 1 a 2 cm acima do saco conjuntival, tendo o cuidado de não tocar na conjuntiva do paciente
- Se o paciente piscar ou fechar o olho ou se a gota cair fora da margem externa da pálpebra, repita o procedimento
- Seque o excesso de medicamento com um lenço de papel.

Na aplicação de pomadas

- Aplique uma fina camada de pomada em toda a extensão do fórnix inferior, sem tocar a ponta da bisnaga na conjuntiva do paciente
- Limpe o excesso com uma gaze
- Após a administração do medicamento, solicite ao paciente que permaneça com o olho fechado por alguns minutos
- Recolha o material e coloque-o na bandeja
- Encaminhe os resíduos para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque-a com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque o horário de administração do medicamento na prescrição médica
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio, se houver intercorrências.

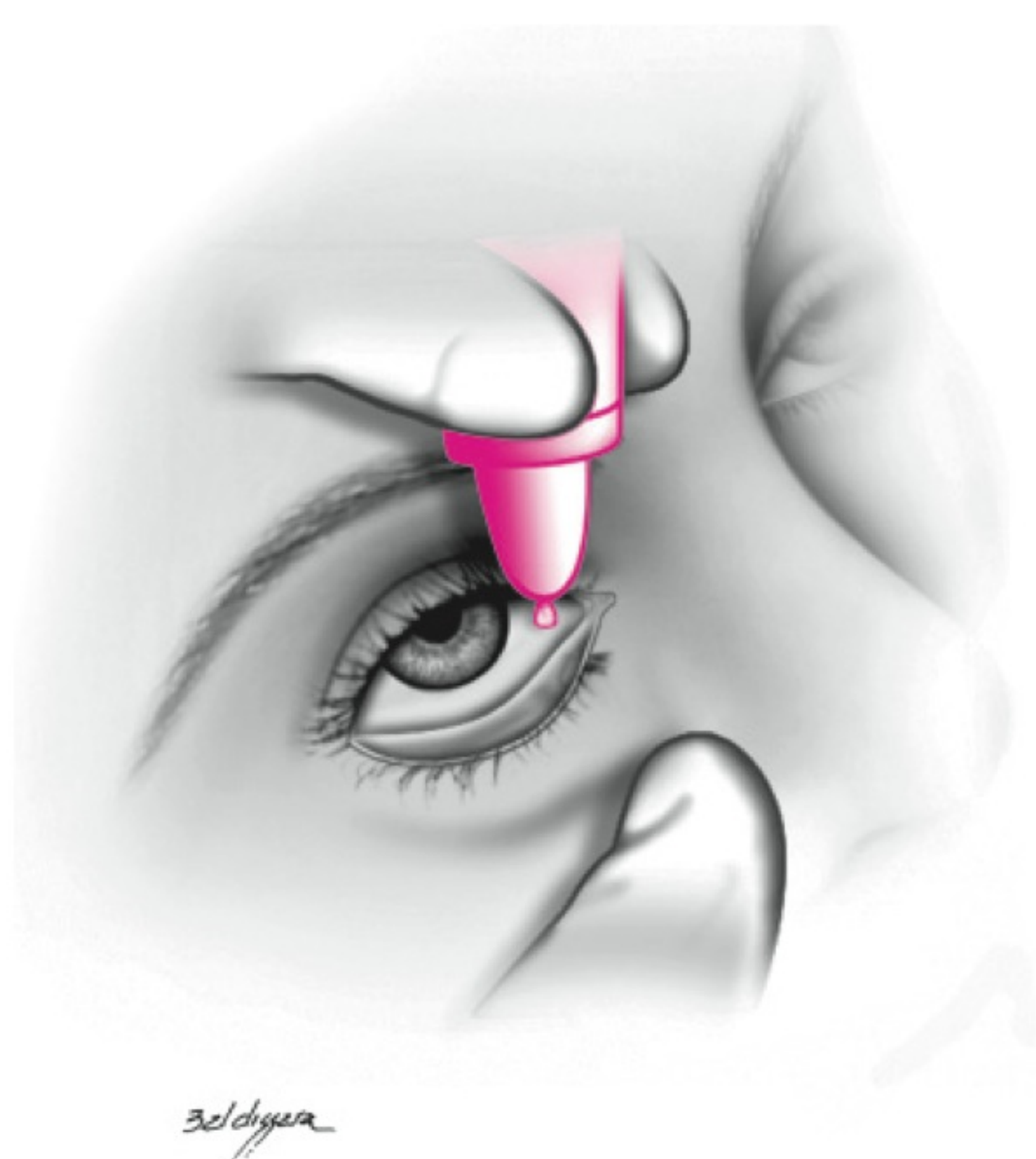


Figura 7.6.1

Posicionamento do paciente para se pingarem gotas oftálmicas.



Figura 7.6.2

Posicionamento do paciente para aplicação de pomada oftálmica.

■ Recomendações

Gerais

- Leia atentamente a prescrição médica, observando nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração
- Oriente o paciente sobre cada medicamento a ser administrado
- Respeite o direito de recusa do paciente (indague e registre os motivos)
- Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não tiver sido dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem. Se o medicamento tiver sido dado fora do horário determinado, deve-se colocar o horário em que foi administrado e checar
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade e sujeidade)
- Verifique e respeite a validade do medicamento
- Anote qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento
- O aprazamento (horários de administração) deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando-se a interação medicamentosa e as necessidades individuais do paciente.

Específicas

- Recomenda-se que o frasco ou o tubo do medicamento sejam de uso individual
- Como medida de prevenção de infecções cruzadas, evite o contato do material com a conjuntiva do paciente. Caso ocorra contato, descarte o produto.

7.7 ■ Administração de medicamentos por via oral

Objetivo

Administrar medicamentos por via oral (VO) para auxílio no tratamento, utilizando o trato gastrointestinal para absorção.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, medicamento prescrito, copinho descartável, fita crepe ou etiqueta. Se houver necessidade: seringa de 10 ou 20 mL, conta-gotas, triturador de comprimidos, espátula, papel-toalha, canudinho, copo com água ou chá.

■ Descrição e sequência dos passos

Preparo do medicamento

- Confira as prescrições médica e de enfermagem
- Faça a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (o nome, a dosagem, o horário e a via de administração) e do paciente (o nome e o leito)
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Coloque a etiqueta de identificação do medicamento
- Coloque os medicamentos no copinho sem tocá-los (use seringa ou medidor conta-gotas para os líquidos)
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar.

Administração do medicamento

- Explique o procedimento ao paciente
- Coloque o paciente sentado ou em decúbito elevado
- Entregue o copinho com o medicamento e o copo com água ou chá ao paciente
- Espere o paciente deglutir todos os medicamentos
- Recolha o material e coloque-o na bandeja
- Encaminhe os resíduos para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque-a com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque o horário de administração do medicamento na prescrição médica
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio, se houver intercorrências.

■ Recomendações

Gerais

- Leia atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração
- Oriente o paciente sobre cada medicamento a ser administrado

- Respeite o direito de recusa do paciente (indague e registre os motivos)
- Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não tiver sido dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem. Se o medicamento tiver sido dado fora do horário determinado, deve-se colocar o horário em que foi administrado e checar
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade e sujeira)
- Verifique e respeite a validade do medicamento
- Anote qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento
- O aprazamento (horários de administração) deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando-se a interação medicamentosa e as necessidades individuais do paciente.

Específicas

- Os comprimidos, conforme a necessidade e a fim de facilitar sua deglutição, poderão ser triturados e diluídos em água
- Caso haja a possibilidade de o paciente deglutir as cápsulas, não se deve abri-las e administrar seu conteúdo diluído. Nesse caso, recomenda-se verificar com o médico a possibilidade da alteração da terapêutica medicamentosa (apresentação e via de administração).

7.8 ■ Administração de medicamentos por via otológica

Objetivo

Administrar medicamentos por via otológica para auxílio no tratamento por ação local.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, medicamento prescrito, gaze e luvas de procedimento.

■ Descrição e sequência dos passos

Preparo do medicamento

- Confira as prescrições médica e de enfermagem
- Faça a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (o nome, a dosagem, o horário e a via de administração) e do paciente (o nome e o leito)
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Coloque a etiqueta de identificação do medicamento
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar.

Administração do medicamento

- Explique o procedimento ao paciente
- Higienize as mãos
- Coloque o paciente sentado ou deitado, com a cabeça inclinada lateralmente
- Utilize as luvas de procedimento, se houver presença de secreção
- Segure a porção superior do pavilhão auricular e puxe suavemente o lobo para cima e para fora (em pacientes adultos) ou para baixo e para trás (em crianças)
- Instile a quantidade de gotas prescritas, segurando o conta-gotas 1 cm, no mínimo, acima do canal auditivo, sem tocar o frasco no paciente
- Peça ao paciente que permaneça em decúbito lateral por 2 a 3 min
- Repita o procedimento no lado contrário, se estiver prescrito
- Recolha o material e coloque-o na bandeja
- Retire as luvas de procedimento, se as tiver calçado
- Encaminhe os resíduos para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque-a com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque o horário de administração do medicamento na prescrição médica
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio, se houver intercorrências.

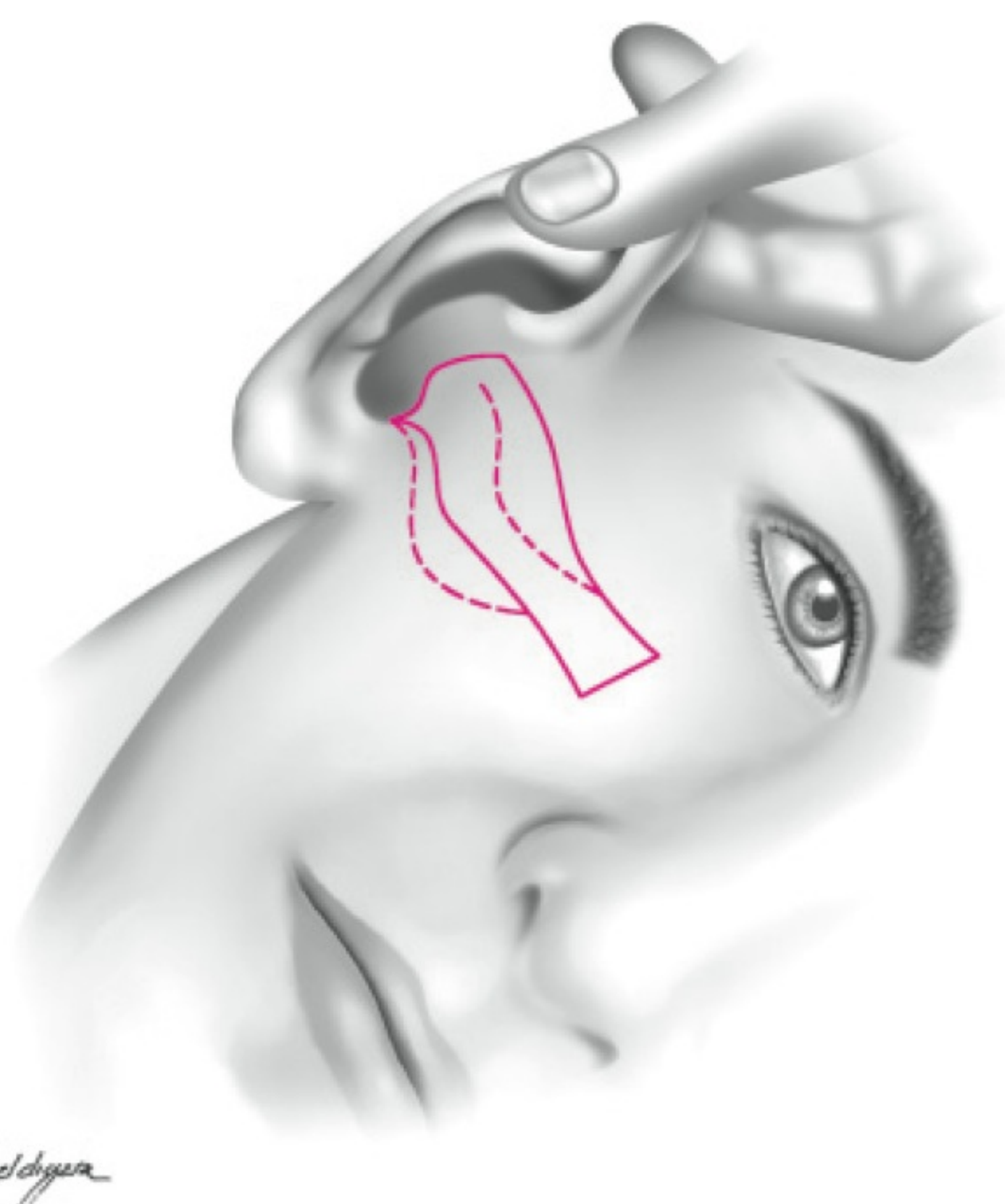


Figura 7.8.1

Posicionamento e manipulação do pavilhão auricular do *paciente adulto* para se pingarem gotas otológicas.

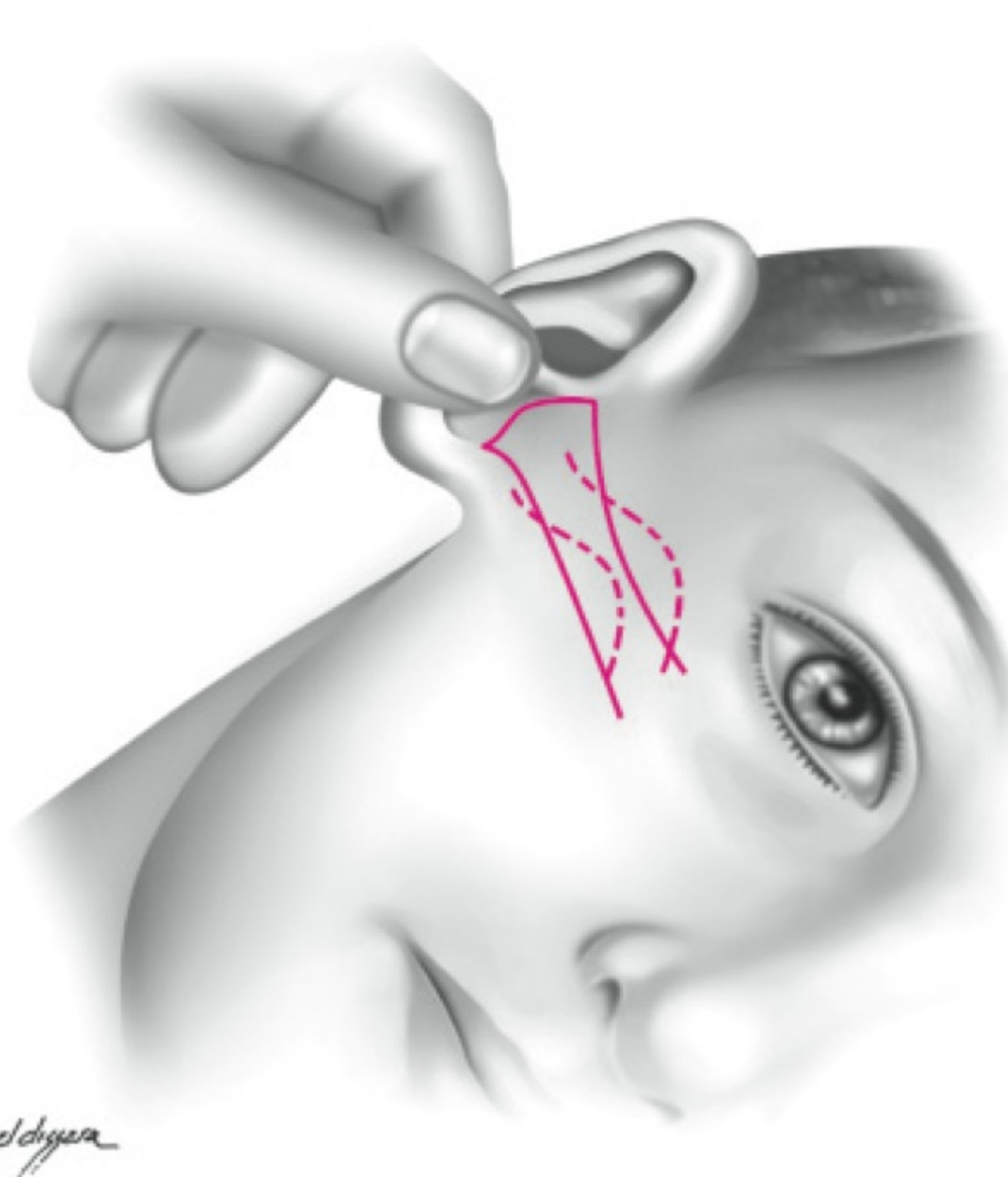


Figura 7.8.2

Posicionamento e manipulação do pavilhão auricular da *criança* para se pingarem gotas otológicas.

■ Recomendações

Gerais

- Leia atentamente a prescrição médica, observando nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração
- Oriente o paciente sobre cada medicamento a ser administrado
- Respeite o direito de recusa do paciente (indague e registre os motivos)
- Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não tiver sido dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem. Se o medicamento tiver sido dado fora do horário determinado, deve-se colocar o horário em que foi administrado e checar
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade e sujeidade)
- Verifique e respeite a validade do medicamento
- Anote qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento
- O aprazamento (horários de administração) deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando-se a interação medicamentosa e as necessidades individuais do paciente.

Específicas

- Para aplicação de cremes, faça um fuso de gaze, coloque o creme na extremidade e introduza-o no ouvido com o auxílio de uma pinça
- Recomenda-se que o frasco ou tubo do medicamento seja de uso individual
- Aqueça o frasco do medicamento com as mãos antes de instilar a medicação.

