
Práticas básicas de enfermagem e o uso de simulação clínica



E-BOOK

Organização

Tárcia Millene de Almeida Costa Barreto



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA – UFRR

REITOR

José Geraldo Ticianeli

VICE-REITOR

Silvestre Lopes da Nóbrega

EDITORA DA UFRR

Diretor da EDUFRR

Fábio Almeida de Carvalho

CONSELHO EDITORIAL

Alcir Gursen de Miranda

Anderson dos Santos Paiva

Bianca Jorge Sequeira Costa

Fabio Luiz de Arruda Herrig

Georgia Patrícia Ferko da Silva

Guido Nunes Lopes

José Ivanildo de Lima

José Manuel Flores Lopes

Luiza Câmara Beserra Neta

Núbia Abrantes Gomes

Rafael Assumpção Rocha

Rickson Rios Figueira

Rileuda de Sena Rebouças



Editora da Universidade Federal de Roraima
Campus do Paricarana – Av. Cap. Ene Garcez, 2413,
Aeroporto – CEP: 69.310-000. Boa Vista – RR – Brasil
e-mail: editora@ufrr.br

A Editora da UFRR é filiada à:



Dados Internacionais de Catalogação Na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

P912 Práticas básicas de enfermagem e o uso de simulação clínica /
Tárcia Millene de Almeida Costa Barreto, organizadora. –
Boa Vista : Editora da UFRR, 2021.

121 p. : il.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5955-012-8

Livro eletrônico (e-book).

1 - Enfermagem. 2 - Simulação clínica. 3 - Práticas básicas.
4 - Habilidades técnicas. 5 - Cuidado humanizado. I - Título.
II - Barreto, Tárcia Millene de Almeida Costa.

CDU - 616-083

Ficha Catalográfica elaborada pela: Bibliotecária/Documentalista:
Maria de Fátima Andrade Costa - CRB-11/453-AM

ORGANIZADORA



Tércia Millene de Almeida Costa Barreto, 37 anos, possui graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Nilton Lins (2005). Doutorado em Ciências Ambientais pela Universidade Federal de Roraima (2021). Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima- UFRR (2016). Mestrado em Terapia Intensiva pelo IBRATI (2010). Especialização em Saúde Indígena pela UNIFESP (2011). Atualmente professora adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Roraima - UFRR. Membro do Núcleo Docente Estruturante (NDE) do curso de Enfermagem. Coordenadora do Laboratório de Práticas em Enfermagem da UFRR. Coordenadora da Especialização Lato Sensu em Saúde Pública (convênio UFRR/Fiocruz). Enfermeira do Governo do Estado de Roraima. Conselheira Efetiva (vice-presidente) do Conselho Regional de Enfermagem de Roraima. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em educação, gestão, saúde da mulher, saúde da criança, saúde pública e saúde indígena.

COLABORADORAS



Karina Moellmann Andrade, 22 anos, graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Roraima (2017-2021), integrante da Liga Acadêmica Roraimense de Enfermagem em emergência (LAREE), participante de estágio extracurricular em Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Roraima, membro do curso de extensão Fortalecimento das Ações de imunização dos territórios Municipais da Universidade São Leopoldo Mandic e monitora bolsista do módulo de Práticas do Cuidar nos anos de 2019 a 2021.



Pamella Penellopy de Matos Cumapa, 26 anos, graduanda do curso de enfermagem (2017-2021). Atual presidente da Liga Acadêmica de Enfermagem Obstétrica (LAEO-RR) e tesoureira na Liga Acadêmica Roraimense de Enfermagem em Emergência (LAREE). Participou do estágio extracurricular no Centro Cirúrgico do Hospital Geral de Roraima. Atuou como monitora do módulo Aspectos morfofisiológicos e psíquicos do ser humano (2018) e foi monitora voluntária do módulo de Práticas do Cuidar (2019 e 2020).



Leila Martins Lima, 22 anos, graduanda do curso de enfermagem (2017-2021). Atuou como ligante (2019) e atual segunda secretária da Liga Acadêmica de Enfermagem Obstétrica (LAEO-RR). Atuou como monitora voluntária do módulo Práticas de cuidar (2019 a 2020).



Valkiria de Sousa Silva, 26 anos, possui graduação em enfermagem pela UERR (2017). É especialista em Docência do Ensino Superior e Patologia Clínica. Foi docente no Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) de Roraima de 2018 a 2021. Atuou como professora voluntário no Programa Idade Ativa da UERR de 2017 a 2021. Atualmente, é professora substituta no curso de Enfermagem da UFRR e mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Biodiversidade (PPGSBIO/UFRR).

APRESENTAÇÃO

Se você já chegou a esta parte do livro, provavelmente é porque a curiosidade e a busca por novos saberes faz parte de você. E isso é maravilhoso! O convidamos a se aprofundar ainda mais nesta leitura, que certamente abrirá sua mente para as bases da enfermagem, os procedimentos realizados pelo enfermeiro na sua rotina diária.

Uma vez iniciada a leitura, você se dará conta de que elas por si só não serão suficientes, uma vez que terá de incio o intenso desejo de colocar tudo o que foi adquirido logo em prática. Mas, calma. Tudo precisa de um começo!

Eu sei que, estar diante de um procedimento nunca feito ou visto causa estranheza e dúvidas: Será que eu consigo? E se eu tiver medo? Será que a enfermagem é mesmo a melhor escolha? Será que sou capaz? Fique tranquilo! Se você já chegou até aqui, concerteza até o final do manuscrito muitas das suas dúvidas e medos já teram partidos, pois uma vez munido deste manual você terá a segurança e iniciativa para aprender um mundo vasto de experiências e conhecimentos que mudarão sua forma de vê a enfermagem e o cuidado ao cliente.

Desta forma, a leitura do Ebook Práticas Básicas de Enfermagem e o Uso de Simulação Clínica oferecerá a você uma fonte segura de conhecimento teórico que embasará as suas aulas práticas, assim como o iluminará em relação à organização das mesmas, a estrutura, recursos e normas de funcionamento do laboratório e o método didático utilizado.

Por isso, só temos a agradecê-lo por ter dado o primeiro e importantíssimo passo. Aproveite este momento de excelente leitura e se apaixone ainda mais pela enfermagem, com a segurança que o caminho não tem volta, pois ao final da imersão você jámais será o mesmo! Seu olhar clínico e holístico já farão parte do enfermeiro que está em cosntrução. ACREDITE!

Sumário

Capítulo I	10
Conhecendo o laboratório de enfermagem da UFRR	10
1.1. ESTRUTURA FÍSICA E RECURSOS MATERIAIS	10
1.2. NORMAS DE FUNCIONAMENTO	15
1.3. QUADRO DE PESSOAL	17
Capítulo II	18
Uso de simulação clínica na formação do enfermeiro no extremo norte do Brasil	18
2.1 COMO A SIMULAÇÃO É REALIZADA EM NOSSO LABORATÓRIO	19
2.2 PRINCIPAIS RESULTADOS ENCONTRADOS COM A APLICAÇÃO DA SIMULAÇÃO	21
2.2.1 Desenvolvimento do raciocínio clínico	21
2.2.2 Desenvolvimento de habilidades técnicas e manuais	22
2.2.3 Desenvolvimento do cuidado humanizado	23
2.2.4 compreensão das relações do cuidado seguro	24
2.2.5 desenvolvimento do trabalho em equipe	24
2.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
Capítulo III	26
Práticas básicas realizadas no laboratório de enfermagem	26
3.1. CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR	26
3.2. TÉCNICA DE CALÇAR LUVA ESTÉRIL	29
3.3. OXIMETRIA E OXIGENOTERAPIA: MÁSCARA FACIAL, VENTURE, CATETER NASAL; ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS.	31
3.4. TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE: LEITO, CADEIRA, MACA	40
3.5. MUDANÇA DE DECÚBITO	43
3.6. HIGIENE DO CLIENTE	46