7.9 ■ Administração de medicamentos por via peridural

Objetivo

Administrar solução analgésica por via peridural, através de cateter, para o auxílio no tratamento da dor.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento, portadores de cateter peridural, com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros.

Material

Bandeja, medicamento prescrito, seringa de 10 mL, luvas de procedimento, gaze estéril, álcool a 70%, fita adesiva hipoalergênica, esfigmomanômetro e estetoscópio.

■ Descrição e sequência dos passos

Preparo do medicamento

- Confira as prescrições médica e de enfermagem
- Faça a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (o nome, a dosagem, o horário e a via de administração) e do paciente (o nome e o leito)
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Retire a tampa protetora do frasco do medicamento e faça a limpeza do mesmo com álcool a 70%
- Aspire a medicação do frasco conforme prescrição médica
- Cole a etiqueta de identificação na seringa que contém o medicamento preparado
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar
- Verifique os sinais vitais: pressão arterial, pulso, frequência respiratória e dor, segundo a escala numérica de dor (Figura 7.9.1).

Administração do medicamento

- Explique o procedimento ao paciente
- Higienize as mãos
- Calce luvas de procedimento
- Realize a desinfecção do cateter (tampinha e conexão) com álcool a 70% e gaze estéril
- Retire a tampinha da conexão do cateter e proteja-a, envolvendo-a com gaze estéril
- Conecte a seringa ao cateter
- Verifique o posicionamento adequado do cateter: *confira a marca da altura do cateter: aspire o cateter* e certifique-se de que não retorne nenhum fluido (caso ocorra refluxo de sangue ou outro fluido, NÃO administre o medicamento; comunique ao médico e anote a ocorrência)
- Administre a solução (cada 5 ml de solução anestésica em 30 s)
- Observe as reações do paciente durante a administração do medicamento (parestésias, crises convulsivas ou outro desconforto, apresentado ou referido pelo paciente)

Figura 7.9.1

Escala numérica de dor.
Essa escala encontra-se disponível para download no site do GEN | Grupo Editorial Nacional (www.grupogen.com.br).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor									Dor intensa

- Desconecte a seringa e recoloque a tampinha na conexão do cateter
- Proteja a conexão do cateter, envolvendo-a com gaze estéril, fixada com fita adesiva
- Retire as luvas de procedimento
- Verifique os sinais vitais (pressão arterial, pulso e frequência respiratória)
- Higienize as mãos
- Encaminhe a bandeja com os resíduos para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque a administração do medicamento na prescrição médica e faça as anotações no impresso próprio
- Verifique o nível de dor 30 min após a administração do medicamento, segundo a escala numérica de dor (Figura 7.9.1)
- Faça as anotações pertinentes no impresso próprio, incluindo o grau de analgesia, segundo a escala de sedação de Ramsay (Figura 7.9.2).

■ Recomendações

Gerais

- Leia atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração
- Oriente o paciente sobre cada medicamento a ser administrado
- Respeite o direito de recusa do paciente (indague e registre os motivos)
- Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não tiver sido dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem. Se o medicamento tiver sido dado fora do horário determinado, deve-se colocar o horário em que foi administrado e checar
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade e sujeidade)
- Verifique e respeite a validade do medicamento
- Anote qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento
- O aprazamento (horários de administração) deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando-se a interação medicamentosa e as necessidades individuais do paciente.

Específicas

- Avalie a causa da dor
- Procure obedecer ao aprazamento prescrito para que o efeito da medicação se efetive

Figura 7.9.2

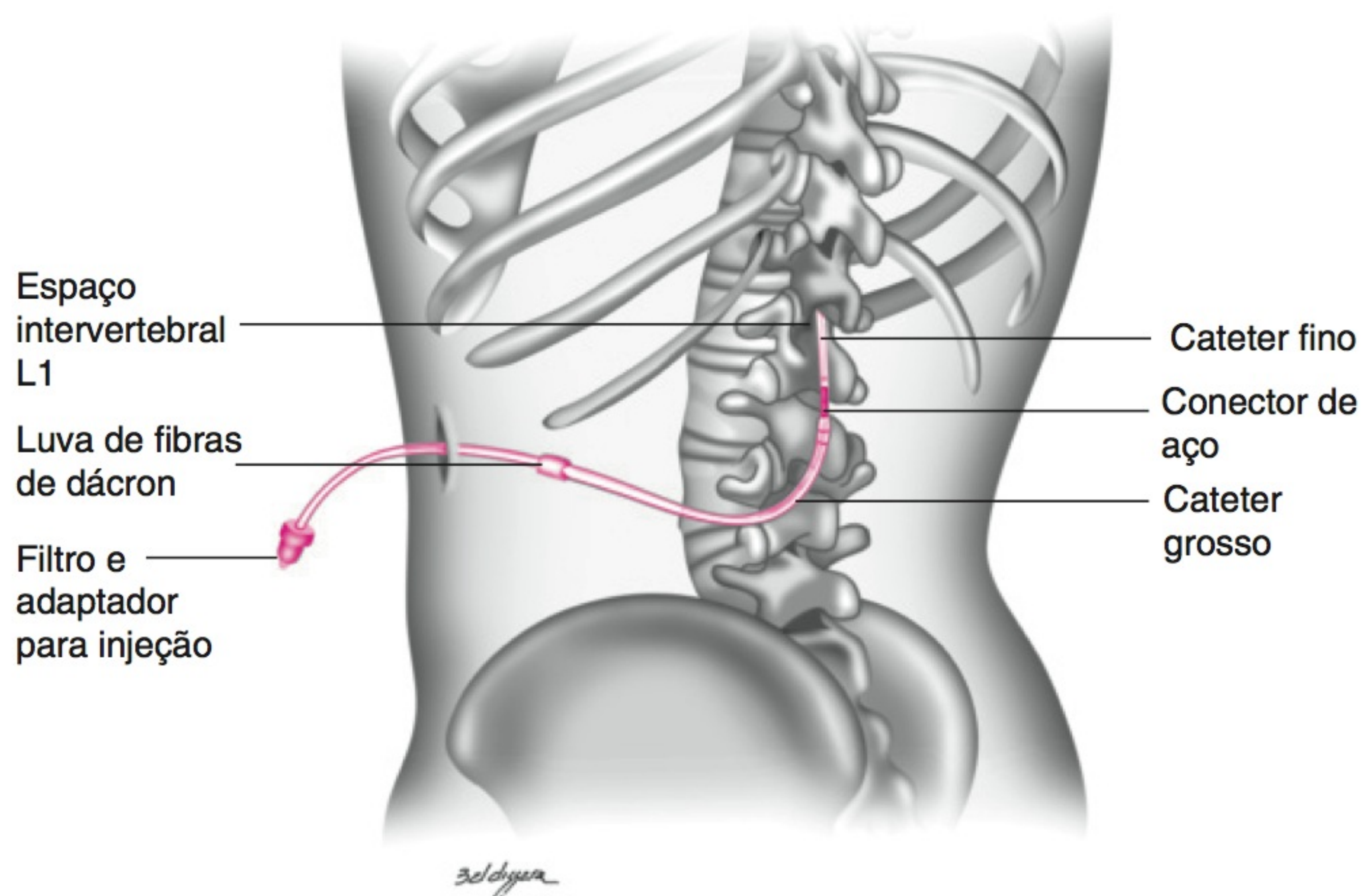
Escala de Ramsay.
Essa escala encontra-se disponível para download no site do GEN | Grupo Editorial Nacional (www.grupogen.com.br).

1	2	3	4	5	6
Ansiedade, agitação	Cooperativo, orientado, tranquilo	Responde somente a comandos	Resposta ativa a estímulo auditivo baixo ou glabella	Resposta alentecida ao estímulo	Sem resposta ao estímulo

- Avalie a dor utilizando a escala quantitativa de dor (escala numérica verbal [ENV]; escala análoga visual [EAV]). Se, após a terapia medicamentosa prescrita, a dor persistir e o paciente apresentar $ENV/EAV > 3$, comunique ao médico
- Avalie alterações como posicionamento, integridade do cateter, presença de liquor ou sangue no cateter ao aspirar, dor no momento da administração da solução, prurido, hipotensão ou rebaixamento do nível de consciência. Nesses casos, não administre a solução e avise ao médico
- Quando o paciente referir formigamento ou peso em algum local dos membros inferiores, avalie a motricidade, especialmente a flexão dos joelhos
- Avalie as intercorrências como injeção acidental no espaço intratecal (parestesia, presença de liquor) e no espaço intravascular (saída de sangue, crises convulsivas)
- Os fármacos mais utilizados são bupivacaína e fentanila, que são deixados preparados por um período mínimo de 24 h, para não ocorrer desperdício. A validade do medicamento diluído, sem necessidade de refrigeração, é de 7 dias
- A pressão arterial, o pulso e a frequência respiratória devem ser verificados antes e após a administração da medicação, pois o analgésico pode causar vasodilatação, levando a hipotensão, alterações de pulso (bradicardia, taquicardia, arritmia) e depressão respiratória
- Monitore os índices de sedação, conforme a escala de sedação de Ramsay (Figura 7.9.2). A incidência de depressão respiratória é precedida de sedação extrema. Se o paciente apresentar sedação maior ou igual a 3 da escala Ramsay e frequência respiratória acima de 10, solicite avaliação médica

Figura 7.9.3

Local de inserção e posicionamento do cateter peridural no paciente.



- Se houver resistência à infusão, observe se o cateter não está acotovelado, mude a posição do paciente e observe se ocorre abaulamento ao redor da inserção do cateter
- Se houver perda da ponta do cateter, dê um nó na ponta e comunique ao médico
- Se o cateter sair acidentalmente, guarde-o para que se possa avaliar a sua integridade.

7.10 ■ Administração de medicamentos por via retal

Objetivo

Auxiliar no tratamento utilizando a via retal para a absorção de medicamento. Provocar a evacuação do conteúdo intestinal.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, medicamento prescrito (supositório ou solução), luvas de procedimento, gaze, biombo. Nos casos de administração de soluções: frasco da solução prescrita, sonda retal (número adequado ao paciente), extensão para o frasco de solução e pinça (se necessário), forro impermeável, lençol ou toalha de banho, papel higiênico, comadre, gel hidrossolúvel ou vaselina, máscara comum, óculos de proteção e fita adesiva ou etiqueta.

■ Descrição e sequência dos passos

Preparo do medicamento

- Confira as prescrições médica e de enfermagem
- Faça a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (o nome, a dosagem, o horário e a via de administração) e do paciente (o nome e o leito)
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Nos casos de lavagens ou clister:
 - prepare a solução prescrita a uma temperatura de 37°C
 - conecte o equipo de soro à sonda e retire o ar do sistema
- Coloque a etiqueta de identificação do medicamento
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar.

Administração do medicamento

- Explique o procedimento ao paciente
- Isole o leito com um biombo
- Coloque o forro impermeável e a toalha sob o paciente
- Higienize as mãos
- Calce as luvas de procedimento.

Supositórios

- Solicite ao paciente que faça higiene da região anal, ou realize-a quando ele estiver impossibilitado
- Coloque o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo) ou na posição genupeitoral
- Entregue o supositório ao paciente e oriente-o a colocá-lo (se houver possibilidade). Caso contrário, introduza a extremidade afilada do supositório no ânus do paciente. Use o dedo indicador

para direcionar o supositório até que ele ultrapasse o esfíncter anal interno

- Oriente o paciente a aguardar o máximo de tempo que ele conseguir reter o medicamento, antes de eliminar o conteúdo intestinal
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Ajude o paciente a ir ao banheiro ou coloque-lhe a comadre
- Recolha o material e coloque-o na bandeja
- Retire as luvas de procedimento
- Encaminhe os resíduos para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque-a com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque o horário de administração do medicamento na prescrição médica
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio, se houver intercorrências.

Lavagem (enteroclisma) ou clister (enema)

- Pendure o frasco plástico que contém a solução prescrita no suporte de soro (50 cm acima do nível do paciente)
- Solicite ao paciente que faça higiene da região anal, ou realize-a quando ele estiver impossibilitado
- Coloque o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo) ou na posição genupeitoral
- Lubrifique a sonda retal ou o bico do frasco do enema com gel hidrossolúvel
- Calce as luvas de procedimento, coloque a máscara comum e óculos de proteção
- Afaste as nádegas com gaze e introduza a sonda retal (cerca de 10 cm) ou o bico do frasco do clister
- Abra o equipo e infunda lentamente todo o volume da solução. No caso de clister, aperte o frasco até esvaziá-lo completamente. Solicite ao paciente que tente reter a solução por 5 a 15 min
- Retire a sonda ou o frasco do clister e encaminhe o paciente ao banheiro (ou ofereça-lhe a comadre), para eliminação intestinal
- Observe o efeito do procedimento após a eliminação intestinal
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material e coloque-o na bandeja
- Retire as luvas de procedimento
- Encaminhe os resíduos para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque-a com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos

- Cheque o horário de administração do medicamento na prescrição médica
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio, se houver intercorrências.

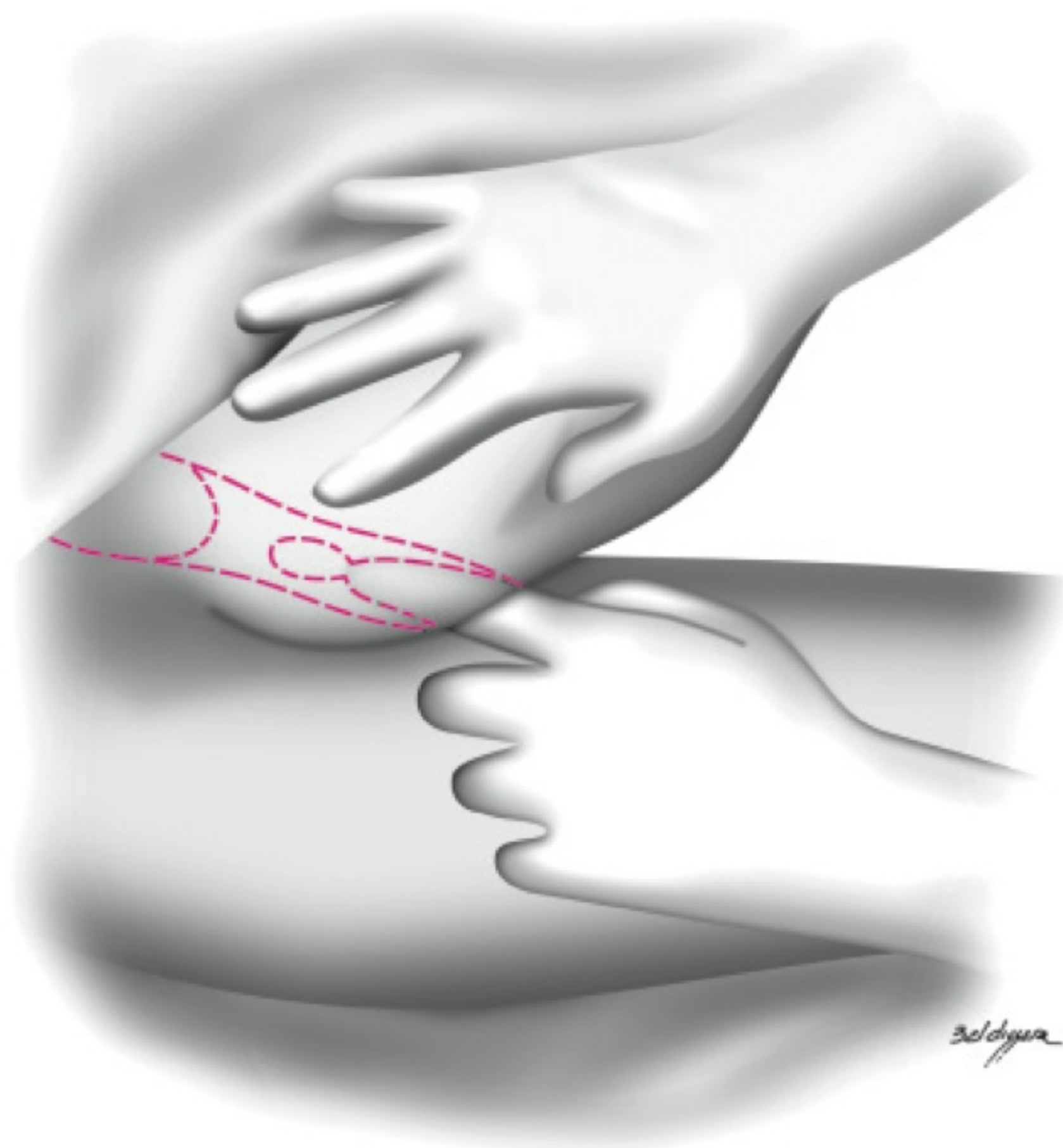


Figura 7.10.1

Posicionamento do paciente para aplicação de supositório.

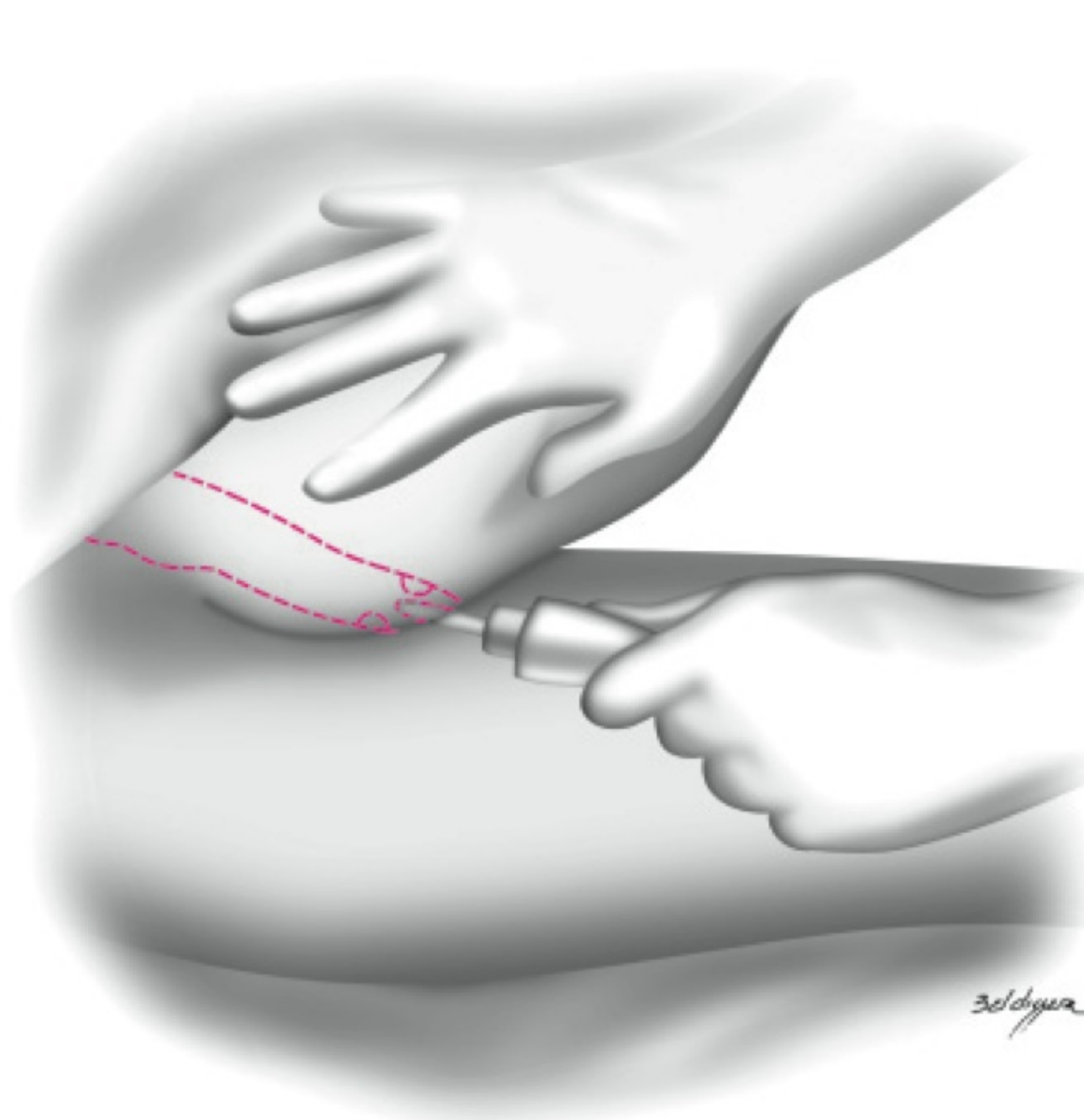


Figura 7.10.2

Posicionamento do paciente para aplicação retal de cremes e pomadas.

■ Recomendações

Gerais

- Leia atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração
- Oriente o paciente sobre cada medicamento a ser administrado
- Respeite o direito de recusa do paciente (indague e registre os motivos)
- Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não tiver sido dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem. Se o medicamento tiver sido dado fora do horário determinado, deve-se colocar o horário em que foi administrado e checar
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade e sujeidade)
- Verifique e respeite a validade do medicamento
- Anote qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento

- O aprazamento (horários de administração) deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando-se a interação medicamentosa e as necessidades individuais do paciente.

Específicas

- Verifique as características das eliminações (presença de sangue, muco e secreções), além de fezes (cor, consistência, odor e quantidade)
- Quando houver resistência à passagem da sonda ou o paciente sentir dor no local, interrompa o procedimento e avise ao médico
- A introdução de pequena quantidade de líquidos chama-se clister (até 150 ml). Acima desta quantidade, é chamada enteroclisma ou lavagem intestinal.

7.11 ■ Administração de medicamentos via sonda enteral

Objetivo

Administrar medicamentos por sonda enteral para pacientes com impossibilidade, dificuldade ou contra-indicação de deglutição.

Aplicação

Aos pacientes internados e de pronto atendimento, portadores de sonda enteral, com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, medicamento prescrito, estetoscópio, seringa de 20 ml, fita adesiva, etiqueta, caneta, triturador de comprimidos, água destilada em ampola e luvas de procedimento.

■ Descrição e sequência dos passos

Preparo do medicamento

- Confira as prescrições médica e de enfermagem
- Faça a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (o nome, a dosagem, o horário e a via de administração) e do paciente (o nome e o leito)
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Retire o medicamento da gaveta do paciente
 - se for solução: aspire a dose prescrita com uma seringa de 10 ou 20 ml
 - se for comprimido: retire da embalagem, coloque-o no triturador, triture-o até tornar-se pó, dilua-o em 10 ml de água destilada e aspire-o com uma seringa de 10 ou 20 ml
- Cole a etiqueta de identificação na seringa que contém o medicamento
- Proteja a seringa com a própria embalagem e coloque-a em uma bandeja
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar.

Administração do medicamento

- Explique o procedimento ao paciente

- Solicite ao paciente que se sente ou eleve a cabeceira do leito, no mínimo 30°
- Higienize as mãos
- Teste o posicionamento da sonda, com estetoscópio e seringa de 20 mL (para conferir localização enteral)
- Abra a sonda e adapte a seringa que contém o medicamento
- Injete toda a medicação (durante aproximadamente 1 min)
- Lave a sonda, administrando 20 a 30 mL de água filtrada (utilize a própria seringa que continha o medicamento e aplique pressão moderada, a fim de remover resíduos de medicamentos do interior da sonda)
- Deixe a sonda fechada (em caso de SNG em drenagem, mantenha-a fechada por 30 min)
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material e coloque-o na bandeja
- Encaminhe os resíduos para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque-a com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque o horário de administração do medicamento na prescrição médica
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio, se houver intercorrências.

■ Recomendações

Gerais

- Leia atentamente a prescrição médica, observando nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração
- Oriente o paciente sobre cada medicamento a ser administrado
- Respeite o direito de recusa do paciente (indague e registre os motivos)
- Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não tiver sido dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem. Se o medicamento tiver sido dado fora do horário determinado, deve-se colocar o horário em que foi administrado e checar
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade e sujeira)
- Verifique e respeite a validade do medicamento
- Anote qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento
- O aprazamento (horários de administração) deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando-se a interação medicamentosa e as necessidades individuais do paciente.

Específicas

- A expressão *via sonda enteral* é utilizada de modo geral para definir acesso ao sistema digestório por sonda oro- ou nasogástrica, nasoentérica e ostomias de nutrição (gastrostomia e jejunostomia)
- Sempre que possível, opte pela apresentação em suspensão do medicamento
- Evite, sempre que possível, esquemas de medicamentos que frequentemente interrompem a alimentação entérica
- Antes de triturar os comprimidos, certifique-se de que eles podem ser triturados. Medicamentos bucais, sublinguais, com revestimento entérico ou de liberação lenta não podem ser triturados
- Dissolva e administre cada medicamento separadamente, lavando a sonda com água filtrada entre um e outro medicamento e após a administração do último
- Atente para os locais de absorção de certos fármacos, a fim de evitar que sejam administradas em porção do sistema digestório onde não serão absorvidos (principalmente em paciente com jejunostomia)
- A lavagem da sonda após a administração da dieta é importante, a fim de se prevenir qualquer complicação mecânica (obstrução).

7.12 ■ Administração de medicamentos por via subcutânea

Objetivo

Administrar medicamentos por via subcutânea (SC).

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, medicamento prescrito, luvas de procedimento, agulha de 25 mm × 7 mm, agulha de 13 mm × 4,5 mm, seringa de 1 mL, bolas de algodão, álcool a 70%.

■ Descrição e sequência dos passos

Preparo do medicamento

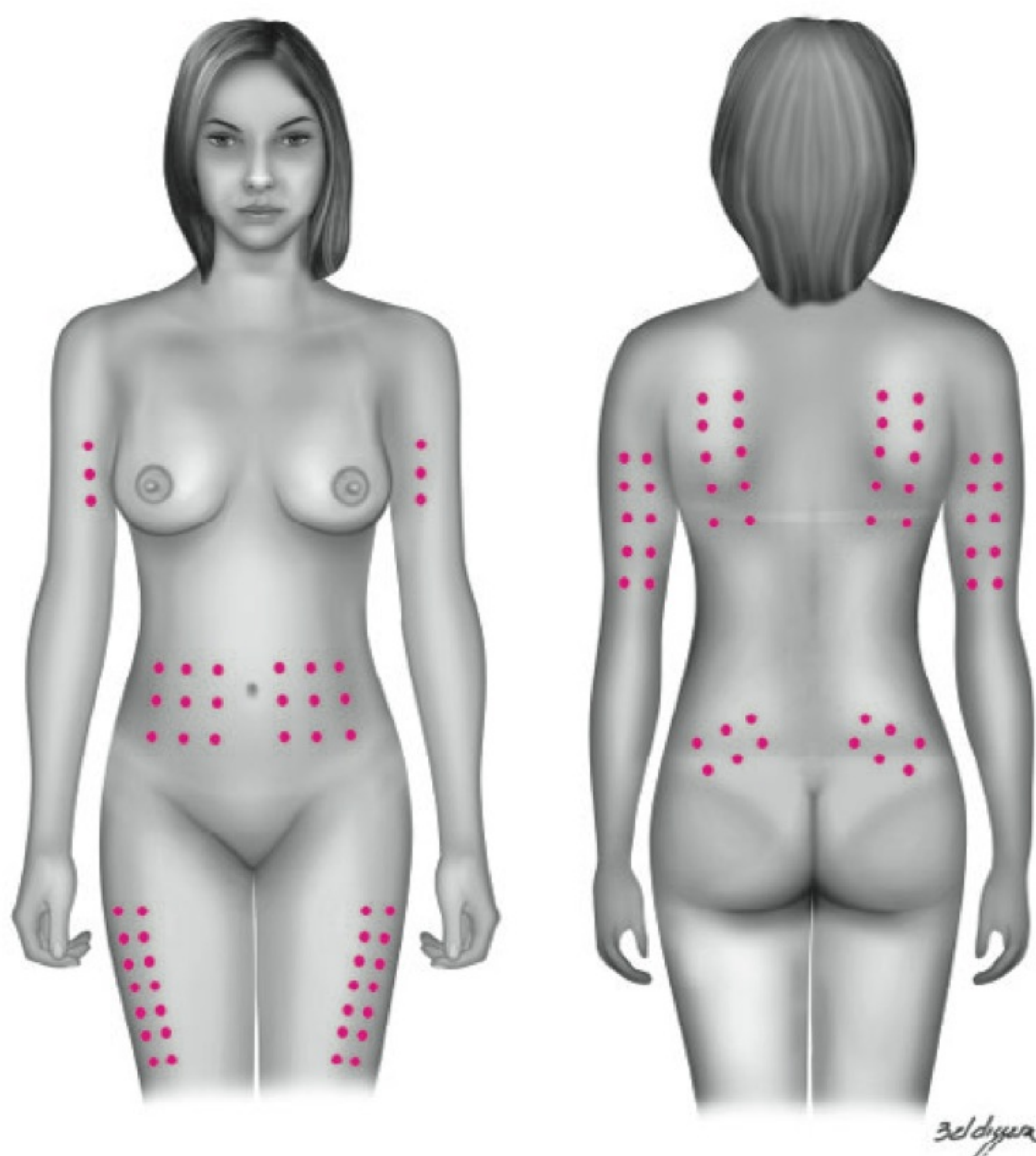
- Confira as prescrições médicas e de enfermagem
- Faça a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (o nome, a dosagem, o horário e a via de administração) e do paciente (o nome e o leito)
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Aspire o medicamento utilizando a agulha de 25 mm × 7 mm e a seringa de 1 mL, sem deixar ar no interior
- Troque a agulha por outra de 13 mm × 4,5 mm
- Cole a etiqueta de identificação do medicamento
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar.

Administração do medicamento

- Explique o procedimento ao paciente
- Higienize as mãos
- Coloque o paciente na posição mais adequada ao procedimento
- Calce as luvas de procedimento
- Exponha a área de aplicação e delimite o local
- Faça a antisepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, com movimentos circulares, do centro para as extremidades
- Pince a pele do local selecionado com os dedos indicador e polegar da mão oposta à que segura a seringa
- Introduza a agulha na pele, fazendo com esta um ângulo de 90°, e NÃO tracione o êmbolo da seringa
- Injete o medicamento, empurrando o êmbolo com a mão oposta à que segura a seringa
- Retire a agulha e a seringa com um movimento rápido e único, aplicando pouca pressão no local da aplicação, com uma bola de algodão seco
- Verifique o local da punção, observando a formação de hematoma ou reação alérgica
- Recolha o material e coloque-o na bandeja (não reencape as agulhas)
- Retire as luvas de procedimento
- Encaminhe os resíduos para o expurgo

Figura 7.12.1

Locais de administração subcutânea.



- Descarte o material perfurocortante em recipiente adequado (não desconecte a agulha da seringa)
- Lave a bandeja com água e sabão, seque-a com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque o horário de administração do medicamento na prescrição médica
- Faça a anotação de enfermagem em impresso próprio, indicando o local em que foi realizada a aplicação, além de qualquer intercorrência.

Figura 7.12.2

Posicionamento e elevação do tecido subcutâneo na administração subcutânea.

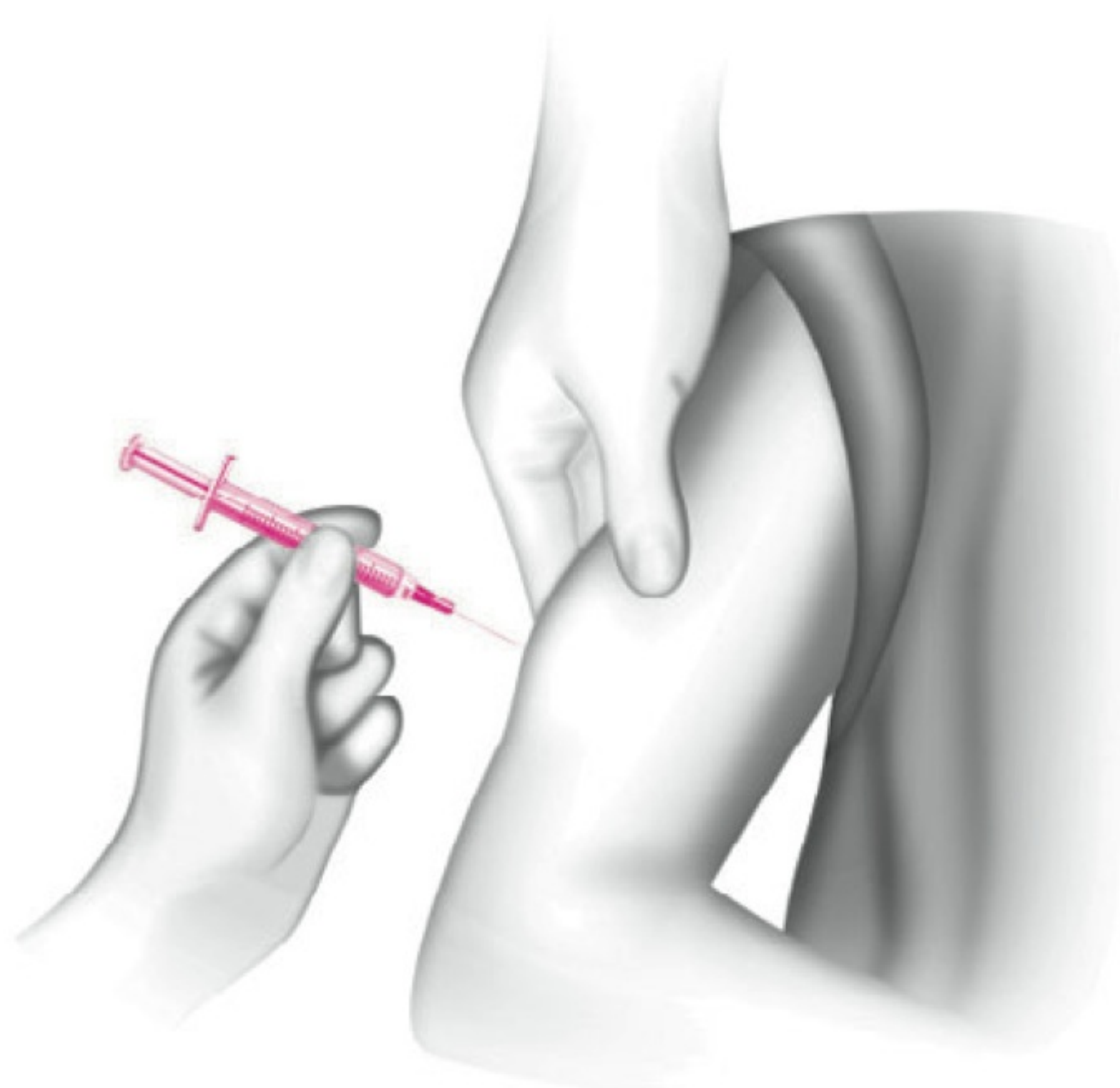
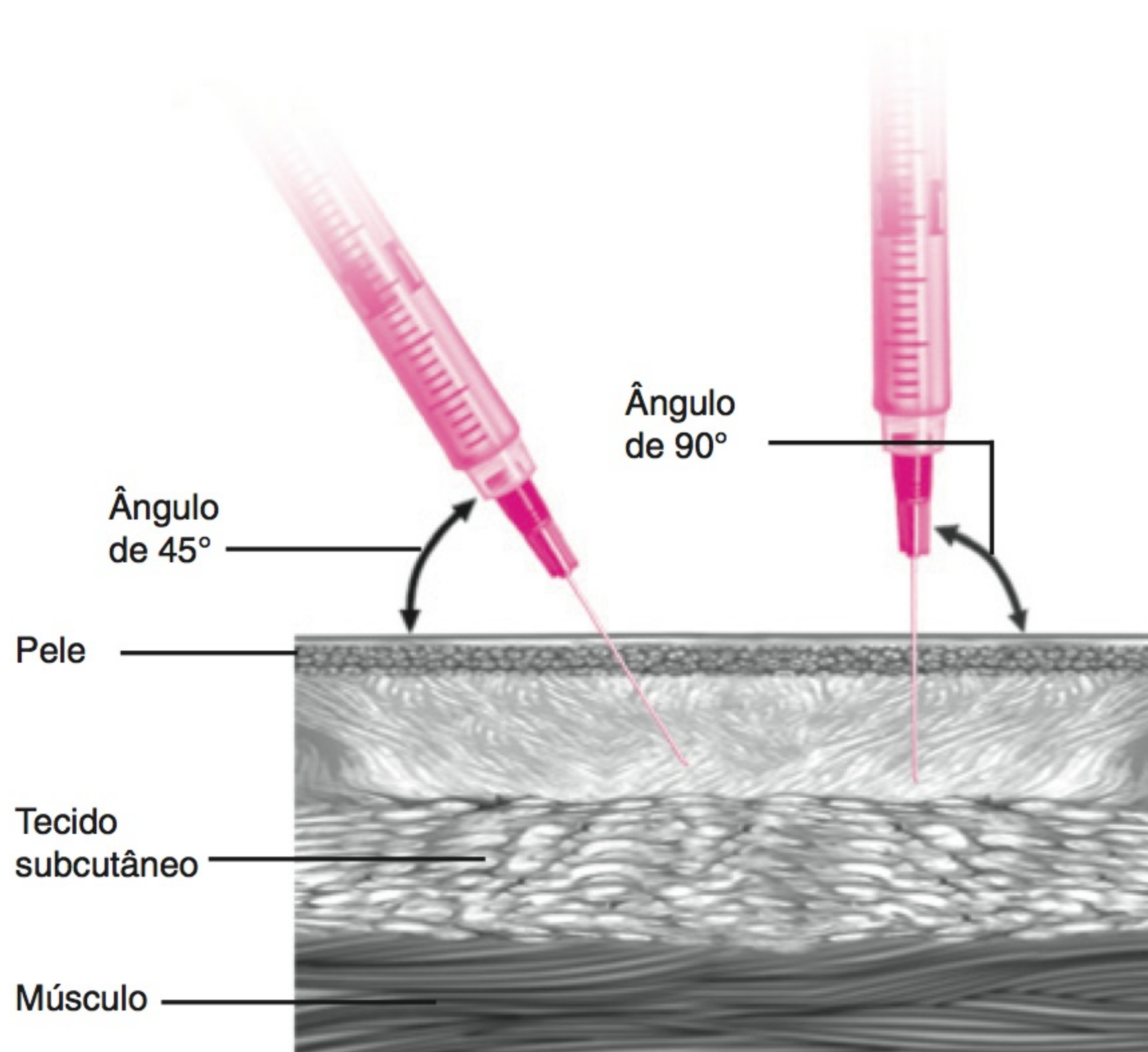