3.7. APLICAÇÃO DE CALOR E FRIO: BOLSA DE GELO, ÁGUA MORNIA, COMPRESSA FRIA E MORNIA	56
3.8. ASSISTÊNCIA NA ALIMENTAÇÃO DO CLIENTE	60
LAVAGEM GÁSTRICA	60
3.9. CATETERISMO VESICAL	69
3.10. DRENOS: MANUTENÇÃO E LIMPEZA DO SISTEMA DE DRENAGEM – VÁCUO SANFONADO PORTOVAC. TROCA DE SELO D'ÁGUA DO FRASCO DE DRENAGEM TORÁCICA	76
3.11. ASSISTÊNCIA AO CLIENTE COM LESÃO DE PELE	81
3.12. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	93
3.13 PREPARO DO CORPO PÓS-MORTE	115

Prefácio

A Enfermagem é FUNDAMENTAL. Escrito no calor dos fundamentos da Enfermagem Moderna esta afirmativa acompanha o âmago do livro *“Práticas básicas de enfermagem e o uso de simulação clínica”*, sobretudo quando caracteriza os contornos ambientais do Laboratório de Habilidades da Universidade Federal de Roraima (UFRR) reconhecendo na sua ocupação por professores e estudantes a indissociabilidade entre teoria e prática.

Além disso, posiciona as simulações no campo pedagógico como uma potente estratégia para formação de enfermeiros. Isso porque amplia os discursos sobre ensinar-aprender o saber-fazer da Enfermagem, numa aposta que se movimenta no reconhecimento de competências que tocam a estruturação do raciocínio clínico, o trabalho em equipe, a humanização das ações, a segurança no cuidado e o fortalecimento das habilidades técnicas.

Aqui, coloca-se em destaque o resgate do instrumento básico do cuidar: “habilidade e destreza manual”. Os autores e colaboradores da obra, representados por docentes e discentes, altamente implicados no exercício da Enfermagem, mergulham nas práticas de cuidar e, ao romperem com as fronteiras intelectuais do saber sistematizam de forma objetiva um conjunto de movimentos e ações protagonizados cotidianamente por enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem.

Trata-se de um livro de Enfermagem e para a Enfermagem. Idealizado a partir do que é identificado no ensino, suas palavras convocam a um exercício prático dos profissionais da Enfermagem; a partir de um saber racional, representado pelo corpo anatômico, biológico, fisiológico que é manipulado tecnicamente. Por outro lado, os capítulos extrapolam a dimensão orgânica e imbrica pelas pontes conceituais do sensível, capazes de acessar o corpo cuidado que reage a cada intervenção, se emociona, fala, comunga a vida e/ou clama por respeito após a morte.

Razão e emoção incorporada na matriz do cuidado instrumental do ser humano confirmam a responsabilidade ética, estética, política e humanística da obra com a profissão Enfermagem. Pensando nos clientes que serão cuidados e como ajudá-los em situações de saúde e de doença a leitura de cada parágrafo torna-se um apreciável

convite para adentrarmos nos espaços laboratoriais e vivermos, juntos, simulações que retratam a realidade do cuidado de Enfermagem.

Nesta linha, desafio o leitor a aceitar o convite para entrar no espaço de habilidades orientado pelas acepções postas nesta obra. Sim, corra os riscos no plano coletivo de fazer e sentir as experiências produzidas nas simulações clínicas de cuidar e ser cuidado. Espero que os recortes das realidades simuladas ‘grudem’ em seu imaginário e suscitem o desejo de cuidar com responsabilidade respeitando os atos e princípios da Enfermagem.

Por essa razão, julgo importante ainda, aliar a estas palavras primeiras os enunciados *nightingaleanos*. Certamente, suas dimensões teorizantes sobre ambiente cercam toda a obra como forma de reforçar a Enfermagem como uma “*ciência-em-vias-de-se-fazer*” como discorre a Professora Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery: Dra. Vilma de Carvalho.

Um livro identitário, que instiga questões práticas do cuidado, convoca os protagonistas da Enfermagem a saírem da sua zona de conforto e ultrapassem os limites convencionais do ensino de procedimentos. Nesse sentido, o tempo presente nos desloca, a pandemia nos tornou nômades junto aos encontros laboratoriais. As medidas de biossegurança contra a COVID-19 restringiram as experiências simuladas e os olhares mais do que nunca viraram objetos de comunicação para uma profissão que cuida.

As práticas de cuidar foram (re) significadas e emergem nesta obra como base fundamentada que ultrapassa os limites do laboratório universitário da UFRR com forte potencial para expansão para os cenários do cuidado de Boa Vista - Roraima. Trata-se de saberes e fazeres dos quais sinto-me honrado por escrever as palavras primeiras. Assim, sublinho minha gratidão e admiração a todas as mãos que coletivamente tornaram esta belíssima obra possível e reitero sua FUNDAMENTAL importância para enfermagem do extremo norte do Brasil.

Dr. Paulo Sérgio da Silva

Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Roraima

Capítulo I

Conhecendo o laboratório de enfermagem da UFRR

Neste capítulo é apresentada a estrutura física e normativas do laboratório de enfermagem da Universidade Federal de Roraima, possibilitando aos leitores e alunos do curso uma aproximação com o campo de práticas/treinamentos a ser utilizado no decorrer do curso.

“conhecer o campo é preciso”

1.1. ESTRUTURA FÍSICA E RECURSOS MATERIAIS

O Laboratório de Enfermagem funciona dentro do Centro de Ciências da Saúde – CCS da UFRR, no Departamento de Enfermagem, bloco VI. É uma área destinada a dar suporte aos estudantes no processo de ensino-aprendizagem.

No laboratório, o estudante tem a possibilidade de unir teoria e prática, além de vivenciar uma breve imersão na realidade profissional. Por meio disso, é possível que o estudante fixe técnicas e procedimentos, além de desenvolver seu raciocínio clínico.

O laboratório conta com a presença de peças anatômicas, manequins em tamanho real, medicamentos, maca, leito e outros itens necessários às práticas de enfermagem. Além disso, é no laboratório que acontece o primeiro contato do acadêmico com os materiais e práticas que a profissão exige.

Figura 01- Área para simulação de banho no leito



Fonte: Acervo de monitores, 2021

Figura 02 – Manequins em tamanho real para transporte de pacientes.



Fonte: Acervo de monitores, 2021

Figura 03 – Peças anatômicas para aperfeiçoamento da punção venosa.



Fonte: Acervo de monitores, 2021

Figura 04– Área destinada à prática da lavagem das mãos.