Figura 7.12.3

Ângulos de inserção da agulha, em relação à pele, na administração subcutânea.



■ Recomendações

Gerais

- Leia atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração
- Oriente o paciente sobre cada medicamento a ser administrado
- Respeite o direito de recusa do paciente (indague e registre os motivos)
- Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não tiver sido dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem. Se o medicamento tiver sido dado fora do horário determinado, deve-se colocar o horário em que foi administrado e checar
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade e sujeira)
- Verifique e respeite a validade do medicamento
- Anote qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento
- O aprazamento (horários de administração) deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando-se a interação medicamentosa e as necessidades individuais do paciente.

Específicas

- Evite puncionar membros paralisados, imobilizados ou com lesões
- Os locais mais apropriados para a injeção subcutânea são as faces externa e posterior do braço; abdome; face lateral da coxa; e região infraescapular. Esses locais devem ser alternados
- O volume máximo de medicação que pode ser administrado é 1 mL em indivíduos adultos
- Em condições especiais, como no paciente idoso, a via SC também pode ser utilizada para hidratação
- Não se deve fazer massagem no local para não diminuir o tempo de absorção do fármaco
- Em crianças ou em pacientes adultos muito magros, pode-se, se necessário, pinçar a pele e inserir a agulha a um ângulo de 45°, para evitar a aplicação intramuscular do medicamento.

7.13 ■ Administração de medicamentos por via sublingual

Objetivo

Auxiliar no tratamento utilizando a mucosa oral como via de absorção para efeito mais rápido ou em situações em que o medicamento é inativado pelo suco gástrico.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, medicamento prescrito, copinho descartável, fita adesiva ou etiqueta.

■ Descrição e sequência dos passos

Preparo do medicamento

- Confira as prescrições médica e de enfermagem
- Faça a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (o nome, a dosagem, o horário e a via de administração) e do paciente (o nome e o leito)
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Coloque a etiqueta de identificação do medicamento
- Coloque os medicamentos no copinho sem tocá-los
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar.

Administração do medicamento

- Entregue o medicamento ao paciente, orientando-o a colocá-lo sob a língua, sem mastigar ou deglutir
- Recolha o material e coloque-o na bandeja
- Encaminhe os resíduos para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque-a com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque o horário de administração do medicamento na prescrição médica
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio, se houver intercorrências.

Figura 7.13.1

Administração de comprimido por via sublingual.



■ Recomendações

Gerais

- Leia atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração
- Oriente o paciente sobre cada medicamento a ser administrado
- Respeite o direito de recusa do paciente (indague e registre os motivos)
- Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não tiver sido dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem. Se o medicamento tiver sido dado fora do horário determinado, deve-se colocar o horário em que foi administrado e checar
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade e sujidade)
- Verifique e respeite a validade do medicamento
- Anote qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento
- O aprazamento (horários de administração) deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando-se a interação medicamentosa e as necessidades individuais do paciente.

Específicas

- Certifique-se de quais medicamentos podem ser administrados por via sublingual (apresentação própria)
- Verifique o nível de consciência do paciente, a fim de avaliar se a terapia medicamentosa por via sublingual deve ser revista, junto ao médico.

7.14 ■ Administração de medicamentos por via vaginal

Objetivo

Auxiliar no tratamento de doenças ginecológicas utilizando a mucosa vaginal para a absorção do medicamento para uso local.

Aplicação

Às pacientes internadas, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, medicamento prescrito, comadre, material para higiene íntima, papel higiênico, luvas de procedimento, aplicador vaginal, absorvente higiênico.

■ Descrição e sequência dos passos

Preparo do medicamento

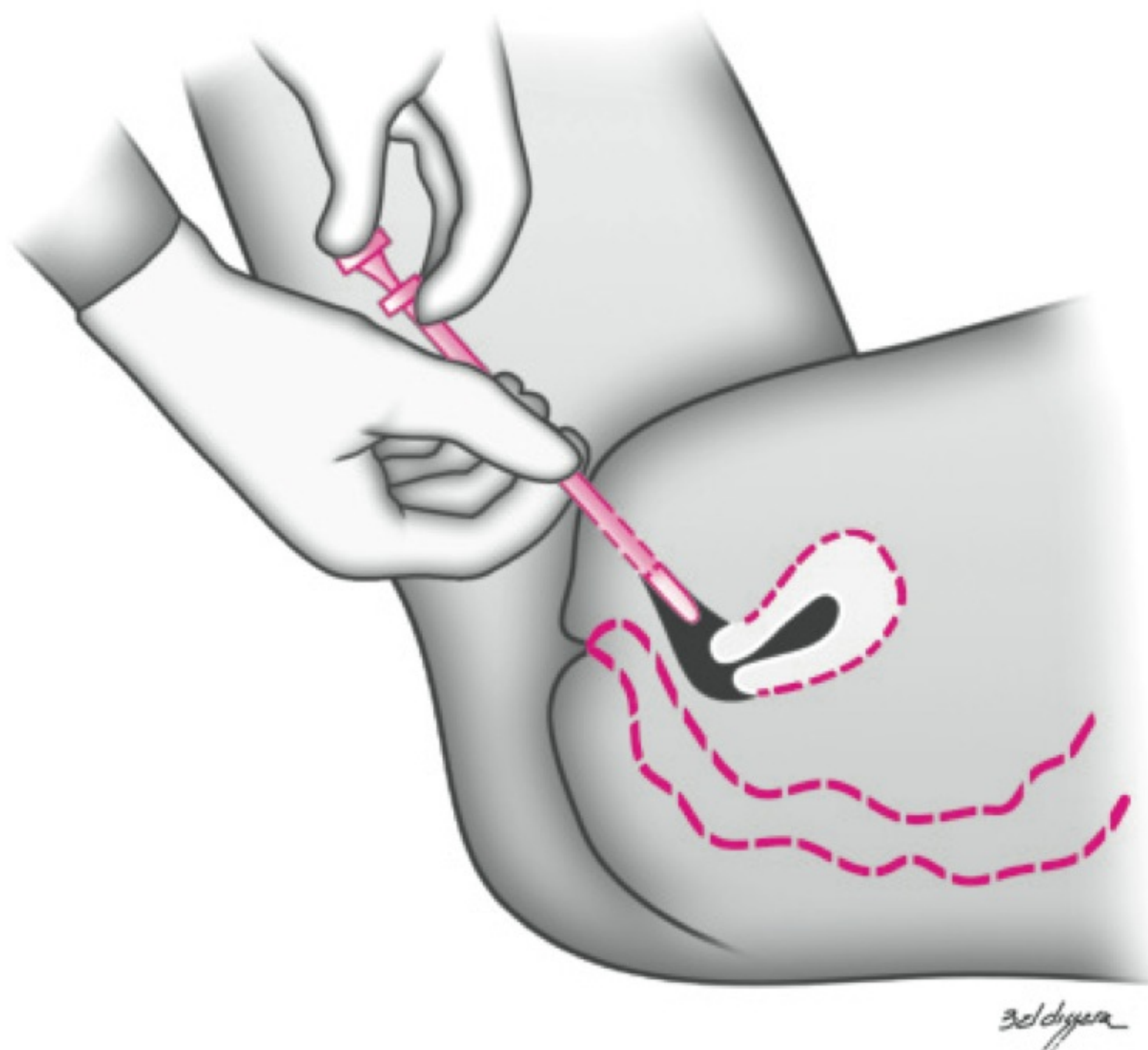
- Confira as prescrições médica e de enfermagem
- Faça a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (o nome, a dosagem, o horário e a via de administração) e do paciente (o nome e o leito)
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Coloque a etiqueta de identificação do medicamento
- Leve a bandeja para o quarto da paciente e coloque-a na mesa auxiliar.

Administração do medicamento

- Explique o procedimento à paciente
- Isole o ambiente com biombo
- Solicite à paciente que esvazie a bexiga
- Solicite à paciente que faça higiene íntima, ou realize-a, quando ela estiver impossibilitada (consulte Higienização da região íntima feminina, p. 12)
- Coloque a paciente em posição ginecológica e eleve os quadris com um coxim
- Higienize as mãos
- Calce as luvas de procedimento
- No caso de aplicação de creme, coloque-o no aplicador próprio
- Introduza o aplicador, ou outra forma de apresentação do medicamento (óvulo ou supositório), na vagina da paciente
- Retire o aplicador e solicite à paciente que permaneça deitada por 15 min
- Forneça ou coloque um absorvente higiênico, se necessário
- Deixe a paciente confortável
- Recolha o material e coloque-o na bandeja
- Retire as luvas de procedimento
- Encaminhe os resíduos para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque-a com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Cheque o horário de administração do medicamento na prescrição médica
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio, se houver intercorrências.

Figura 7.14.1

Posicionamento da paciente para a administração vaginal, por meio de aplicador.



■ Recomendações

Gerais

- Leia atentamente a prescrição médica, observando o nome da paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração
- Oriente a paciente sobre cada medicamento a ser administrado
- Respeite o direito de recusa da paciente (indague e registre os motivos)
- Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não tiver sido dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem. Se o medicamento tiver sido dado fora do horário determinado, deve-se colocar o horário em que foi administrado e checar
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade e sujeira)
- Verifique e respeite a validade do medicamento
- Anote qualquer tipo de reação que a paciente possa apresentar após receber determinado medicamento
- O aprazamento (horários de administração) deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando-se a interação medicamentosa e as necessidades individuais da paciente.

Específicas

- Os aplicadores vaginais são de uso individual e descartáveis. Podem, eventualmente, ser lavados com água quente e sabão líquido após o uso
- Sempre que possível, a própria paciente deve fazer a aplicação.

Bibliografia

- Carmagnani MIS *et al.* *Manual de procedimentos de enfermagem*. São Paulo: Interlivros, 1995.
- Clayton BD. *Farmacologia na prática de enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2006.
- Fakih FT. *Manual de administração de medicamentos injetáveis*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. 221p.
- Giovani AMM. *Cálculo e administração de medicamentos*. São Paulo: Legnar Informática Editora, 1999.
- Knobel E. *Condutas no paciente grave*, 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- Marie BS. *The Complex Pain Patient*: interventional treatment and nursing issues. *Nurs Clin N Am*. 2003; v.38: 539-554, Minneapolis.
- Mayor ERC. *et al.* *Manual de procedimentos e assistência de enfermagem*, São Paulo: Atheneu, 2003.
- Micromedex. Healthcare series. Thompson Micromedex, Greenwood Village, Colorado 2005. Disponível em URL: <http://www.micromedex.com/products/drugdex>.
- Nettina SM. *Práticas de enfermagem*, 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- Potter PA; Perry AG. *Fundamentos de enfermagem*, 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- Ritschel WA. *Handbook of Basics Pharmacokinetics*, 4ª ed. Hamilton. Hamilton, Drug Intelligence Publications Inc., 1992.
- Schnath F, Pasin S. *Cuidados de enfermagem na analgesia por cateter peridural*. *Rev HCPA*. 2007;27(2):69-73.
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner/Suddarth — *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*, 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1994.
- Timby BK. *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Parte 8 Coleta de Material para Exames

- 8.1 Coleta de escarro para exame bacterioscópico ou cultura, 180
- 8.2 Coleta de fezes para coprocultura, 181
- 8.3 Coleta de fezes para exame protoparasitológico, 182
- 8.4 Coleta de ponta de cateter intravascular para cultura, 183
- 8.5 Coleta de sangue arterial para gasometria, 185
- 8.6 Coleta de sangue venoso, 187
- 8.7 Coleta de urina para urocultura, 190
- 8.8 Coleta de urina para análise bioquímica, 192
- Bibliografia, 195

8.1 ■ Coleta de escarro para exame bacterioscópico ou cultura

Objetivo

Auxiliar no diagnóstico de doenças respiratórias.

Aplicação

Pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, papel-toalha, pote de plástico com tampa de rosca, luvas de procedimento.

■ Descrição e sequência dos passos

- Prepare o material necessário para o procedimento em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Leve o material para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Coloque o paciente em posição sentada ou semissentada
- Calce as luvas de procedimento e coloque máscara N95
- Solicite ao paciente para tossir e expectorar profundamente por três vezes para alcançar o volume de escarro ideal (de 5 a 10 mL)
- Recolha o material e ofereça papel-toalha ao paciente
- Identifique o frasco com a amostra e encaminhe o material para o laboratório de análises clínicas
- Encaminhe o material permanente para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- A coleta de escarro deve ser realizada pela manhã, logo ao acordar e antes do consumo de bebidas e alimentos
- É importante não realizar a higiene oral prévia e orientar o paciente a não coletar secreção da nasofaringe
- A coleta do material deverá ser realizada em potes plásticos, descartáveis, transparentes, com boca larga e tampa de rosca, com volume de escarro de 5 a 10 mL
- A amostra de escarro deverá ser encaminhada rapidamente ao laboratório de análises clínicas ou armazenada sob refrigeração, em geladeira comum, até o seu encaminhamento, preferencialmente no mesmo dia
- A coleta de escarro é realizada para detecção de BK, citologia, cultura para fungos e aeróbios
- Para detecção de micobactérias, deverão ser coletadas 2 ou 3 amostras.

8.2 ■ Coleta de fezes para coprocultura

Objetivo

Auxiliar no diagnóstico de infecções intestinais.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, luvas de procedimento, etiqueta para identificação, frasco estéril de boca larga com tampa, com glicerina tamponada, espátula de madeira e comadre.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Leve a comadre para o quarto do paciente e oriente-o a evacuar e, quando o fizer, chamar imediatamente a enfermagem
- Prepare o material necessário para o procedimento da coleta em uma bandeja
- Identifique o frasco com glicerina tamponada com o nome do paciente, o leito e o registro hospitalar
- Leve o material para o quarto do paciente
- Calce as luvas de procedimento
- Colete uma amostra (aproximadamente 1 g) das fezes com uma espátula de madeira e coloque em frasco estéril com glicerina tamponada
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Proceda a limpeza e desinfecção da comadre no expurgo, com água, sabão e álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente
- Encaminhe o frasco contendo as fezes imediatamente para o laboratório de análises clínicas.