Fonte: Acervo de monitores, 202

Equipamentos fixos

- ❖ Bancadas;
- ❖ Pia com duas cubas;
- ❖ Negatoscópio (2 unidades);
- ❖ Torneiras (2 unidades);
- ❖ Saboneteira giratória (2 unidades);
- ❖ Tomadas 110v;
- ❖ Dispensador de papel toalha;

Equipamentos Móveis

- ❖ Cama hospitalar (1 unidade);
- ❖ Carrinho de parada cardíaca (1 unidade);
- ❖ Armário para guardar medicamentos (3 unidades);
- ❖ Mesa Mayo (2 unidade);
- ❖ Balança antropométrica (1 unidade);
- ❖ Balança digital (1 unidade);
- ❖ Aspirador de secreções (1 unidade);
- ❖ Suporte de soro hospitalar (16 unidades);
- ❖ Lixeira com pedal;

Equipamentos para simulação das habilidades práticas

Peças anatômicas

- ❖ Braço para punção venosa (13 unidades);
- ❖ Simulador de parto vaginal (2 unidades);
- ❖ Simulador de habilidades ginecológicas – pelve para toque (1 unidades);
- ❖ Bonecos
- ❖ Bebê para reanimação (2 unidades)

-
- ❖ Manequim para procedimentos (sondagem vesical, aspiração traqueal, curativos, banho no leito) (1 unidade);
 - ❖ Manequim para RCP adulto (1 unidade);
 - ❖ Esqueleto humano (4 unidades)

Materiais de consumo

- ❖ Seringa;
- ❖ Agulha;
- ❖ Scalp;
- ❖ Jelco (abocath);
- ❖ Sonda vesical (SVD);
- ❖ Sonda nasogástrica (SNG);
- ❖ Sonda nasoenteral (SNE);
- ❖ Sonda para aspiração traqueal;
- ❖ Gaze;
- ❖ Faixa crepe;
- ❖ Campo fenestrado;
- ❖ Soro;
- ❖ Equipo;
- ❖ Esparadrapo;
- ❖ Micropore;
- ❖ Pinça;
- ❖ Tesoura;
- ❖ Lâmina de bisturi;
- ❖ Máscara;
- ❖ Avental descartável;
- ❖ Gorro descartável;
- ❖ Óculos para proteção

Materiais para procedimentos

- ❖ Cuba de rim

-
- ❖ Cuba redonda
 - ❖ Cuba retangular
 - ❖ Papagaio
 - ❖ Comadre
 - ❖ Esfigmomanômetro
 - ❖ Estetoscópio
 - ❖ Termômetro de mercúrio

1.2. NORMAS DE FUNCIONAMENTO

Para um bom funcionamento de um laboratório é imprescindível seguir as normas e rotinas. O seu uso deve ser feito com responsabilidade, sabedoria, comprometimento e disciplina para que o mesmo atenda o seu objetivo maior, o ensino didático. Assim, foram instituídas Normas que deverão ser seguidas por todos os usuários.

1.2.1 Permitida a utilização do laboratório de Enfermagem:

- I. Por Professores do CCS;**
- II. Pelo Técnico de laboratório do CCS;**
- III. Pelos acadêmicos do CCS;**
- IV. Profissionais de enfermagem e acadêmicos de outras instituições, mediante aprovação da coordenação do curso.**

1.2.2 Usar o jaleco de mangas longas, sempre que estiver dentro de um laboratório, mesmo que não esteja trabalhando;

1.2.3 Utilizar os equipamentos de proteção individual (luvas, touca, gorro, máscara, óculos, etc.), de acordo com a orientação do Professor, Técnico ou monitor responsável;

1.2.4 Não é permitido utilizar adornos, atender celular, manusear lente de contato, beber, comer, fumar ou aplicar cosméticos dentro do laboratório, em decorrência do alto risco de contaminação (NR - 32.2.4.5);

1.2.5 Utilizar roupas e calçados adequados que proporcionem maior segurança, tais como: calças compridas e sapatos fechados e impermeáveis;

-
- 1.2.6 Não será permitida entrada no laboratório trajando shorts, minissaias, camiseta tipo regata, chinelos e bonés;**
- 1.2.7 Estar com cartão de vacina em dia, em cumprimento a NR - 32.2.4.17;**
- 1.2.8 Para utilização de produtos químicos ou qualquer equipamento, é necessário auxílio e autorização dos professores, técnicos ou monitores;**
- 1.2.9 Manter sempre limpo o local de trabalho, evitando obstáculos que possam dificultar as aulas práticas;**
- 1.2.10 Não deixar sobre a bancada frascos abertos e material espalhado;**
- 1.2.11 Na presença de ferida exposta em membros superiores seguir as orientações da NR 32.2.4;**
- 1.2.12 Comunicar a coordenação e/ou administração do Laboratório qualquer anormalidade e/ou acidentes ocorridos no recinto, relatar em formulário próprio;**
- 1.2.13 Cada equipe é responsável pelo seu material. Portanto, ao término de uma aula prática, tudo o que você usou deverá ser limpo e guardado em seus devidos lugares manter o laboratório em ordem;**
- 1.2.14 Não fazer uso de materiais ou equipamentos que não fazem parte da aula prática;**
- 1.2.15 Todo material disponível no laboratório é de uso exclusivo para as aulas práticas, não sendo permitida a prática de brincadeiras com os mesmo;**
- 1.2.16 As atividades devem ser desenvolvidas com responsabilidade e profissionalismo;**
- 1.2.17 Realizar o estudo em tom de voz baixo para não atrapalhar os colegas;**
- 1.2.18 É proibido tirar fotos dentro do laboratório;**
- 1.2.19 Os pertences dos usuários nas dependências do laboratório são de inteira responsabilidade dos seus portadores; A equipe de trabalho não será responsabilizada por quaisquer danos aos materiais dos usuários;**
- 1.2.20 O não cumprimento destas normas poderá acarretar punição ao discente – de acordo com as penalidades previstas na Resolução nº 006/2007-CUNI, Regimento Geral**

da UFRR. Ao servidor, as questões disciplinares serão tratadas na forma da Lei nº 8.112/90, ou outra que a suceda.

1.3. QUADRO DE PESSOAL

❖ **Coordenador do Laboratório:** coordena e desenvolve as normas de utilização do laboratório juntamente com o docente do módulo.

❖ **Técnico de Laboratório:** responsável em manter a organização e controle da entrada e saída de matérias, bem como organizar as planilhas e formulários referente ao uso do laboratório. Disponibilizar equipamentos e materiais, previamente solicitados por meio de formulário para realização de aulas teórico-práticas e monitorias.

❖ **Monitor:** cumprir e fazer cumprir os regulamentos, normas e rotinas do manual Normas e Rotinas do Laboratório de Enfermagem. Responsável por acompanhar os discentes em todas as atividades dentro do laboratório, dando suporte nos momentos de treinamento e individuais. O monitor deve zelar pelos bens permanentes e de consumo do laboratório, sempre utilizar e orientar o uso dos EPI (Equipamentos de Proteção Individual), cumprir e fazer cumprir os regulamentos, normas e rotinas do manual Normas e Rotinas do Laboratório de Enfermagem. Registrar no livro de controle as aulas práticas.

❖ **Docente:** cumprir e fazer cumprir os regulamentos, normas e rotinas do manual Normas e Rotinas do Laboratório de Enfermagem. Fornecer o cronograma do plano de ensino e lista de materiais a serem utilizados, informar qualquer alteração no cronograma de uso do laboratório, instrumentalizar os discentes para a aquisição de habilidades, destreza e agilidade através das técnicas descritas nos protocolos do Laboratório de Enfermagem, orientar e supervisionar os discentes nas aulas práticas.

❖ **Discente:** cumprir e fazer cumprir os regulamentos, normas e rotinas do manual Normas e Rotinas do Laboratório de Enfermagem. Agendar previamente por escrito com 48 horas de antecedência os dias e horários de estudos práticos individuais ou em grupos, sempre acompanhado por monitor ou técnico de laboratório. Não é permitido autoestudo desacompanhado. Zelar pelos bens permanentes e de consumo do laboratório.

Capítulo II

Uso de simulação clínica na formação do enfermeiro no extremo norte do Brasil

A simulação é uma tentativa de imitar as particularidades de uma determinada situação clínica, tem intuito de melhorar a compreensão e gestão dessa condição quando em um contexto real. Utiliza-se de um ambiente artificial para recriar uma situação real com o propósito de praticar, aprender, avaliar, testar e desenvolver a compreensão dos sistemas ou ações humanas. (MAZO et al, 2017)

Na Enfermagem, o ensino por meio da simulação de técnicas e procedimentos não é algo novo ou recente. Há muitos anos são utilizados bonecos, laranjas e outros artifícios em laboratórios para facilitar o ensino, sempre na tentativa de preparar o aluno para o contato com seu primeiro paciente real (GUIMARÃES et al, 2018).

Porém, a simulação clínica possui uma proposta de operacionalização distinta, que busca instigar a reflexão do estudante a partir de seus atos e de seus conhecimentos, ultrapassando a repetição de ações demonstradas pelo professor, tornando-se assim o centro do processo de ensino que é apoiado e mediado pelo professor. São utilizados casos clínicos fictícios, que levam o aluno a primeiro identificar necessidades para só então executar práticas assistências, tornando o exercício da enfermagem menos mecânico (GUIMARÃES et al, 2018).

A partir do ano de 2010, os estudos que destacavam os benefícios da simulação clínica ganharam destaque, especialmente em Países como Estados Unidos, Austrália e Reino Unido. É importante considerar que essa estratégia tem sido utilizada em diversos contextos do ensino de Enfermagem, tanto na graduação como na pós-graduação e também na educação permanente e continuada. No Brasil, é possível identificar o seu uso também no nível médio e na formação de técnicos de enfermagem (COSTA et al, 2018a).

Além disso, as instituições de ensino têm buscado cada vez mais formar profissionais preparados para a prática, pensando especialmente na contemplação das

necessidades do Sistema Único de Saúde. E para que isso aconteça, novos arranjos pedagógicos vem ganhando espaço, com a utilização de estratégias de ensino e aprendizagem mais participativas, integração entre disciplinas e inserção em cenários diversificados de prática profissional desde as séries iniciais. Entre as estratégias utilizadas para a promoção do ensino crítico e reflexivo está a simulação clínica (CAZAÑAS et al, 2021).

Dessa forma, neste capítulo estão descritos os benefícios do uso da simulação clínica no ensino de enfermagem em uma Universidade Federal do extremo norte do país, a partir da experiência docente nas disciplinas Fundamentos de Enfermagem, Semiologia e Semiotécnica.

2.1 COMO A SIMULAÇÃO É REALIZADA EM NOSSO LABORATÓRIO

A técnica é aplicada ao módulo de Práticas do Cuidar. O módulo em questão é composto por três disciplinas da grade de enfermagem, que são: Fundamentos de Enfermagem, Semiologia e Semiotécnica, com carga horária total de 250 horas, das quais 150 horas são práticas.

O principal objetivo do módulo é o desenvolvimento de habilidades técnicas necessárias ao desempenho prático da profissão, bem como desenvolver raciocínio clínico e investigativo, determinando o papel da enfermagem frente as necessidades humanas básicas, utilizando os instrumentos básicos de enfermagem no cuidado ao cliente.

O método vem sendo aplicado no módulo desde o ano de 2017, e seguiu até ser interrompido pela necessidade de adequação ao ensino remoto emergencial em 2020, onde através de casos clínicos reais ou fictícios os alunos devem identificar as necessidades fundamentais do paciente e desenvolver a assistência de enfermagem com base no conteúdo teórico-prático trabalhado previamente.

A simulação foi escolhida como método central de avaliação para este conteúdo pois tem sido utilizada como ferramenta de ensino para alunos da graduação em vários cursos da área da saúde, e por apresentar inúmeras vantagens, entre elas a de propiciar vivência de um caso-cenário próximo do real antes do contato direto com o paciente, evitando a exposição do mesmo, e propiciando ensino em formato ético e profissional.

As simulações foram realizadas utilizando-se de uma adaptação das dimensões da aplicação e detalhamento do “*The future vision of Simulation in Health Care*” (GABA, 2004). Para tanto, utiliza-se como tecnologia manequins de baixa e alta fidedignidade e ainda a participação de alunos monitores no papel de clientes (atores), especialmente nos casos que requeriam maior interação entre profissional/cliente. Quanto ao tipo de participação do aluno utilizou-se da técnica de participação direta, com interação verbal e prática, devendo o aluno explicar o procedimento durante a execução. E quanto ao método de feedback utilizado foi o de pós-simulação, onde docente e discente analisavam os pontos de fragilidade na execução dos procedimentos.

Durante o desenvolvimento da simulação são observados pelo docente alguns critérios preestabelecidos que visavam identificar as fragilidades e os pontos fortes de cada aluno. Nota-se na composição dos itens de avaliação (quadro 1) que a ideia da simulação vai além da execução de um procedimento técnico, considerando que se buscou analisar o comportamento do discente perante cada caso, respeitando a assistência de enfermagem em uma visão holística e no cuidado integral.

Item	Descrição
1	Raciocínio clínico
2	Conhecimento da Técnica
3	Destreza Manual
4	Respeitar os princípios da Biossegurança
5	Respeitar os princípios do cuidado humanizado
6	Interação entre a dupla (trabalho em equipe)
7	Anotações de Enfermagem

Quadro 1. Itens que compuseram a avaliação dos alunos durante a realização da simulação

As Simulações possuem três momentos fundamentais, que são a pré-execução, a execução e a pós execução. No momento pré-execução, o docente fica responsável pela elaboração dos casos clínicos, que versam sobre os temas abordados previamente (ex: exame físico geral e específicos, avaliação antropométrica e nutricional, Sinais Vitais, Cateterismos, Sondagens, assistência nas lesões de pele, etc) e em seguida o laboratório é preparado com materiais e equipamentos necessários para execução de todos os casos em questão, de maneira a simular uma unidade

hospitalar ou ambulatorial. Os alunos monitores recebem orientações sobre sua atuação enquanto cliente (ator) e avaliador em cada caso.

Já o momento de execução da simulação é dividido em 3 etapas, sendo: 1) o sorteio do caso clínico; 2) Análise do caso para determinação do procedimento; e 3) Execução do procedimento. Ao receber o caso clínico os alunos têm um tempo de até 5min para identificação das necessidades do paciente e posteriormente 20min para execução dos procedimentos. A avaliação dos alunos é realizada por até 2 docentes e conta ainda com a participação de alunos monitores, que auxiliam na observação e na manutenção e reposição dos materiais e equipamentos a serem utilizados em cada caso.

O momento pós-execução é realizado de maneira individual onde discente e docente procedem a leitura do caso clínico e identificam os itens de fragilidade.

2.2 PRINCIPAIS RESULTADOS ENCONTRADOS COM A APLICAÇÃO DA SIMULAÇÃO

Os resultados observados versam sobre 5 eixos fundamentais, que são: 1) o desenvolvimento do raciocínio clínico; 2) o desenvolvimento de habilidades técnicas e manuais; 3) o desenvolvimento do cuidado humanizado; 4) a compreensão das relações do cuidado seguro; e 5) o desenvolvimento do trabalho em equipe. Desta forma são aqui abordados conforme as observações correspondentes.

2.2.1 Desenvolvimento do raciocínio clínico

Observou-se que a participação dos alunos nas simulações auxiliou no desenvolvimento da capacidade de pensar, no raciocínio, no uso da informação para aquisição de conhecimento e na tomada de decisão, estimulando o desenvolvimento do raciocínio clínico. À medida que os casos clínicos contemplavam uma maior gama de necessidades ao cliente, os discentes se forçavam a buscar uma atuação holística.

Na prática de enfermagem o raciocínio clínico conduz a construção dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e cuidados, que foram determinados neste estudo pela execução do procedimento técnico.

O processo de pensamento que leva ao raciocínio clínico deve ocorrer em todas as fases do processo de enfermagem, devendo o profissional reconhecer as evidências da situação que está investigando; diferenciar uma situação de outra similar ou parecida; e concluir o seu pensamento a partir de dois ou mais juízos relacionados, previamente conhecidos (LUNNEY, 2003).