■ Recomendações

- Caso o paciente esteja com incontinência fecal, colete a amostra de fezes com saco coletor
- Se as fezes forem inconsistentes, fixe o saco coletor na região anal e troque a cada 30 min, se não conseguir a amostra
- Não refrigere a amostra.

8.3 ■ Coleta de fezes para exame protoparasitológico

Objetivo

Auxiliar no diagnóstico de doenças parasitárias.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, luvas de procedimento, etiqueta para identificação, frasco de boca larga e com tampa, próprio para coleta, papel higiênico, espátula de madeira e comadre.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Leve a comadre ao quarto do paciente e oriente-o a evacuar e, quando o fizer, chamar imediatamente a enfermagem
- Calce as luvas de procedimento
- Prepare o material necessário para o procedimento da coleta em uma bandeja
- Identifique o frasco com o nome do paciente, o leito e o registro hospitalar
- Leve o material para o quarto do paciente
- Calce as luvas de procedimento
- Colete uma amostra (1 g) das fezes, da porção média ou final, com uma espátula de madeira e coloque em recipiente próprio
- Envolve o frasco que contém as fezes coletadas em papel-toalha
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Proceda à limpeza e desinfecção da comadre no expurgo, com água, sabão e álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente
- Encaminhe o frasco contendo as fezes imediatamente para o laboratório de análises clínicas.

■ Recomendações

- Caso o paciente apresente incontinência fecal, colete a amostra de fezes com saco coletor
- Se as fezes forem inconsistentes, fixe o saco coletor na região anal
- Oriente ao paciente a não urinar na comadre em que serão coletadas as fezes para exame

- As fezes devem ser coletadas preferencialmente pela manhã, e devem ser encaminhadas imediatamente ao laboratório de análises clínicas. Caso não seja possível, deve-se mantê-las refrigeradas por tempo não superior a 8 h.

8.4 ■ Coleta de ponta de cateter intravascular para cultura

Objetivo

Coletar ponta de cateter para investigação de agente etiológico infeccioso.

Aplicação

Aos pacientes internados que apresentem secreção purulenta no local de inserção do cateter venoso ou presença dos sinais flogísticos (hiperemia, hipertermia local, edema, tumoração e secreção), ou sinais clínicos de infecção sistêmica com suspeita de infecção de cateter. Determinar a relação entre a colonização do cateter e as infecções de natureza sistêmica (sepse).

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, luvas estéreis, luvas de procedimento, etiqueta para identificação, gaze estéril, álcool a 70%, tubo seco estéril, material cortante esterilizado (tesoura ou bisturi) e fita adesiva hipoalergênica.

■ Descrição e sequência dos passos

- Confira as prescrições médica e de enfermagem, a fim de confirmar a realização do procedimento
- Reúna todo material em uma bandeja limpa
- Identifique o tubo seco estéril com o nome, o leito e o número de registro hospitalar do paciente, além da data e do horário da coleta
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar
- Explique o procedimento ao paciente
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Calce as luvas de procedimento e remova os dispositivos de fixação, com esparadrapo, fita hipoalergênica ou película transparente
- Retire as luvas de procedimento
- Calce as luvas estéreis
- Realize a antisepsia da pele, ao redor da inserção do cateter, com gaze estéril embebida em álcool a 70%
- Remova o cateter assepticamente, após a retirada dos pontos (se houver). No caso de cateter venoso central, consulte Retirada de cateter venoso central, p. 129
- Realize compressão no local da retirada do cateter, com gaze estéril, até que cesse qualquer sangramento
- Corte o cateter com material estéril (no máximo 5 cm da ponta do cateter)
- Coloque a ponta do cateter em tubo seco estéril e tampe-o
- Faça um curativo oclusivo no local, se necessário
- Recolha o material utilizado e recolha-o na bandeja
- Retire as luvas
- Deixe o paciente confortável e oriente-o a manter-se em decúbito dorsal a 0° por 30 min
- Encaminhe o material permanente e os resíduos para o expurgo
- Descarte o material perfurocortante em recipiente adequado

- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Faça o protocolo do pedido do exame (no livro de registros do setor)
- Providencie o encaminhamento imediato do material para o laboratório
- Faça as anotações de enfermagem sobre a coleta da ponta do cateter, em impresso próprio, especificando o local e o tipo de cateter e, também, o aspecto do local da inserção do cateter (sinais flogísticos).

■ Recomendações

Gerais

- Não há indicação para cultura de ponta de cateter venoso central na rotina, exceto se houver evidências de infecção relacionada ao cateter, ou quando os cateteres são retirados de pacientes gravemente enfermos ou imunodeprimidos
- Sempre que houver suspeita de infecção relacionada com o cateter de natureza sistêmica (não restrito ao local), colete, imediatamente após a retirada do cateter, 2 frascos de hemocultura de veia periférica, de locais diferentes, além da ponta do cateter para cultura
- Nunca utilize tesouras embebidas em soluções antissépticas para cortar o cateter. Utilize apenas tesouras ou lâminas de bisturi estéreis.

8.5 ■ Coleta de sangue arterial para gasometria

Objetivo

Obter amostra de sangue arterial para exames de dosagem do pH, gases e lactato.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento com requisição de exame de gasometria.

Responsabilidade

Enfermeiros.

Material

Bandeja, seringa de vidro de 3 mL, agulha para punção (de calibre adequado ao paciente), 5 mL de heparina sódica (5.000 UI/mL), luvas de procedimento, bolas de algodão, álcool a 70%, gaze estéril, etiqueta de identificação, fita adesiva hipoalergênica.

■ Descrição e sequência dos passos

- Confira as prescrições médica e de enfermagem, a fim de confirmar a realização do procedimento
- Reúna todo o material em uma bandeja
- Faça a etiqueta de identificação com o nome, o leito, o número de registro hospitalar, a data e o horário da coleta
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Explique o procedimento ao paciente
- Heparinize todo o corpo da seringa retirando o excesso de heparina
- Calce as luvas de procedimento
- Escolha o local da punção (artérias radial, pediosa ou femoral)
- Solicite ao paciente que mantenha o braço imóvel
- Faça a antisepsia do local da punção com algodão embebido em álcool a 70%, em movimentos circulares, do centro para as extremidades
- Mantenha o algodão seco ao alcance das mãos
- Palpe a artéria, colocando a ponta dos dedos indicador e médio sobre a mesma, definindo sua localização
- Recomenda-se que se realize o teste de Allen (consulte Recomendações, adiante), antes de se puncionar a artéria radial
- Introduza a agulha lentamente, entre a ponta dos dedos, a um ângulo adequado à artéria escolhida (artéria radial: 45 a 60°; artéria pediosa: 30° em relação ao dorso do pé; e artéria femoral: 90°)
- A entrada da agulha na luz arterial é assinalada pelo aparecimento do sangue pulsátil no canhão da agulha
- Colete a quantidade de sangue necessária (1 a 3 mL). Faça a compressão firme no local da artéria puncionada, por 5 min, com algodão seco
- Retire cuidadosamente as bolhas de ar do interior da seringa
- Oclua o bico da seringa com dispositivo não-perfurocortante
- Certifique-se de que não há início de formação de hematoma ou sangramento no local da punção, e comprima novamente por mais 5 min, se houver esses sinais
- Deixe o paciente confortável
- Recolha o material utilizado recolocando-o na bandeja
- Encaminhe o material permanente e os resíduos para o expurgo (não desconecte nem reencape as agulhas)
- Descarte o material perfurocortante em recipiente adequado (não desconecte nem reencape as agulhas)

- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Coloque a etiqueta de identificação na seringa que contém o sangue e acrescente a temperatura do paciente
- Faça o protocolo do pedido do exame (no livro de registros do setor)
- Providencie o encaminhamento imediato do material para o laboratório
- Faça as anotações de enfermagem sobre a punção, em impresso próprio, informando intercorrências como a presença de hematoma ou sangramento e sobre a perfusão do membro puncionado.

■ Recomendações

Gerais

- A artéria mais utilizada é a radial, por ser de fácil acesso, palpável e não estar associada a complicações graves. Para punção da artéria radial, antes do procedimento, é necessária a realização do teste de Allen (NCCLS, publicação H 11-A2,1992).

Teste de Allen

Existe a possibilidade de que a punção radial possa ocluir a circulação arterial da mão. Por isso é importante a avaliação da circulação colateral da mão pela artéria ulnar, por meio do teste de Allen antes de cada punção da artéria radial:

- Peça ao paciente para fechar a mão fortemente formando um punho. Força-se assim a saída do sangue da mão
- Usando seus dedos indicador e médio de ambas as mãos, palpe as artérias ulnar e radial
- Comprima e obstrua o fluxo do sangue em ambas as artérias enquanto o doente abre parcialmente e fecha a mão 4 a 5 vezes
- Mantenha a mão do doente com a palma para cima. Esta deverá aparecer esbranquiçada
- Reduza a pressão na artéria ulnar enquanto observa a coloração da palma, dos dedos e, em especial, o polegar. A mão e os dedos deverão ficar preenchidos dentro de 10 a 15 s se a circulação ulnar for adequada. Se a mão permanecer esbranquiçada, a circulação não é adequada nessa mão (*teste de Allen negativo*) e a punção da radial não deve ser feita. Se a cor for retomada (*teste de Allen positivo*), a punção da artéria radial pode ser efetuada com segurança
- Em casos de pacientes inconscientes, eleve a mão do paciente acima do coração e aperte ou comprima a mão, até que ocorra o empalidecimento. Baixe a mão do paciente enquanto ainda está comprimindo a artéria radial (libere a pressão sobre a artéria ulnar) e observe o retorno da coloração da mão

- **Observação.** Quando a artéria ulnar não apresenta fluxo suficiente para gerar o suprimento para toda a mão, a artéria radial não deve ser utilizada
- Evite a punção repetida no mesmo local, pois pode ocorrer dilatação aneurismática no local
- A punção arterial deve ser realizada com segurança, por profissional devidamente treinado
- Verifique a temperatura do paciente, pois o laboratório analisa o sangue de acordo com a temperatura corporal. Quando o laboratório não está ciente de que o paciente está hipotérmico, o resultado pode ser falseado, como o P_{CO_2} e o pH em um valor mais baixo
- A amostra de sangue arterial, quando resfriada e lacrada corretamente, permanece estável por 1 h
- Evite manipulação da agulha após o uso
- Dê preferência a agulhas de pequeno calibre (p. ex., 23 ou 25 G)
- Preferencialmente, utilize agulhas com dispositivo de segurança.

8.6 ■ Coleta de sangue venoso

Objetivo

Coletar sangue para investigação de alterações dos elementos e substâncias circulantes e pesquisa de agentes etiológicos infecciosos.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento, com requisição de exame.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, álcool a 70%, luvas de procedimento, seringa de 10 mL, agulha hipodérmica ou dispositivo intravenoso, garrote, fita adesiva hipoalergênica e etiqueta. Em caso de coleta para *hemocultura*, adicione frasco apropriado e uma almotolia de PVPI em tintura a 2%.

■ Descrição e sequência dos passos

- Confira as prescrições médica e de enfermagem, a fim de confirmar a realização do procedimento
- Reúna todo o material em uma bandeja limpa
- Leve a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar
- Explique o procedimento ao paciente
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Escolha o local de acesso venoso, exponha a área de aplicação e verifique as condições das veias
- Garroteie o local que vai ser puncionado (em adultos: a aproximadamente 5 a 10 cm do local da punção venosa), a fim de propiciar a dilatação da veia
- Em caso de coleta para *hemocultura*: retire o *flip* do frasco de hemocultura e realize a assepsia da borracha com gaze estéril embebida em álcool a 70%; despreze a gaze e repita o procedimento, deixando uma gaze com álcool protegendo a borracha até a inoculação do sangue
- Calce as luvas de procedimento
- Solicite ao paciente que mantenha o braço imóvel
- Mantenha o algodão seco ao alcance das mãos
- Localize o acesso venoso

- Garroteie o membro
- Faça a antisepsia da pele, no local da punção, utilizando algodão com álcool a 70%, por três vezes, em movimento espiral centrífugo
- Em caso de coleta para *hemocultura*: faça a antisepsia da pele com PVPI em tintura a 2%, e aguarde a secagem por 30 s
- Não volte a tocar o local da punção
- Puncione a veia com uma agulha hipodérmica ou um escalpe mais adequado ao paciente
- Colete a quantidade de sangue necessária
- Retire o garrote
- Realize uma pressão no local da punção com algodão seco
- Em caso de coleta para *hemocultura*: retire a gaze que protege a borracha do frasco de hemocultura
- Puncione o frasco com a mesma agulha utilizada na coleta
- Deixe o sangue escoar pela pressão do vácuo (em caso de frasco a vácuo ou de hemocultura)
- Remova o PVPI da pele do paciente com algodão embebido em álcool a 70%, ou em água e sabão
- Verifique o local da punção, observando se há formação de hematoma e sangramento
- Identifique o frasco que contém o sangue com o nome, o leito e o número de registro hospitalar do paciente, além da data e do horário da coleta
- Recolha o material e coloque-o na bandeja (não reencape as agulhas)
- Retire as luvas de procedimento
- Deixe o paciente confortável
- Encaminhe os resíduos para o expurgo
- Descarte o material perfurocortante em recipiente adequado (não desconecte a agulha da seringa)
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Higienize as mãos
- Faça o protocolo do pedido do exame (no livro de registros do setor)
- Providencie o encaminhamento imediato do material para o laboratório
- Faça as anotações de enfermagem sobre a coleta, em impresso próprio, especificando o local da punção.

■ Recomendações

Gerais

- Cada amostra de sangue deve ser coletada por uma nova punção, não sendo recomendável coletar sangue de cateteres ou dispositivos venosos já existentes

- O volume a ser coletado deve ser apropriado a cada tipo de frasco e exame
- Utilize frascos de acordo com a necessidade de conservação do material coletado e do processamento do exame.

Específicas para hemocultura

- O PVPI em tintura a 2% pode ser substituído por PVPI aquoso, porém o tempo de espera para a secagem deve ser de 10 min, antes da punção
- Não se recomenda a troca de agulhas entre a punção de coleta e a distribuição do sangue no frasco de hemocultura
- A primeira amostra de hemocultura deve ser coletada no início da elevação da temperatura corporal e não em picos febris
- Em caso de suspeita de infecção por micobactérias ou fungo filamentoso, utilize o frasco MycoF
- Punções arteriais não trazem benefícios na recuperação dos microrganismos, quando comparadas com punções venosas
- Não se recomenda coleta de sangue para hemocultura por meio de cateteres, a não ser por solicitação específica do médico
- Para coleta de sangue por cateter central: interrompa as infusões pelo cateter central; realize assepsia do local a ser conectado à seringa com gaze embebida em álcool a 70% e, novamente, com gaze embebida em PVPI em tintura a 2%; aspire pelo menos 3 ml de sangue e despreze; em seguida, colete o sangue destinado à hemocultura (recomenda-se que a primeira amostra de hemocultura seja coletada por meio de punção de veia periférica)
- Colete três amostras no período de 24 h e repita o procedimento após 24 h, caso não ocorra crescimento. Dê um intervalo de 5 a 10 min entre as punções e selecione locais diferentes.

8.7 ■ Coleta de urina para urocultura

Objetivo

Auxiliar no diagnóstico e no controle da terapêutica da infecção urinária.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento que tenham prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, frasco esterilizado de boca larga com tampa de rosca, etiqueta para identificação, luvas estéreis e de procedimento, gaze esterilizada, compressa, água, sabão neutro. Outros materiais: comadre, saco coletor, seringa, agulha de 30 mm × 7 mm, algodão e álcool a 70%, se necessários.

■ Descrição e sequência dos passos

- Prepare o material necessário para o procedimento em uma bandeja
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Leve o material para o quarto do paciente
- Identifique o frasco estéril com o nome do paciente, o leito e o registro hospitalar
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Explique o procedimento ao paciente
- Calce as luvas de procedimento
- Coloque uma comadre sob o paciente
- Realize a higiene íntima do paciente com sabão neutro, secando a pele e as mucosas com gaze estéril, da frente para trás
- Despreze o primeiro jato e aproxime o frasco esterilizado do meato uretral, sem encostar, coletando em jato médio aproximadamente 10 ml da urina
- Tampe o frasco
- Retire o material utilizado na higiene íntima
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque e anote o procedimento realizado
- Encaminhe o frasco contendo a urina imediatamente para o laboratório de análises clínicas.

Saco coletor (quando o paciente não controla o ato miccional)

- Prepare o material necessário para o procedimento em uma bandeja
- Higienize as mãos
- Leve o material para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Identifique o frasco estéril com o nome do paciente, o leito e o registro hospitalar
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Calce as luvas de procedimento

- Realize a higiene íntima do paciente, secando a pele e as mucosas com gaze estéril
- Retire o papel que cobre a parte adesiva do saco coletor
- Fixe o saco coletor à região genital
- Aguarde no máximo 30 min. Caso o paciente não urine, repita o processo a cada 30 min
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem no prontuário do paciente
- Encaminhe o frasco que contém a urina imediatamente para o laboratório de análises clínicas.

Sonda vesical de Foley (paciente com sonda)

- Prepare o material necessário para o procedimento em uma bandeja
- Higienize as mãos
- Identifique o frasco estéril com o nome do paciente, o leito e o registro hospitalar
- Leve o material para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Calce as luvas de procedimento
- Clampeie a extensão da bolsa coletora pouco abaixo do local apropriado para punção até 30 min
- Realize a desinfecção no local apropriado para coleta de urina, com algodão e álcool a 70%
- Introduza a agulha de 30 mm × 7 mm, aspire, com uma seringa, 10 mL de urina, injete no frasco de vidro estéril e tampe-o
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente
- Encaminhe o frasco que contém a urina imediatamente para o laboratório de análises clínicas.