Para Carvalho, Oliveira-Kumakura e Moraes (2016) estimular o raciocínio desde a tenra idade e o raciocínio clínico desde o início das atividades acadêmicas contribui para se ter gerações com maior desempenho nas habilidades imprescindíveis para o bom desempenho profissional e nas decisões da vida diária.

2.2.2 Desenvolvimento de habilidades técnicas e manuais

Podemos dizer que o erro é fundamental para o desenvolvimento das habilidades manuais, haja vista que é através dele que se reconhece a necessidade de aperfeiçoamento. No uso da simulação o erro pode ser visto, então, como ferramenta sensível ao fortalecimento das habilidades manuais do aluno, considerando a oportunidade de reflexão sobre erro e condições de aprimoramento.

Nas observações deste estudo foi percebido que os alunos buscavam estratégias de aprimoramento das técnicas ao aplicar os descritos na literatura e as explicações do docente, utilizando o senso crítico, os materiais disponíveis e as necessidades do cliente, sem prejuízo os preceitos éticos e da biossegurança, já apontando indícios do bom uso da adaptabilidade tantas vezes necessária aos profissionais de enfermagem.

Além disso, observou-se que a possibilidade de repetir, vivenciar e experimentar as situações simuladas, quantas vezes forem necessárias, garantiu ao aluno aprender, refletir e também avaliar seu desempenho, postura e atitudes diante de cada caso.

Com resultados similares a este, o estudo de Presado (2018) apontou que os alunos descreveram o uso da simulação como promovedor do aprimoramento dos reflexos, da percepção, das habilidades físicas, dos movimentos aperfeiçoados e da comunicação não-verbal, em técnicas como a administração de terapêutica.

Sabemos que o momento mais esperado pelo aluno do curso de enfermagem é o primeiro contato com seu paciente, no entanto esse pode se tornar um momento de

grande frustração caso o aluno não esteja devidamente preparado. Por isso, a garantia de um contato não real pode ser tão valiosa, permitindo ao aluno se enxergar como parte do processo mesmo antes de estar de fato diante dele.

2.2.3 Desenvolvimento do cuidado humanizado

Além do desenvolvimento das habilidades manuais no exercício das técnicas, o uso da simulação possibilita as reflexões éticas e bioéticas, do cuidado humanizado, comunicação afetiva e trabalho em equipe (COSTA et al, 2018b).

Quando se exercita estratégias de comunicação junto ao desenvolvimento da técnica espera-se que o aluno consiga desenvolver habilidade de respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana, não fomentando a instrumentalização da pessoa humana, destacando princípios de igualdade, e a não discriminação.

Pressado (2018) aponta que essa etapa é importante para que se consiga interpretar o cliente além da apreciação dos seus sinais e sintomas, nunca perdendo de vista o todo que o cliente é ou integra. Já Costa et al (2018b) destacam que para que esse objetivo de formação seja alcançado deve-se oferecer estratégias de ensino que favoreçam a diversificação de técnicas/estratégias de ensino e aprendizagem.

Partindo dessa lógica, o que se observou nos resultados desse estudo foi que ao ter acesso ao seu paciente fictício os alunos eram capazes de conduzir uma comunicação efetiva, entendendo o paciente como indivíduo e que possui necessidades que estão para além de seus diagnósticos. Por vezes era possível notar que os alunos produziam diálogos longos enquanto realizavam os procedimentos, fomentando a aproximação e a relação de confiança entre profissional/paciente.

O exercício da enfermagem tende a ser tornar mecanizado, pelo excesso de demandas e repetição, muitas vezes até mesmo a execução da prática parece não ter sentido, quando não atrelada o raciocínio clínico. Essa conduta pode tornar o cuidado desenraizado de humanidade, como se o profissional esquecesse seu lado humano que o faz capaz de estabelecer relações. Daí a importância de implementação dessa estratégia de avaliação durante o uso da simulação, a proposta é que o aluno seja capaz de interrelacionar seu cuidado a humanização de maneira constante.

2.2.4 compreensão das relações do cuidado seguro

No que se refere ao cuidado seguro o que se observou no estudo foi que a possibilidade de repetição dos eventos garantia aos alunos um maior tempo de raciocínio e busca pelo uso de equipamentos de proteção individual de maneira adequada e segura, o que por vezes pode ser ignorado na assistência real, considerando os inúmeros fatores de interferência assistencial, tais como superlotação, pressa, hábitos inadequados e outros.

Ao se considerar o cuidado seguro como critério avaliativo embute-se no aluno a capacidade de elaboração de uma nova estrutura lógica para realização do cuidado, ele passa a considerar aquele como uma das etapas atreladas ao procedimento, minimizando as falhas. E ao ser dado a ele o direito ao erro e a repetição, espera-se que o processo se torne cada vez mais autônomo.

2.2.5 desenvolvimento do trabalho em equipe

O desenvolvimento da habilidade de trabalhar em equipe demanda alta complexidade de saberes, isto porque envolve diversas outras habilidades e atitudes por parte de todos os seus integrantes, sem deixar de considerar a própria complexidade inerente ao ser humano. Cada um tem a sua cultura, motivações, satisfação pelo trabalho, dedicação, compromisso, elementos estes que impulsionam o trabalho em equipe (GUIMARÃESM et al, 2018).

Nesse sentido, essa habilidade precisa ser incentivada e exercitada tal qual as técnicas. No caso deste estudo o emprego do trabalho em equipe se deu ao estabelecer que os procedimentos seriam realizados em duplas, onde os alunos treinariam com suas duplas até desenvolverem sintonia necessária para execução dos procedimentos de forma conjunta. Juntos eles levantavam as necessidades e problemas de seus pacientes fictícios e faziam as intervenções necessárias.

Notadamente, precisavam se envolver mutuamente para garantir a execução correta da assistência e do procedimento. Dialogavam sobre as melhores condutas, sobre os materiais e insumos necessários e tranquilizavam um ao outro quando necessário. Muito embora fossem colegas de turma, o aprendizado foi estimulado de forma satisfatória.

2.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que no ambiente simulado, o aluno tem oportunidade de aprender fazendo, errando, refletindo sobre o erro, e assim constrói sua aprendizagem e fundamenta as suas habilidades. Além disto, a prática da simulação garante um processo avaliativo mais completo com etapas formativas e somativas.

As observações deste estudo contribuíram também para o uso das evidências científicas e o desenvolvimento do raciocínio clínico, como parte importante do processo formativo do enfermeiro. Assim, foi evidenciado que a simulação é uma ferramenta eficaz para ensino e proporciona maior segurança aos alunos durante a assistência, o que por sua vez, favorece o ensino da prática avançada em enfermagem.

No tocante as inovações, o estudo abre possibilidades de novos estudos que identifiquem a percepção dos alunos sobre o uso da simulação clínica, bem como avaliações que abordem à operacionalização da simulação clínica para grupos maiores de alunos e/ou instituições.

Capítulo III

Práticas básicas realizadas no laboratório de enfermagem

Neste capítulo são apresentadas as práticas desenvolvidas do módulo de práticas do cuidar, componente este que compreende 3 disciplinas do currículo da enfermagem, que são: Fundamentos de enfermagem, semiologia e semiotécnica.

3.1. CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR

O controle da glicemia capilar faz-se necessário não só para aqueles que apresentam sintomas claros de Diabetes Mellitus (DM), mas também é fundamental para uma captação precoce de assintomáticos.

Assim, esse procedimento tem como objetivo mensurar de forma rápida e eficaz o nível de glicose no sangue, bem como controlar a glicemia nos portadores de DM (XAVIER; PRUDENTE. 2016).