■ Recomendações

- Para higienização da região íntima do paciente, não utilize solução antisséptica
- Colete preferencialmente a primeira urina da manhã; caso não seja possível, realize a coleta no mínimo 4 h após a última micção
- Não altere o hábito de ingestão hídrica antes de proceder ao exame
- A sonda vesical de Foley e a bolsa coletora de sistema fechado devem estar com menos de 24 h de uso. Os resultados das urinas coletadas da sonda com mais de 24 h de uso devem ser analisados cuidadosamente, pois existe o risco de colonização da sonda/extensão
- Se o paciente tiver condições de realizar a coleta, oriente e monitore todos os passos do procedimento
- A cultura de urina é quantitativa, portanto deverá ser processada dentro de 1 h; caso não seja possível o encaminhamento nesse período, a amostra poderá ser refrigerada por até 1 h.

8.8 ■ Coleta de urina para análise bioquímica

Objetivo

Auxiliar no diagnóstico e acompanhar a terapêutica de doenças sistêmicas e do sistema geniturinário.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento e com prescrição médica.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Bandeja, frasco próprio, etiqueta, luvas de procedimento, 2 comadres ou 1 comadre e 1 papagaio, toalha, jarro, água morna, sabão líquido, luvas de banho, gaze, papel higiênico. Outros materiais: saco coletor, agulha de 30 mm × 7 mm e seringa de 10 mL, se necessários.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare o material necessário para o procedimento em uma bandeja
- Leve o material para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Identifique o frasco apropriado com nome do paciente, o leito e o registro hospitalar
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Calce as luvas de procedimento
- Coloque uma comadre sob o paciente
- Realize a higiene íntima do paciente, secando a pele e a mucosa com papel higiênico
- Solicite ao paciente que despreze o primeiro jato de urina e interrompa a micção
- Troque a comadre ou coloque o papagaio
- Solicite ao paciente que esvazie a bexiga
- Coloque a urina em jato médio no frasco, enchendo-o até a metade, e tampe
- Retire o material utilizado na higiene íntima
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada

- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente
- Encaminhe o frasco que contém a urina em até 1 h para o laboratório de análises clínicas.

Saco coletor (quando o paciente não controla o ato miccional)

- Prepare em uma bandeja o material necessário para o procedimento
- Higienize as mãos
- Leve o material para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Identifique o frasco estéril com o nome do paciente, o leito e o registro hospitalar
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Calce as luvas de procedimento
- Realize a higiene íntima do paciente, secando a pele e a mucosa com gaze
- Retire o papel que cobre a parte adesiva do saco coletor
- Fixe o saco coletor à região genital
- Aguarde no máximo 30 min. Caso o paciente não urine, repita o processo a cada 30 min
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo.
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente
- Encaminhe o frasco que contém a urina ao laboratório em até 1 h.

Sonda vesical de Foley (paciente com sonda)

- Prepare em uma bandeja o material necessário para o procedimento
- Higienize as mãos
- Leve o material para o quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Identifique o frasco estéril com o nome do paciente, o leito e o registro hospitalar

- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Calce as luvas de procedimento
- Clampeie a extensão da bolsa coletora pouco abaixo do local apropriado para punção por até 30 min
- Realize a desinfecção no local apropriado para coleta de urina, com algodão e álcool a 70%
- Introduza a agulha de 30 mm × 7 mm, aspire, com uma seringa, 10 ml de urina, injete no frasco de vidro estéril e tampe
- Abra o clampe
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos
- Cheque e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente
- Encaminhe ao laboratório o frasco que contém a urina em até 1 h.

■ Recomendações

- Nos exames de rotina, o ideal é coletar a primeira urina da manhã, desprezando o primeiro jato
- Para coleta de urina para análise bioquímica, o frasco do laboratório não precisa ser estéril.

Bibliografia

- Fleury. Manual de exames. São Paulo. Laboratório Fleury, 1996.
- Campinas L de Souza *et al.* *Manual de orientação para coleta de amostras de escarro e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da tuberculose*. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Governo do Estado de São Paulo. Divisão de Tuberculose; 2002.
- Carmagnani MIS *et al.* *Manual de procedimentos básicos de enfermagem*. São Paulo: Interlivros, 1997.
- Hospital São Paulo. Manual da Qualidade do Laboratório Central, 2004.
- Medeiros EAS, Wey SB, Guerra CM. *Diretrizes para a prevenção e o controle de infecções relacionadas com a saúde — 2006-2007*. Comissão de Epidemiologia Hospitalar, Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2006. 132p.
- Nettina SM. *Práticas de enfermagem*, 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Population-Based Surveillance for Microbial Agents of Pneumonia and Sepsis with Detection of *Streptococcus Pneumoniae*. Standard Operating Procedures for Clinical Laboratory Staff. Standard Operating Procedures, V1.2, 2005.



Parte 9 Outros Procedimentos

Seção 9.1 Auxílio na parada cardiorrespiratória, 198

9.1.1 Auxílio de enfermagem na reanimação cardiopulmonar, 198

9.1.2 Manuseio do desfibrilador externo automático, 203

Seção 9.2 Preparo do leito, 204

9.2.1 Troca de roupa de cama com o paciente no leito, 204

9.2.2 Preparo do leito para receber paciente, 205

Seção 9.3 Transporte do paciente, 206

9.3.1 Transporte do paciente da cama para a cadeira, 206

9.3.2 Transporte do paciente do leito para a maca, 207

9.3.3 Transporte intra-hospitalar de paciente grave, 208

Seção 9.4 Preparo do corpo após a morte, 210

Bibliografia, 212

Seção 9.1

Auxílio na Parada Cardiorrespiratória

9.1.1 ■ Auxílio de enfermagem na reanimação cardiopulmonar

Objetivo

Promover reanimação cardiopulmonar (RCP) utilizando manobras de suporte básico de vida.

Aplicação

Aos pacientes internados, de pronto-socorro e ambulatoriais que necessitem de reanimação cardiopulmonar.

Responsabilidade

Médico, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Óculos de proteção, luvas de procedimento, máscara, desfibrilador automático ou convencional.

■ Descrição e sequência dos passos

- Aborde o paciente e verifique se ele está consciente (alerta), chamando-o por duas vezes com estímulo auditivo e tátil (na altura do ombro) (Figura 9.1.1.1)



Figura 9.1.1.1

Aborde o paciente e verifique se ele está consciente.

- Solicite ajuda e que o desfibrilador (*automático ou convencional*) seja trazido
- Coloque óculos de proteção, máscara e luvas de procedimento
- Abra as vias respiratórias do paciente com a técnica de hiperextensão da cabeça (dois dedos no queixo e a outra mão na testa) para ver, ouvir e sentir se o paciente respira (Figura 9.1.1.2 A e B)

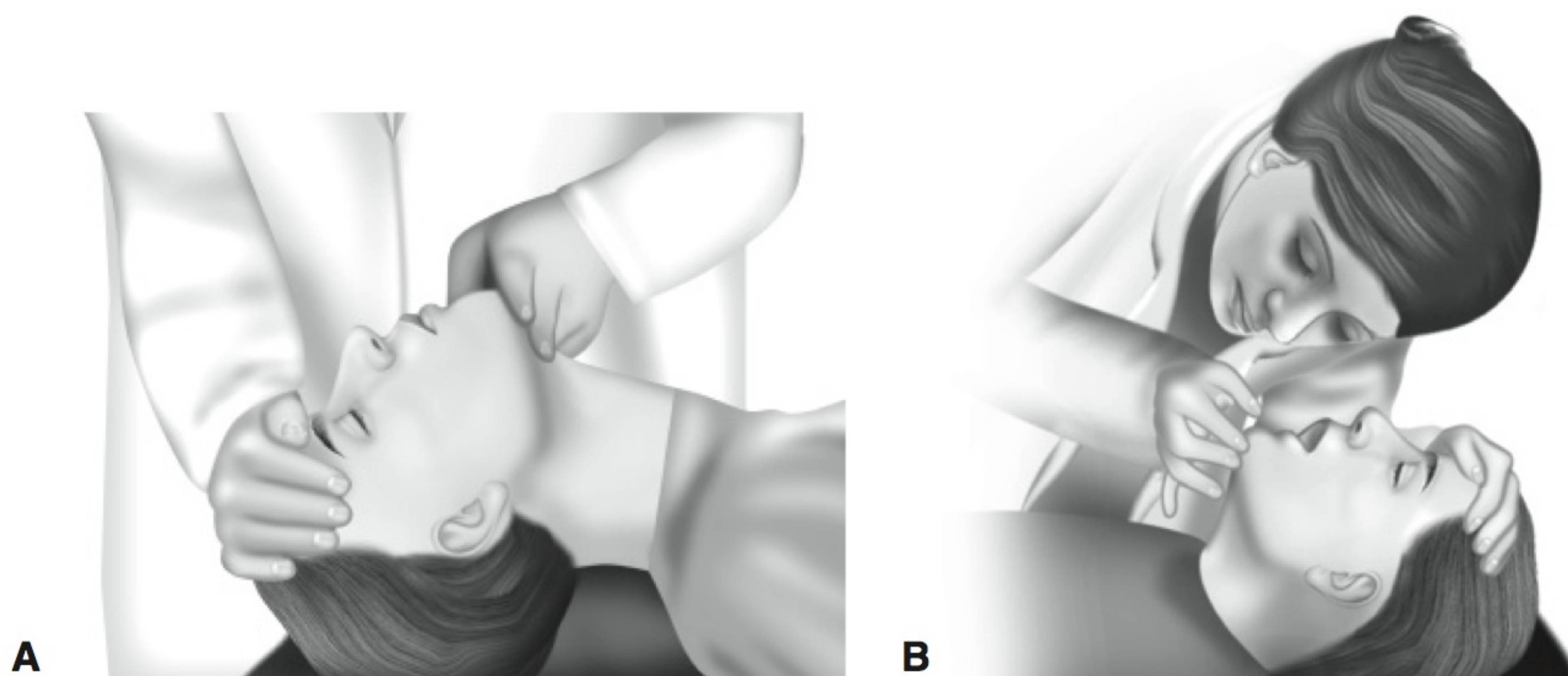


Figura 9.1.1.2 A e B

Abertura das vias respiratórias do paciente com a técnica de hiperextensão da cabeça (dois dedos no queixo e a outra mão na testa) para ver, ouvir e sentir se o paciente respira.

- Execute duas ventilações vagarosas, 1 s por ventilação, com dispositivo bolsa-válvula-máscara (AMBU) conectado ao oxigênio, se não houver respiração. São as chamadas respiração de resgate (Figura 9.1.1.3 A e B)

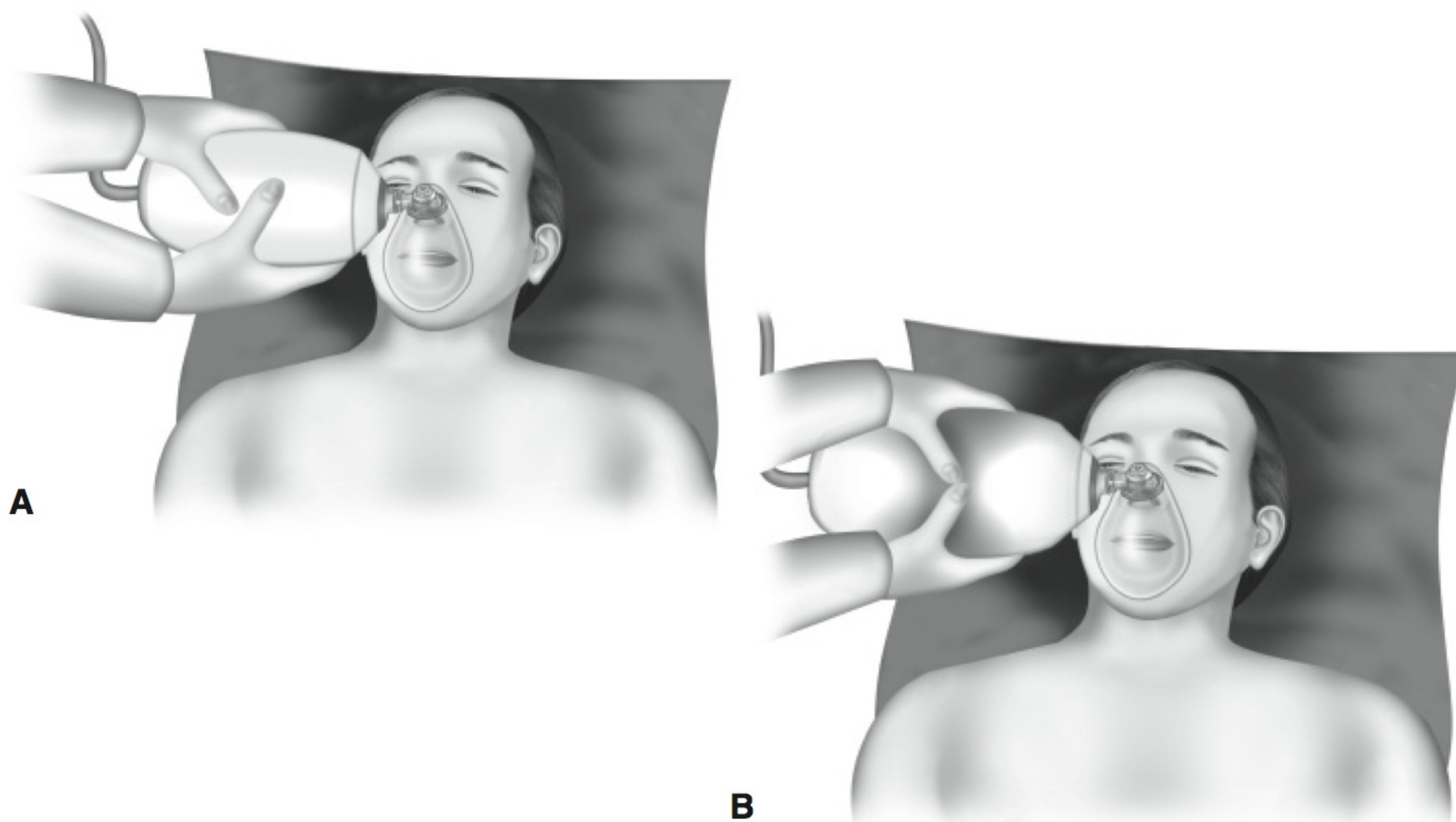


Figura 9.1.1.3 A e B

Colocação, sobre o rosto do paciente, do dispositivo bolsa-válvula-máscara (AMBU) conectado ao oxigênio (A). Execução de duas ventilações vagarosas, um segundo por ventilação (B).

- Verifique o pulso carotídeo (Figura 9.1.1.4)



Figura 9.1.1.4

Verificação do pulso carotídeo.

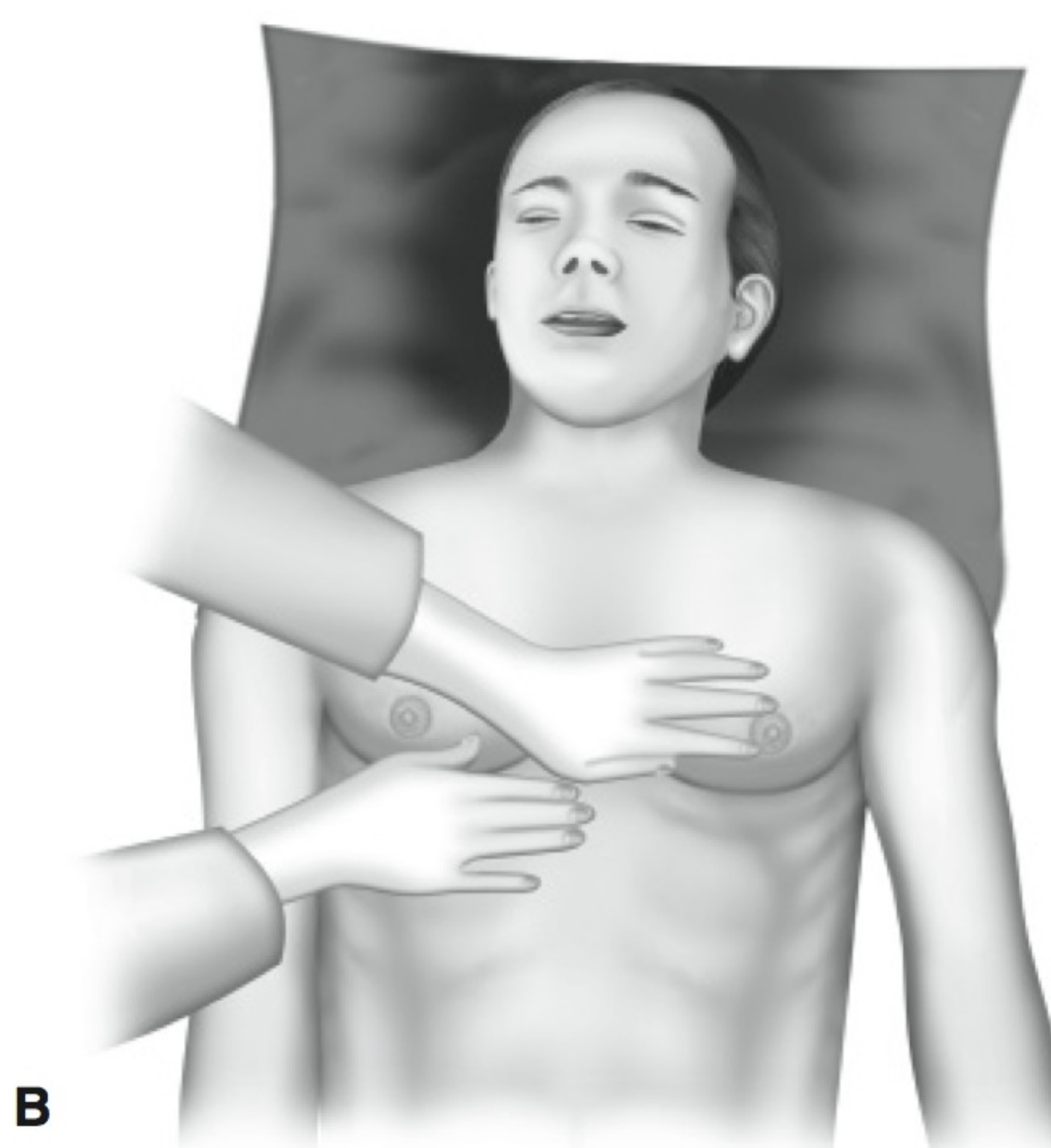
- Coloque o paciente sobre uma superfície rígida (uma tábua ou mesmo o chão, caso ele já esteja nessa superfície)
- Inicie a compressão torácica, se não houver pulso
- Posicione as mãos entrelaçadas sobre o esterno, entre os mamilos, e comprima até uma profundidade de 4 a 5 cm (Figuras 9.1.1.5 A e B e 9.1.1.6)



A

Figura 9.1.1.5 A

Localização do esterno.