Materiais Necessários

- ❖ Bandeja;
- ❖ Glicosímetro;
- ❖ Tiras reagentes para glicose, específica ao aparelho utilizado no momento;
- ❖ Lanceta com trava retrátil;
- ❖ Luvas de procedimento;
- ❖ Algodão ou gaze não estéril;
- ❖ Frasco com álcool a 70%;
- ❖ Caneta e papel para anotação do resultado ;
- ❖ Caixa para descarte de material contaminado;
- ❖ Prontuário do paciente.

Procedimento

- 1. Higienizar as mãos com água e sabão;**
- 2. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;**
- 3. Preparar o material e organizar a bandeja;**
- 4. Conferir a prescrição médica, o horário em que deve ser feito o controle, o nome do paciente, enfermaria e leito;**
- 5. Orientar o procedimento ao cliente;**
- 6. Realizar higienização das mãos com álcool gel a 70%;**
- 7. Calçar as luvas de procedimento;**
- 8. Escolher com o cliente, se possível, o local para punção digital;**
- 9. Realizar a antisepsia do local onde será realizada a punção digital com o algodão embebido em álcool a 70%. Aguardar secar;**
- 10. Conectar a tira reagente no glicosímetro;**
- 11. Segurar a lanceta sem tampa e fazer uma leve pressão na face lateral da polpa digital de modo a favorecer o seu enchimento capilar, em seguida lancetar o dedo e obter uma gota suficiente para preencher o campo reagente;**
- 12. Aproximar a tira reagente e deixar cair sangue na tira reagente já conectada ao glicosímetro; caso não seja possível conseguir a gota de sangue, repetir o procedimento;**
- 13. Realizar uma leve compressão no local puncionado com uma bola de algodão seca até hemostasia;**
- 14. Aguardar o resultado do glicosímetro;**
- 15. Auxiliar o cliente a manter-se posicionado confortavelmente;**
- 16. Informar o resultado obtido ao paciente;**
- 17. Recolher todo o material, deixar o quarto em ordem, desprezar a fita e a lanceta no coletor de perfurocortantes, e os outros materiais no expurgo;**
- 18. Limpar o glicosímetro com álcool a 70%;**
- 19. Retirar as luvas e lavar as mãos;**
- 20. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e guardar em local apropriado;**
- 21. Realizar higienização das mãos;**

22. Realizar a anotação de enfermagem registrando o valor obtido;

23. Checar a prescrição médica.

Lembretes

- Realizar rodízio nos locais de punção para evitar lesões na pele do cliente;
- Os resultados de glicemia são mensurados em mg/dl e devem ser anotados com esta unidade de medida;
- Ao abrir uma embalagem com tiras reagentes, deve-se anotar o dia de abertura e utilizar as tiras dentro dos quatro meses seguintes. Após esta data, deve-se descartar estas tiras. Verificar se a tira reagente está dentro do prazo de validade ou se aberta e deixada sem uso por mais de 4 meses (SOKEM, 2020).

Valores de referência

Hipoglicemia: inferior a 70 mg/dl;

Hipoglicemia grave: <54mg/dl;

Hiperglicemia: >140 mg/dl;

Valores normais

Jejum ou Pré-prandial = 65 a 100 mg/dl

Pós- prandial = 80 a 126 mg/dl

Exemplo de anotação de enfermagem

08:00 Paciente encontra-se no leito em decúbito lateral esquerdo. FC: 86 bpm, FR: 16 rpm. TEMP: 37 C°, SAT: 95, sem queixas. Posicionado para a realização de testagem glicêmica pré-prandial. Encontra-se hiperglicêmico (150 mg/dl). NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PROCEDIMENTO - COREN.

Vídeo explicativo:



[Controle de Glicemia Capilar | Sua Saúde na Rede](#)

3.2. TÉCNICA DE CALÇAR LUVA ESTÉRIL

As luvas estéreis são utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou invasivos que necessitem de técnicas assépticas. Por isso é importante que o calçamento das luvas seja feito de maneira cuidadosa e correta para que não haja contaminação (REFERÊNCIAS)

Materiais necessários

- ❖ Luva estéril do tamanho adequado para as mãos (6.0 – 9.0).

Procedimento

Calçar as luvas

1. Retirar adornos;
2. Higienizar as mãos;
3. Posicionar o pacote de luva em uma superfície limpa e apropriada (ex.: bandeja);
4. Abrir a embalagem por meio das abas sem tocar nas luvas;
5. Identificar as luvas da mão direita e esquerda;
6. Calçar primeiro a mão dominante, e com a ajuda da outra mão, vai pegar somente na parte interna da luva;
7. Puxando cuidadosamente e encaixando os dedos na luva, garantindo que o punho não enrole no braço;
8. Com a mão dominante já enluvada, deve segurar a luva da outra mão pela parte interna;
9. Introduzir a mão não dominante na luva de forma semelhante da outra;
10. Com as duas luvas calçadas, posicionar os dedos corretamente se necessário.

Descalçar Luvas

1. Retirar a luva de uma mão com o auxílio da outra puxando pelos dedos;
2. Colocar a luva na palma da mão que ainda está enluvada;

-
3. Colocar o indicador e polegar da mão que já está sem luva na parte interna da luva; com cuidado para não tocar na parte contaminada;
 4. Puxar a luva com os dedos, de dentro para fora e sem força para não rasgar;
 5. Descartar as luvas no lixo adequado.

Vídeo explicativo:



CALÇANDO LUVAS ESTÉREIS

3.3. OXIMETRIA E OXIGENOTERAPIA: MÁSCARA FACIAL, VENTURE, CATETER NASAL; ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS.

OXIMETRIA

A oximetria é um procedimento não invasivo, que utiliza o oxímetro para detectar os níveis de oxigênio arterial do paciente. Esse procedimento tem como objetivo detectar precocemente a hipoxemia e permitir monitorização contínua. Devido a presença de um eletrodo no oxímetro e o laser, que dele é emitido, é possível fazer essa medição. A oximetria não é invasiva, permite mostrar resultados instantâneos e contínuos, não necessitando de recalibração do aparelho para o próximo uso (DE SOUZA PESSANHA et.al., 2018). É mais comum de ser realizada nos dedos das mãos, mas também pode ser feita no lóbulo da orelha e dedos dos pés (CUSTÓDIO; FERRAZO, 2020).

Materiais necessários

- ❖ Oxímetro;
- ❖ Removedor de esmalte, se necessário;
- ❖ Algodão;
- ❖ Álcool a 70%.

Descrição do procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento;
3. Preparar material;
4. Limpar o sensor do oxímetro com o algodão embebido em álcool;
5. Acoplar o oxímetro no dedo médio ou polegar até obter resultado no visor;
6. Higienizar as mãos;
7. Fazer anotação de enfermagem.

Lembretes

- ❖ Aqueça o local que será utilizado para mensuração;

-
- ❖ Troque o dedo, em caso de má perfusão;
 - ❖ O esmalte altera a leitura do oxímetro, então fazer a sua retirada;
 - ❖ Valores normais esperados: 95% a 100% de SpO2 (CUSTÓDIO; FERRAZO, 2020).

Anotação de enfermagem

09: 00 Realizado oximetria de pulso em dedo anelar da mão esquerda, apresentou saturação de 96%. Nome do profissional que realizou o procedimento, nº do Coren.

OXIGENOTERAPIA: CATETER NASAL, MÁSCARA FACIAL E VENTURI

É a utilização de oxigênio para fim terapêutico, administrado em níveis acima da quantidade ofertada pelo ar ambiente (>21%) (BARBOSA, 2013). Tem como objetivo corrigir as concentrações de oxigênio tecidual, bem como promover a umidificação, facilitar a eliminação das secreções e permitir a broncodilatação (EBSERH, 2017).