B

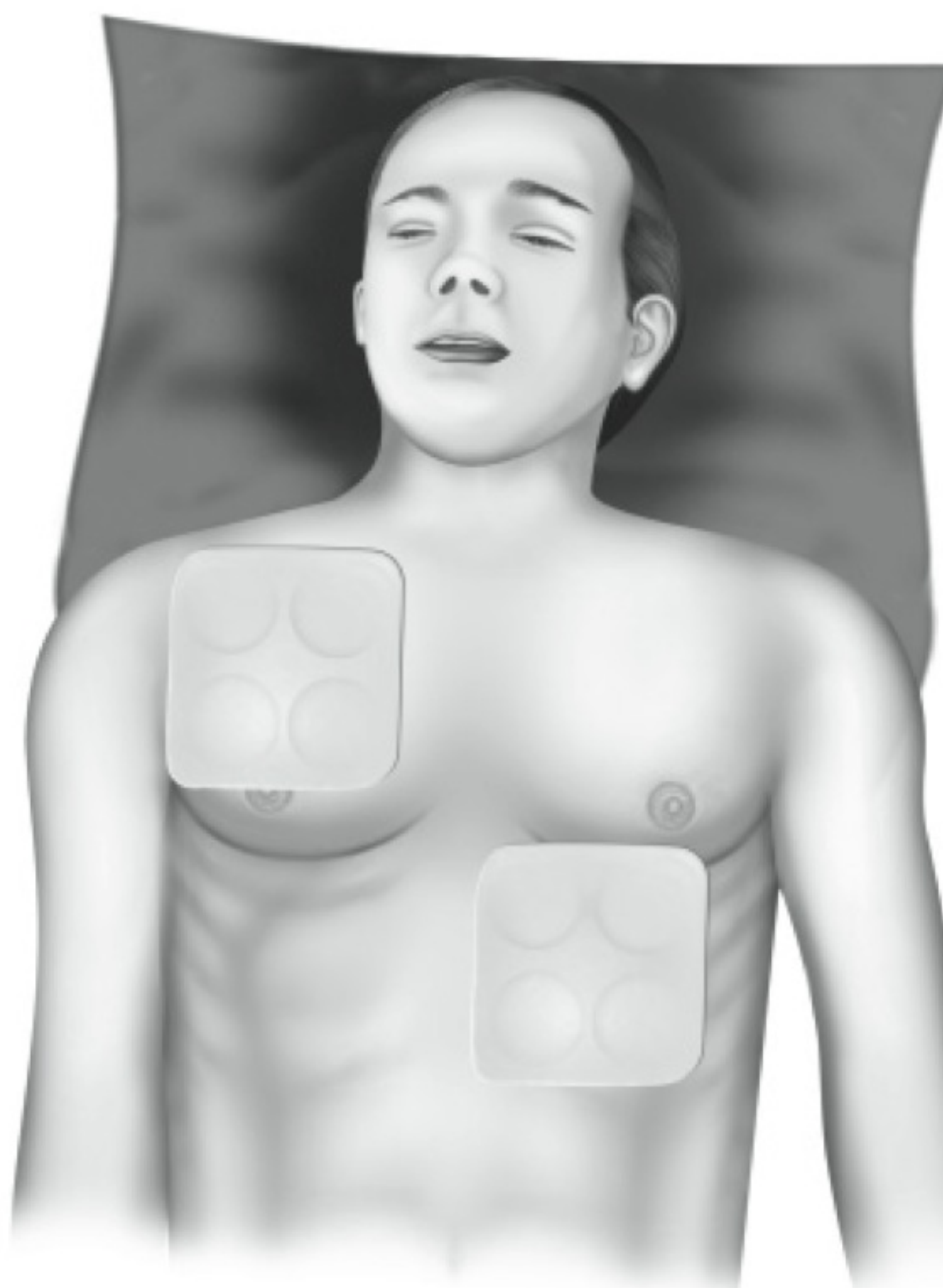
Figura 9.1.1.5 B

Posicionamento da mão sobre o esterno, entre os mamilos.

**Figura 9.1.1.6**

Entrelaçamento das mãos sobre o esterno.

- Realize ciclos de RCP: 30 compressões e 2 ventilações. Cada ciclo de RCP dura 18 a 23 s. Verifique o pulso a cada 5 ciclos ou 2 min de RCP
- Após o início da RCP, com a chegada do desfibrilador, ligue o equipamento
- Atente para as orientações do equipamento, colocando os eletrodos na região infraclavicular à direita e no ápice do coração (região média do hemitórax à esquerda) (Figura 9.1.1.7)

**Figura 9.1.1.7**

Posicionamento dos eletrodos na região infraclavicular à direita e no ápice do coração (região média do hemitórax à esquerda).

- Afaste-se do paciente para que o equipamento possa analisar o ritmo sem interferência
- Quando o equipamento reconhecer que há necessidade da descarga de choque, dê o comando “*Afastem-se todos. Vou aplicar o choque!*”
- Após as cargas indicadas e se não houver necessidade de choque, o aparelho solicitará a checagem de pulso e sinais de circulação (tosse, respiração e movimento)
- Se não houver pulso, reinicie a RCP, a uma frequência de 30 compressões torácicas e 2 ventilações, sempre com o equipamento ligado
- Se houver pulso, não retire as pás e mantenha o equipamento ligado.

■ Recomendações

- Se, no momento do evento, o paciente se encontra no banheiro ou em outra área de piso frio e o piso estiver molhado, retire a vítima da poça de água, seque o tórax e inicie o procedimento.

9.1.2 ■ Manuseio do desfibrilador externo automático

Objetivo

Promover a reversão de arritmias letais e restabelecer o ritmo sinusal.

Aplicação

Aos pacientes internados e ambulatoriais em parada cardiopulmonar.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Desfibrilador externo automático (DEA).

■ Descrição e sequência dos passos

- Solicite o desfibrilador externo automático ao reconhecer o paciente sem consciência
- Inicie a reanimação cardiopulmonar e, com a chegada do desfibrilador, ligue o equipamento
- Atenda às orientações do fabricante do equipamento, colocando os eletrodos na região infraclavicular à direita e no ápice do coração (região média do hemitórax à esquerda)
- Afaste-se do paciente para que o equipamento possa analisar o ritmo sem interferência
- Quando o equipamento reconhecer que há necessidade de descarga de choque, o operador deve dar o comando “*Afastem-se todos. Vou aplicar o choque!*”
- Após a carga indicada, ou se não houver necessidade de o aparelho descarregar choque, o aparelho solicitará a checagem de pulso e sinais de circulação (tosse, respiração e movimento)
- Reinicie a reanimação cardiopulmonar, se não houver pulso. Aplique 30 compressões torácicas e 2 ventilações, mantendo-se uma frequência cardíaca de 100 batimentos/min
- Mantenha o equipamento ligado e não retire as pás, se o pulso estiver presente.

■ Recomendações

- Se o paciente encontra-se no banheiro ou em outra área fria no momento do evento, e o piso estiver molhado, retire-o da poça de água, seque o tórax e inicie o procedimento.

9.2.1 ■ Troca de roupa de cama com o paciente no leito

Objetivo

Proporcionar conforto ao paciente.

Aplicação

Nos leitos de pacientes internados e acamados.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

2 lençóis, 1 cobertor, 1 fronha, 1 forro móvel, 1 colcha, carrinho ou mesa ou cadeira, luva de procedimento e *hamper*.

■ Descrição e sequência dos passos

- Prepare o material necessário para o procedimento
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Leve o material para o quarto do paciente
- Promova privacidade ao paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Coloque as roupas de cama limpas sobre uma superfície seca e limpa (mesa, cadeira ou carrinho)
- Explique o procedimento ao paciente
- Calce as luvas de procedimento
- Coloque a cama na posição horizontal
- Cubra o paciente com um lençol limpo
- Dobre o lençol superior ou a colcha, caso pretenda reutilizá-los, e coloque-os sobre uma superfície seca e limpa
- Solte os equipamentos presos ao lençol de baixo, se houver, e verifique a presença de objetos pessoais, colocando-os sobre a mesa-de-cabeceira e comunicando o fato ao paciente
- Baixe a grade lateral da cama no lado em que você se encontra e vire o paciente para o lado oposto
- Enrole os lençóis inferiores sujos o mais próximo possível do paciente
- Coloque o lençol limpo e o forro na metade desocupada do leito e prenda as bordas que estão na extremidade em que você se encontra
- Dobre as outras extremidades soltas para baixo
- Eleve a grade lateral da cama. Baixe a grade lateral do lado oposto e auxilie o paciente a virar-se para o lado oposto, passando sobre os lençóis e o forro dobrados
- Coloque a roupa suja próximo à borda da cama e puxe os lençóis limpos para o seu lado
- Retire a roupa suja e coloque-a no *hamper*
- Retire as luvas de procedimento, descartando-as em local apropriado
- Estique o lençol e o forro limpos até que estejam desdobrados

- Prenda as pontas dobrando-as sobre os quatro lados do colchão, de modo que o lençol de baixo esteja esticado sem pregas sobre a cama
- Recoloque o lençol superior, o cobertor (se houver) e a colcha
- Troque a fronha
- Posicione o paciente na cama conforme o recomendado ou de acordo com a preferência do paciente
- Leve o *hamper* para o expurgo
- Higienize as mãos.

■ Recomendações

- Faça o mínimo de movimentação possível com a roupa suja ao retirá-la e na arrumação do leito
- Use a mecânica corporal que preserve a saúde do profissional e os movimentos sincronizados para otimizar os esforços.

9.2.2 ■ Preparo do leito para receber paciente

Objetivo

Proporcionar conforto ao paciente.

Aplicação

Nos leitos de pacientes internados.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

2 lençóis, 1 cobertor, 1 fronha, 1 forro móvel, 1 colcha, carrinho ou mesa ou cadeira.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna as roupas de cama e leve-as para o quarto
- Coloque as roupas de cama limpas sobre uma superfície seca e limpa
- Estenda um lençol na cama previamente limpa
- Prenda as pontas dobrando-as, de modo que o lençol de baixo esteja esticado sem pregas sobre a cama
- Coloque o forro móvel, fixando as laterais sob o colchão
- Centralize a dobra longitudinal do lençol de cima e abra em camadas dobradas na direção de um dos lados da cama
- Prenda nos pés da cama a parte do lençol que sobrar
- Acrescente o cobertor, conforme o desejo do paciente
- Troque a fronha do travesseiro e coloque-o na cabeceira da cama
- Higienize as mãos

■ Recomendações

- Faça o mínimo de movimentação possível com a roupa suja ao retirá-la e na arrumação do leito
- Use a mecânica corporal que preserve a saúde do profissional e movimentos sincronizados para otimizar os esforços.

9.3.1 ■ Transporte do paciente da cama para a cadeira

Objetivo

Movimentar o paciente com conforto e segurança.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento impossibilitados de se locomover.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Cadeira de rodas, um lençol, escadinha e chinelos.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Reúna todo o material junto ao paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Feche a porta do quarto
- Prepare a cadeira, forre-a, colocando um lençol em diagonal
- Posicione a cadeira de rodas próximo ao leito
- Trave as rodas da cadeira
- Erga o descanso dos pés da cadeira
- Posicione a escadinha na altura dos pés da cama do paciente
- Posicione o paciente em decúbito dorsal horizontal
- Eleve a cabeceira da cama
- Baixe a roupa do leito formando um leque
- Ajude o paciente a sentar-se na cama apoiando os pés na escadinha
- Vista adequadamente o paciente e calce-lhe os chinelos
- Fique de frente para o paciente, segurando-o pela cintura
- Ajude o paciente a levantar-se, apoiando-se nos ombros do executante que o segurará pela cintura, até que ele fique em pé ao lado da cama e de costas para a cadeira de rodas
- Ajude o paciente a sentar-se confortavelmente na cadeira
- Baixe o descanso e apoie nele os pés do paciente
- Cubra o paciente com outro lençol e/ou cobertor
- Conduza o paciente ao local desejado
- Realize a higienização das mãos
- Registre deslocamento e intercorrências na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Paciente com diagnóstico de doença de transmissão respiratória por gotículas ou aerossóis deve permanecer com máscara cirúrgica durante o transporte.

9.3.2 ■ Transporte do paciente do leito para a maca

Objetivo

Transferir o paciente com conforto e segurança.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento impossibilitados de se locomover.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Maca, lençol, cobertor, álcool a 70%, papel-toalha, luvas de procedimento.

■ Descrição e sequência dos passos

- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Prepare em uma bandeja o material necessário para o procedimento
- Realize desinfecção do colchão da maca com álcool a 70% e seque com papel-toalha
- Realize a higienização das mãos
- Reúna os profissionais necessários da equipe de enfermagem para auxiliar no transporte
- Aproxime a maca do leito do paciente
- Explique o procedimento ao paciente
- Promova privacidade ao paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Deite o paciente em decúbito dorsal horizontal
- Verifique as condições de acessos venosos e infusões, as fixações das sondas e drenos e as condições de drenagem. Coloque esses artefatos em condições de acompanharem o paciente durante o deslocamento, sem causar danos
- Puxe as bordas do lençol que estão presas debaixo do colchão do paciente
- Desça em leque o cobertor e o lençol que cobrem o paciente
- Enrole as pontas do lençol bem próximos ao paciente
- Coloque a maca em posição paralela e encostada no leito do paciente
- Posicione dois profissionais do lado do leito e outros dois do lado da maca, todos os quatro segurando o lençol de baixo
- Passe o paciente para a maca com um só movimento, sincronizando a ação dos quatro profissionais da equipe
- Cubra o paciente com lençol e cobertor, se necessário
- Encaminhe-o ao destino solicitado
- Realize a higienização das mãos
- Registre o transporte realizado na folha de anotações de enfermagem do prontuário do paciente.

■ Recomendações

- Paciente com diagnóstico de doença de transmissão respiratória por gotículas ou aerossóis deve permanecer com máscara cirúrgica durante o transporte.

9.3.3 ■ Transporte intra-hospitalar de paciente grave

Objetivo

Garantir estabilidade clínica e segurança contra acidentes no deslocamento intra-hospitalar de paciente crítico.

Aplicação

Pacientes internados com necessidade de transporte intra-hospitalar para internação em outra unidade ou realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Responsabilidade

Enfermeiros.

Materiais e medicamentos

Maleta contendo: 3 agulhas 30 mm × 8 mm; 3 agulhas 40 mm × 12 mm; 1 cateter venoso periférico nº 14 ao 20; 2 sachês de álcool; 1 dispositivo intravenoso nº 21 e outro nº 23; esparadrapo; luvas de procedimento; 2 equipos macrogotas; 1 pacote de gaze estéril; garrote; luvas estéreis nºs 7,5 e 8,0; máscara cirúrgica; óculos; adesivo hipoalergênico; seringas de 5 ml, 10 ml e 20 ml; nebulizador; máscara de nebulização; ambu com reservatório de oxigênio e máscara; extensão de borracha; cânulas de Guedel nºs 3 e 4; pilhas médias; laringoscópio; lâminas de laringoscópio nºs 3 e 4; cânulas de intubação traqueal nºs 7,0 a 8,5; sonda de aspiração traqueal nºs 12 e 14; fixadores de cânula ou

■ Descrição e sequência dos passos

Antes do transporte

- Prepare e confira a maleta de medicamentos e materiais
- Separe e verifique os equipamentos necessários ao transporte (baterias, funcionamento, condições de uso)
- Dimensione os soros e as medicações para o transporte. Posicione os equipos e os frascos de soro de modo a não haver tração ou perda dos cateteres venosos
- Antes da saída do paciente da unidade, faça o exame físico completo do paciente, registrando na folha de anotação de enfermagem a frequência respiratória, a frequência cardíaca, a pressão arterial sistêmica, a Escala de Coma de Glasgow
- Verifique as condições do acesso venoso central ou periférico e sua fixação
- Aspire o tubo endotraqueal antes do transporte
- Cheque a fixação dos tubos endotraqueais/de traqueostomia
- Cheque a fixação de sondas e drenos
- Verifique as conexões do ventilador e seu bom funcionamento
- Cheque o funcionamento do ambu com reservatório
- Cheque o nível dos gases nos cilindros (mínimo: 70 kgf)
- Certifique-se de que o local de destino do paciente está pronto para recebê-lo
- Coloque o prontuário junto ao paciente
- Caso seja uma transferência de unidade, relate as informações necessárias sobre o paciente ao enfermeiro responsável pela admissão
- Antes da saída do paciente da unidade, chame o elevador.

Durante o transporte

- Monitore as medidas hemodinâmicas: pressão arterial média (PAM) se o cateter estiver instalado, pressão arterial sistêmica (PA), eletrocardiografia, frequência cardíaca, frequência respiratória (FR), oximetria de pulso (saturação de oxigênio — SpO₂)
- Atente para possíveis intercorrências, tais como perda de acesso venoso, drenos ou deslocamento da cânula endotraqueal.

Após o transporte

- Estabilize o paciente no leito

cadarço; fio-guia;
5 ampolas de 10 mL de água
destilada; 5 ampolas de
solução fisiológica a 0,9%;
1 frasco de 250 mL de solução
fisiológica a 0,9% e outro
de 500 mL; soro glicosado
a 5%: 250 mL; 1 frasco de
manitol; 1 frasco de 250 mL
de bicarbonato de sódio a
8,4%; amiodarona: 150 mg;
atropina: 0,25 mg; epinefrina:
1 mg; adenosina; aminofilina;
gliconato de cálcio a 10%:
10 mL; 1 frasco de 20 mL
de lidocaína a 2% sem
vasoconstritor; succinilcolina:
10 mg; sulfato de magnésio
a 10%; etomidato: 20 mg;
fentanila: 10 mL; midazolam:
50 mg; furosemida: 20 mg;
hidrocortisona: 500 mg;
deslanosídeo: 0,4 mg.

Equipamentos

Bomba(s) de infusão,
ventilador mecânico portátil,
monitor multiparamétrico,
oxímetro de pulso (na
ausência de monitor),
fluxômetro, cilindro de
oxigênio, estetoscópio.

- Conecte o ventilador ao suporte de oxigênio instalado no quarto ou unidade
- Conecte a sonda endotraqueal que está no paciente ao ventilador mecânico
- Cheque drenos, cateteres, sondas e acesso venoso
- Reinstale as medicações que foram desligadas durante o transporte
- Reinstale os cabos aos eletrodos de monitoração eletrocardiográfica
- Reinstale o oxímetro de pulso do monitor na unidade do paciente
- Posicione corretamente a bolsa coletora da sonda vesical de demora e os drenos
- Faça o exame físico do paciente
- Após a chegada do paciente à unidade, monitore os parâmetros hemodinâmicos e respiratórios continuamente, durante 30 min
- Faça as anotações de enfermagem registrando o horário de saída e admissão/chegada na unidade de internação e intercorrências durante o processo do transporte do paciente.

■ Recomendações

- A decisão do transporte intra-hospitalar do paciente é responsabilidade conjunta do médico e da equipe que lhe assiste
- O transporte de paciente crítico envolve riscos de instabilidades cardiorrespiratórias. Tais riscos podem ser minimizados por meio da avaliação prévia do paciente (riscos × benefícios), planejamento cuidadoso, treinamento da equipe responsável pelo transporte e seleção de equipamentos adequados
- Dimensione a equipe que participará do transporte, de acordo com a gravidade do paciente e com a complexidade e o número de equipamentos exigidos
- São necessárias, no mínimo, duas pessoas que saibam interpretar possíveis alterações cardiorrespiratórias, sendo que uma delas deve ser capaz de ventilar o paciente
- A presença do médico é obrigatória nas seguintes situações: paciente com via respiratória artificial (intubado, traqueostomizado), instabilidade hemodinâmica, uso de substâncias vasoativas, presença de monitoração invasiva (cateter de Swan-Ganz), monitoração de pressão intracraniana (PIC), controle de pressão arterial invasiva ou cateter no bulbo da veia jugular
- Não é obrigatória a presença de desfibrilador/cardioversor e equipamento de aspiração, mas estes equipamentos devem estar disponíveis para uso em, no máximo, 4 min
- Em pacientes em isolamento para aerossóis/partículas e que não estiverem em uso de ventilador, coloque máscara comum durante o transporte.

Este procedimento está
disponível em formato de
checklist no

GEN- IO | GEN Informação
Online,

repositório de material suple-
mentar do

GEN | Grupo Editorial Nacional.

O acesso é gratuito, bastando
que o leitor se cadastre.

<http://gen-io.grupogen.com.br>

Seção 9.4

Preparo do Corpo Após a Morte

Objetivo

Evitar perda de secreções e excreções durante o funeral e posicionar o corpo para que não fique rígido em posição que fira a dignidade do paciente.

Aplicação

Aos pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento que faleceram de causa bem-definida.

Responsabilidade

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material

Luvas de procedimento, biombo, *hamper*, seringa de 10 ml, lâmina de bisturi, saco plástico, gaze e esparadrapo, luva de banho, lençol, toalha, sabonete, bacia com água morna, pinça Pean ou anatômica, ataduras de 10 ou 20 cm, óculos de proteção, máscara e avental.

■ Descrição e sequência dos passos

- Solicite a presença de familiares para a comunicação do óbito
- Certifique-se da anotação de óbito pelo médico no prontuário
- Prepare em uma bandeja o material necessário para o procedimento
- Higienize as mãos (consulte Higienização das mãos, p. 6)
- Leve o material para o quarto
- Promova privacidade, colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto
- Calce as luvas de procedimento e vista o avental e os óculos de proteção
- Coloque o corpo em posição dorsal horizontal, retirando todos os travesseiros e/ou coxins
- Alinhe os membros
- Recoloque a dentadura ou ponte móvel imediatamente após a morte, se houver
- Feche os olhos fazendo compressão nas pálpebras
- Retire a roupa do corpo, colocando-a no *hamper* ou em um saco plástico identificado e fechado, se for de propriedade da família
- Retire todos os cateteres, sondas e drenos, se tiver, usando lâmina de bisturi para retirar as fixações e a seringa de 10 ml para desinsuflar os balões das sondas
- Faça a higiene do corpo, se necessário
- Faça os curativos nos locais de inserção de drenos e cateteres e em outras soluções de continuidade da pele e das mucosas das quais possam drenar substâncias orgânicas, comprimindo bem o local e cobrindo com gaze e esparadrapo, para que não haja vazamentos
- Tampone a orofaringe, introduzindo algodão o mais profundamente possível com o auxílio de uma pinça Pean ou anatômica, de modo que vede a passagem de líquidos mas não fique visível
- Tampone o ânus e a vagina (se necessário), introduzindo algodão o mais profundamente possível
- Feche a mandíbula, e, usando ataduras de crepe de 10 ou 20 cm, amarre o queixo na cabeça, os pés juntos e as mãos juntas
- Retire todos os lençóis, envolvendo o corpo em um saco plástico apropriado ou lençol descartável

- Identifique o corpo com uma das vias de aviso de óbito e outra identificação presa com uma fita no punho do cadáver
- Coloque o corpo na maca e cubra-o com um lençol
- Transporte o corpo até o necrotério
- Recolha todos os pertences do paciente que faleceu, identificando-os
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material permanente e o resíduo para o expurgo
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%
- Retire as luvas de procedimento
- Realize a higienização das mãos
- Faça as anotações de enfermagem, descrevendo o ocorrido no momento do óbito, o horário e nome do médico que constatou o óbito
- Entregue os pertences do paciente aos familiares e encaminhe-os ao Serviço de Registro de Pacientes, para receberem orientações sobre o funeral
- Solicite à equipe de higienização a limpeza terminal do quarto.

■ Recomendações

- Os corpos que são disponibilizados para finalidades de ensino e/ou pesquisa requerem autorização legal dos familiares mais próximos ou de autoridade legalmente constituída
- Após a confirmação do óbito pelo médico, proceda imediatamente aos cuidados de preparo pós-morte. Caso o médico peça necropsia, o corpo não deve ser tamponado
- Para a necropsia, é necessária autorização da família, a não ser nos casos de envenenamento e acidentes, que vão diretamente para o Instituto Médico Legal (IML).

Bibliografia

- Carmagnani, MIS *et al.* Manual de procedimentos básicos de enfermagem. São Paulo: Interlivros, 1995.
- Ferreira GMM. Transporte intra-hospitalar do paciente grave. 2003. 108 p. Tese (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo.
- LeMone P, Lillis C, Taylor C. Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência de enfermagem, 3ª ed. São Paulo: Artmed, 2007.
- Marimar. Ambulância, Resgate, Reabilitação. Disponível em: http://www.marimar.com.br/medico/o_que_e_enfermagem.htm. Acesso em: 22/6/2007.
- Nettina SM. Práticas de enfermagem, 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- Nogueira VO. Informações on-line sobre o transporte intra-hospitalar de pacientes críticos adultos. São Paulo, 2003. Disponível em: <http://Miww.transporteintrahospitalar.hpg.com.br>.
- Pereira Júnior GA, Nunes TL, Basile-Filho A. Transporte do paciente crítico. Simpósio de Medicina Intensiva (Ribeirão Preto), 2001. 4ª parte. Cap. VII.
- Suporte Básico de Vida para profissionais de saúde, ILCOR, AHA, 2004.
- Suporte Básico de Vida para profissionais de saúde, ILCOR, AHA, 2005.
- Timby BK. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem, 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.



Índice Alfabético

A

- Abertura das vias respiratórias
 - superiores, 199
- Administração
 - dieta enteral, 48
 - medicamentos, 139-178
- Aerossóis, precauções respiratórias, 95
- Allen, teste, 186
- AMBU, colocação, 199
- Aplicação
 - de calor e de frio, 33-37
 - de compressas
 - frias, 36
 - mornas, 34
- Artéria braquial, palpação, 111
- Aspiração da cânula
 - endotraqueal, 84
 - traqueostomia, 86
- Auxílio na inserção de cateter venoso central, 134

B

- Banho
 - aspersão, 2, 3
 - no leito, 4
- Bolsa, aplicação
 - água morna, 33
 - colostomia e ileostomia, esvaziamento e higienização, 62
 - gelo, 35
- Braden, escala, avaliação do risco de úlceras por pressão, 42

C

- Cabelo e couro cabeludo, higienização, 14
- Cânula, aspiração
 - endotraqueal, 84
 - traqueostomia, 86
 - higienização, 8
- Cateter
 - intravascular, ponta de, cultura, 183

- nasal, oxigenoterapia, 97
- venoso central
 - - auxílio na inserção, 134
 - - - curativo, 29
 - - - retirada, 129
- venoso periférico, salinização, 131
- Cavidade oral, higienização do paciente
 - acamado, 10
 - inconsciente, 11
- Cetonúria, verificação, 108
- Coleta de material para exames, 179-196
 - escarro para exame bacterioscópico ou cultura, 180
 - fezes
 - - para coprocultura, 181
 - - protoparasitológico, 182
 - ponta de cateter intravascular para cultura, 183
 - sangue
 - - arterial para gasometria, 185
 - - venoso, 187
 - urina
 - - análise bioquímica, 192
 - - urocultura, 190
- Colostomia
 - esvaziamento e higienização da bolsa, 62
 - troca de bolsa, 17, 19
- Compressas, aplicação
 - frias, 36
 - mornas, 34
- Coprocultura, coleta de fezes, 181
- Corpo, preparo após a morte, 210
- Cultura, coleta de escarro, 180
- Curativo, 26-32
 - coberturas
 - - alginato de cálcio, 30
 - - ativado (impregnado com prata), 30
 - - hidrocoloide, 31
 - - hidrogel, 32
 - - papaína, 32
 - - película de poliuretano, 31
 - ferida
 - - aberta, 26

- - operatória, 28
- inserção de cateter venoso central, 29

D

- Degermação das mãos, 6
- Desfibrilador externo automático, manuseio, 203
- Dieta enteral, administração, 48
- Diurese, verificação, 79
- Drenagem torácica, 89
 - instalação de dispositivo para aspiração contínua, 92
 - retirada do dreno, 90
 - troca
 - - frasco, 93
 - - selo d'água do frasco, 94

E

- Eletrodos, posicionamento na reanimação cardiopulmonar, 201
- Eliminações, cuidados, 61-82
 - gastrintestinais, 62-68
 - - esvaziamento e higienização da bolsa de colostomia e ileostomia, 62
 - - lavagem intestinal, 64
 - - - pela colostomia, 66
 - urinárias, 69-80
 - - instalação de dispositivo para incontinência urinária masculino, 69
 - - lavagem da sonda vesical, 70
 - - sondagem vesical de alívio
 - - - homem, 71
 - - - mulher, 73
 - - sondagem vesical de demora
 - - - homem, 74
 - - - mulher, 76
 - - verificação de diurese, 79
- Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras por pressão, 42
- Escarro, coleta para exame, 180
- Estetoscópio, colocação sobre a artéria braquial, 111
- Exames, coleta de material, 179-196

- escarro, 180
- fezes
 - - coprocultura, 181
 - - protoparasitológico, 182
- ponta de cateter intravascular para cultura, 183
- sangue
 - - arterial para gasometria, 185
 - - venoso, 187
- urina
 - - análise bioquímica, 192
 - - urocultura, 190

F

Feridas, curativo

- aberta, 26
- operatória, 28

Fezes, coleta para exame, 181, 182

Foley, sonda vesical, 191, 193

Frequência

- cardíaca, verificação, 114
- respiratória, verificação, 106

G

Gasometria, coleta de sangue arterial, 185

Glicemia capilar, verificação, 107

Glicosúria, verificação, 108

Gotículas, precauções respiratórias, 96

H

Higienização, 2-25

- banho
 - - aspersão, 2, 3
 - - leito, 4
- bolsa de colostomia e ileostomia, 62
- cabelo e couro cabeludo, 14
- cânula de traqueostomia, 8
- cavidade oral, 10, 11
- degermação das mãos, 6
- mãos, 6
- região íntima
 - - feminina, 12
 - - masculina, 13

- remoção de pedículos e lêndeas, 15
- troca de bolsa
 - - colostomia, 17
 - - ileostomia, 17
 - - urostomia, 21-25

I

Ileostomia

- esvaziamento e higienização da bolsa, 62
- troca de bolsa, 17

Inalação, oxigenoterapia, 99

Incontinência urinária, instalação de dispositivo masculino, 69

Inserção de cateter venoso central, auxílio, 134

L

Lavagem

- intestinal, 64
 - - colostomia, 66
- sonda vesical, 70

Leito, preparo, 204

- receber clientes, 205
- troca de roupa de cama com o paciente no leito, 204

Lêndeas, remoção, 15

M

Manobra de Valsalva, 130, 137

Mãos

- degermação, 6
- higienização, 6
- posicionamento sobre o esterno na reanimação cardiopulmonar, 200, 201

Máscara de nebulização de Venturi, 100

Medicamentos, administração, vias, 139-178

- dermatológica, 140
- intradérmica, 142
- intramuscular, 145
- intravenosa, 149
- nasal, 153
- oftálmica, 155

- oral, 158
- otológica, 159
- peridural, 162
- retal, 165
- sonda enteral, 168
- subcutânea, 170
- sublingual, 174
- vaginal, 176

Morte, preparo do corpo, 210

N

Nutrição parenteral, administração, 51

O

Oxigenoterapia, 97

- cateter nasal, 97
- inalação, 99
- máscara de nebulização de Venturi, 100

P

Palpação

- artéria braquial, 111
- pulso apical, 115

Parada cardiorrespiratória, auxílio, 198

- enfermagem na reanimação cardiopulmonar, 198
- manuseio do desfibrilador externo automático, 203

Pedículos, remoção, 15

Pele, cuidados, 1-46

- aplicação de calor e de frio, 33-37
- curativo, 26-32
- higienização, 2-25
- tricotomia, 44
- úlceras por pressão, prevenção, 38-43

Peso corpóreo, verificação, 109

Precauções respiratórias, 95

- aerossóis, 95
- gotículas, 96

Preparo do corpo, morte, 210

Pressão

- arterial, verificação, 110
- venosa central, verificação, 113

Pulso

- apical, verificação, 114
 - carotídeo, verificação, 200
 - periférico, verificação, 116
- Punção venosa periférica, 124

R

Reanimação cardiopulmonar, 198

- abertura das vias respiratórias, 199
- abordagem do paciente, 198
- colocação do AMBU, 199
- eletrodos, posicionamento, 201
- entrelaçamento das mãos, 201
- posicionamento das mãos sobre o esterno, 200

Região íntima, higienização

- feminina, 12
- masculina, 13

Regiões de proeminência óssea, 38

Roupa de cama, troca com o paciente no leito, 204

S

Salinização de cateter venoso periférico, 131

Sangue, coleta para exame, 185, 187

Sonda vesical

- Foley, coleta de urina para exame, 191, 193
- lavagem, 70

Sondagem

- nasoenteral, 53
- nasogástrica, 56
- vesical de alívio
 - - homem, 71
 - - mulher, 73
- vesical de demora
 - - homem, 74
 - - mulher, 76

T

Temperatura, verificação

- axilar, 118

- oral, 119
- retal, 120
- Teste de Allen, 186
- Toracocentese, 102
- Transporte do paciente, 206
 - cama para cadeira, 206
 - intra-hospitalar de paciente grave, 208
 - leito para a cama, 207
- Tricotomia, 44
- Troca
 - de bolsa
 - - colostomia, 17, 19
 - - ileostomia, 17
 - - urostomia, 21-25
 - de roupa de cama com o paciente no leito, 204

U

- Úlceras por pressão, prevenção, 38-43
 - classificação, 41
 - escala de Braden para avaliação do risco, 42
- Urina, coleta
 - análise bioquímica, 192
 - urocultura, 190

V

- Verificação
 - pulso carotídeo, 200
 - temperatura, 118-120
- Vias
 - administração de medicamentos, ver Medicamentos
 - respiratórias, abertura, 199