Materiais utilizados

- ❖ Máscara facial/venturi ou cateter nasal adequado ao paciente;
- ❖ Fluxômetro de O2;
- ❖ Frasco umidificador;
- ❖ Água destilada;
- ❖ Oxímetro de pulso;
- ❖ Fonte de oxigênio;
- ❖ Luvas de procedimentos;
- ❖ Gazes;
- ❖ Conexão de látex;
- ❖ Esparadrapo;
- ❖ Gel Lubrificante.

CATETER NASAL

O cateter nasal é um tubo de plástico utilizado para ofertar quantidade entre 1 a 6 l/min de oxigênio suplementar. Pacientes que utilizam esse dispositivo, podem apresentar irritação nas narinas e na pele ao redor dos ouvidos. Antes da sua inserção, o cateter deve ser mensurado (BARBOSA, 2013; POTTER; PERRY, 2013).

Descrição do procedimento

1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar procedimento;
2. Realizar a oximetria no paciente;
3. Organizar e levar o material até o leito;
4. Higienizar as mãos;
5. Colocar luvas de procedimento;
6. Testar de saída de O₂;
7. Fazer instalação do fluxômetro na saída de oxigênio e conectá-lo ao umidificador;
8. Preencher 2/4 do frasco umidificador com água destilada, com volume de O₂ maior que 4 l/min, ou se paciente relatar desconforto;
9. Posicionar paciente em decúbito dorsal, com cabeceira elevada entre 30 e 45°;
10. Medir o cateter da ponta do nariz, indo em direção ao lóbulo da orelha;
11. Identificar tamanho com esparadrapo;
12. Introduzir cateter até a marcação;
13. Fixar o cateter sobre a testa ou face com micropore/adesivo/esparadrapo.
14. Conectar cateter a extensão, e estes, ao umidificador;
15. Ajustar volume a ser administrado;
16. Retirar material e organizar ambiente do paciente;
17. Higienizar as mãos;
18. Realizar anotação de enfermagem.

MÁSCARA FACIAL

As máscaras faciais podem ser de três tipos: simples, de reinalação parcial e não reinalante. A máscara facial simples pode ofertar de 5 a 10L/min de O₂, os pacientes que usam esse método podem apresentar desconforto e se recusarem a continuar a terapia.

A máscara de reinalação parcial fornece de 8 a 12 l/min de O₂, ideal para pacientes que precisam de grandes concentrações de oxigênio, a curto prazo. A máscara não reinalante ofertam de 10 a 15 l/min de O₂, os pacientes podem sentir desconforto. A diferença entre a máscara de reinalação parcial e a não reinalante é a presença de uma válvula presente na bolsa reservatório. É a válvula que impede a armazenagem do ar expirado pelo paciente, no reservatório (BARBOSA, 2013).

Descrição do procedimento

1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar procedimento;
2. Realizar a oximetria no paciente;
3. Organizar e levar o material até o leito;
4. Higienizar as mãos;
5. Colocar luvas de procedimento;
6. Testar saída de O₂;
7. Fazer instalação do fluxômetro na saída de oxigênio e conectá-lo ao umidificador;
8. Preencher 2/4 do frasco umidificador com água destilada, com volume de O₂ maior que 4 l/min, ou se paciente relatar desconforto;
9. Posicionar paciente em decúbito dorsal, com cabeceira elevada entre 30 e 45°;
10. Adequar porcentagem e fluxo de O₂ a ser ofertado;
11. Colocar máscara, cobrindo nariz, boca e queixo;
12. Passar elástico para trás da cabeça e pescoço, ajustando de maneira confortável;
13. Conectar máscara a extensão, e estes, ao umidificador;
14. Ajustar volume a ser administrado;
15. Retirar material e organizar ambiente do paciente;
16. Higienizar as mãos;
17. Realizar anotação de enfermagem.

MÁSCARA DE VENTURI

É um sistema que permite administração de grande concentração de oxigênio, porém esse fornecimento é controlado pelos diluidores/válvulas, liberando diferentes

concentrações de O₂. Nesse sistema o ar ambiente é misturado ao oxigênio suplementar. Muito indicada para pacientes com DPOC, que devido a mudanças estruturais dos alvéolos, passam a reter gás carbônico (BARBOSA, 2013).

Materiais necessários

Bandeja/carrinho contendo:

- ❖ Fluxômetro;
- ❖ Máscara de venturi;
- ❖ Extensor;
- ❖ Tubo extensor ou traqueia;
- ❖ Frasco umidificador;
- ❖ Água destilada;
- ❖ EPI: luva de procedimento.

Descrição do procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Dispor material na bandeja ou carrinho e transportar até o leito;
3. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
4. Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com cabeceira elevada entre 30 a 45°;
5. Fazer instalação do fluxômetro na saída de oxigênio;
6. Colocar água destilada no umidificador, até o nível indicado e conectá-lo à tubo extensor/traqueia;
7. Colocar luvas de procedimento;
8. Adequar porcentagem e fluxo de O₂ a ser ofertado;
9. Colocar máscara, cobrindo nariz, boca e queixo, colocando eficazmente;
10. Passar elástico para trás da cabeça e pescoço, ajustando de maneira confortável;
11. Conectar máscara ao extensor, e estes a fonte de oxigênio;
12. Ajustar volume a ser administrado, seguindo prescrição médica;
13. Retirar material e organizar o ambiente do paciente;

-
14. Higienizar as mãos;
 15. Realizar anotação de enfermagem.

Lembretes

- ❖ Reavaliar o paciente de 8/8hrs ou sempre que necessário;
- ❖ Verificar se há presença de irritação nas narinas ou na orelha do paciente;
- ❖ Manter o cateter nasal de O2, depois do uso, protegido por embalagem plástica, fazendo a desinfecção com álcool a 70% e descartando após alta hospitalar;
- ❖ Identificar sinais de toxicidade por O2 como dispnéia, agitação psicomotora, fadiga, mal estar, infiltrado alveolar.

Anotação de enfermagem

9h - Apresentou dispneia e dessaturação de 89%, instalado cateter nasal de O2 a 5L/min, segundo prescrição médica. NOME DO PROFISSIONAL, COREN.

14h- Mantendo oxigenação por máscara de venturi a 7L/min, saturando 92%, feito troca do frasco umidificador. NOME DO PROFISSIONAL, COREN.

ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS

Aspiração endotraqueal é realizada com a finalidade de retirar secreções da nasofaringe (nariz), orofaringe (boca) ou traqueia (traqueostomia), por meio da sucção utilizando uma sonda. É realizada quando o paciente não tem condições de expelir de forma independente a secreção pulmonar. Esse procedimento permite a permeabilidade das vias aéreas, superior e inferior, conseqüentemente melhorar a ventilação pulmonar. É indicada quando o paciente apresenta exaustão e fraqueza da musculatura ventilatória, incapacidade para tosse, fraqueza, dor, confusão mental e atelectasia (COREN, 2012).

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- ❖ Fonte de ar comprimido;

-
- ❖ Válvulas de aspiração;
 - ❖ Frasco coletor e extensor;
 - ❖ Cateter de aspiração de calibre apropriado;
 - ❖ Ampola de água destilada ou soro fisiológico;
 - ❖ EPI's: gorro, máscara, avental de manga longa, luva estéril, luva de procedimentos;
 - ❖ Toalha pequena ou forro impermeável;
 - ❖ Seringa de 3 ou 5 ml;
 - ❖ Cotonete;
 - ❖ Gaze estéril;
 - ❖ Dispositivo de ressuscitação manual (ambu) apropriado;

Descrição do procedimento

Passos comuns a todo tipo de aspiração

1. Higienizar as mãos;
2. Apresentar-se e explicar procedimento ao cliente e/ou acompanhante;
3. Colocar EPI's;
4. Posicionar cliente e ajustar cama em fowley ou semi-folwey;
5. Colocar sobre o tórax toalha ou forro;
6. Testar aspirador e ajustar pressão de sucção (adulto: 80 a 120 mmHg, criança: 80 a 110 mmHg, lactentes: 0 a 95 mmHg);
7. Realizar aspiração (naso, oro ou traqueal) - Procedimento mais detalhado abaixo;
8. Retirar EPI's;
9. Acomodar cliente;
10. Reorganizar ambiente do paciente;
11. Lavar as mãos;
12. Realizar anotação de enfermagem.

ASPIRAÇÃO ORO E NASOTRAQUEAL

-
1. Abrir embalagem do cateter e sem retirá-lo da embalagem, conectá-lo ao extensor;
 2. Abrir frasco de água destilada ou soro fisiológico 0,9%;
 3. Colocar luva de procedimento na mão não dominante, e calçar luva estéril na mão dominante, ou somente luva estéril se não houver luvas de procedimentos;
 4. Calcular distância do lóbulo da orelha até a narina;
 5. Se aspiração nasotraqueal: inserir sonda na narina com sucção desligada;
 6. Se aspiração orotraqueal: inserir cateter pela lateral da boca, indo em direção a traqueia;
 7. Para que seja aspirado, feche orifício de sucção com polegar, realizando movimentos circulares no momento da retirada do cateter, por 10 a 15 segundos;
 8. Após terminar a aspiração, inserir o cateter na ampola de água destilada ou soro fisiológico para limpar o trajeto do extensor;
 9. Aspirar a próxima narina, repetindo a mesma técnica;
 10. Na retirada da luva, envolver cateter em seu interior e desprezá-los.

Materiais necessários

- ❖ Kit de aspiração (sistema fechado);
- ❖ Colocar EPI's: máscara, óculos, avental de manga longa, luva de procedimento, luva estéril;
- ❖ Ampola de soro fisiológico ou água destilada;
- ❖ Gaze estéril;

ASPIRAÇÃO POR TUBO TRAQUEAL

1. Abrir embalagem do cateter e sem retirá-lo da embalagem, conectá-lo ao extensor;
2. Calçar luva de procedimento na mão não dominante e calçar luva estéril na mão dominante, ou somente luva estéril se não houver luvas de procedimentos;
3. Expor o cateter, segurando-o com a mão que está com a luva estéril, impedindo contaminação;
4. Ajustar pressão de sucção entre 80 a 120 mmHg;
5. Oxigene o paciente;

6. Introduza cateter até perceber resistência e retire o cateter girando-o, entre o indicador e o polegar, produzindo aspiração, por um período de 10 a 15 segundos;
7. Após terminar a aspiração, inserir cateter na ampola de água destilada ou soro fisiológico para limpar o trajeto do extensor;
8. Na retirada da luva, envolver cateter em seu interior e desprezá-los.

Lembretes

- ❖ Valores de referência na aspiração: adultos 80-120 mmHg, crianças 80 a 110 mmHg e lactentes de 0-95 mmHg;
- ❖ Não esquecer de verificar a coloração da secreção;
- ❖ Sequência da aspiração: traqueostomia>nariz>boca (menos contaminado para o mais contaminado);
- ❖ A aspiração de secreção é um procedimento estéril.

Anotação de enfermagem

11h - Realizado aspiração traqueal, secreção amarelada, acompanhada de sangue, presença de hiperemia discreta em pele peri-estoma. NOME DO PROFISSIONAL N° DO COREN.

Vídeos explicativos:



Aspiração Traqueal



Aspiração de vias aéreas superiores | Sua Saúde na Rede



OXIGENOTERAPIA

3.4. TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE: LEITO, CADEIRA, MACA

O transporte tem como objetivo realizar a transferência do paciente do leito para algum lugar específico, como por exemplo: a cadeira de rodas, a maca ou de volta ao leito. Este procedimento deve ser feito de forma eficiente e sincronizada para que não ocorra riscos de malefícios envolvendo deslocamentos ou quedas, principalmente em pacientes idosos que são mais suscetíveis a este tipo de acometimento (VOLPATO; PASSOS, 2018).

Materiais necessários

- ❖ Maca ou cadeira de rodas;
- ❖ Escadinha;
- ❖ Poltrona;
- ❖ Aparelho mecânico de mobilização/ Lençol móvel;
- ❖ Transfer; elevador de paciente (Jack).

Procedimento

Transferência do cliente do LEITO para MACA

1. Higienizar as mãos e colocar luvas de procedimento;
2. Orientar o cliente sobre o que será realizado;
3. Remover cobertores que estejam sobre o cliente, para melhor visualização;
4. Desprender o lençol móvel e abaixar as grades;
5. Parar infusão de dieta e medicamentos que estiverem sendo feitos no cliente;
6. Aproximar as bordas do leito com as bordas da maca;
7. Ter 2 profissionais do lado do leito e 2 profissionais do lado da maca;
8. Segurar o lençol móvel bem próximo ao cliente;
9. Em movimento **SINCRONIZADO**, realizar o procedimento de transferência;
10. Acomodar o cliente na maca e cobri-lo;
11. Elevar as grades;
12. Organizar a enfermaria e realizar a anotação de enfermagem;

CUIDADO! Antes de realizar o procedimento, sempre assegurar-se que o lençol de baixo ou móvel não esteja danificado.

TRANSFERÊNCIA DO CLIENTE DO LEITO PARA A CADEIRA DE RODAS

1. Higienizar as mão e colocar luvas de procedimento;
2. Orientar o cliente sobre o que será realizado;
3. Verificar as condições do cliente antes de realizar o procedimento;
4. Se necessário, chame auxílio;
5. Colocar a cadeira de rodas paralela ao leito, travar as rodas e elevar o descanso dos pés;
6. Elevar a cabeceira da cama;
7. Ficar de frente para o cliente e solicitar para colocar as mãos sobre o seu ombro (Ex: Pedir para o paciente que lhe abrace);
8. Verificar se o paciente não apresenta sinais de síncope (desmaio);
9. Movimento em sentido de rotação, para que o cliente se posicione de costa para a cadeira;
10. Auxiliá-lo a se acomodar na cadeira e ajustar o apoio dos pés;
11. Se necessário, colocar um travesseiro nas costas do paciente e cobri-lo;
12. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
13. Realizar anotação de enfermagem.

CUIDADO! Não esquecer de reiniciar as infusões de medicamentos e dieta se o paciente estiver usando.

Lembretes

- ❖ Caso o paciente for para exame, lavar a sonda enteral com água filtrada e o acesso venoso com SF ou Água destilada e mantê-los FECHADOS até o retorno.
- ❖ Ao estimular a saída do cliente do leito, aguardar alguns minutos com o cliente sentado para que possa observar sinais de síncope, lipotimia, dispnéia ou qualquer desconforto que prejudique o procedimento. Caso presente, interrompa a transferência, realize a anotação e comunique ao médico.

Exemplo de anotação de enfermagem

09h30 De alta da unidade intensiva, foi realizado a transferência do paciente do leito para a cadeira de rodas, encaminhado para a enfermaria 2 acompanhada também da irmã. Responsiva, com AVP (acesso venoso periférico) em MIE (membro inferior esquerdo) sem sinais flogísticos, recebendo SF 0,9%, normotensa, normocardia, SAT: 98%, afebril e sem queixas. NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PROCEDIMENTO - COREN.

Vídeo explicativo:



[Transporte de Paciente da Cama para a Maca | Sua Saúde na Rede](#)



[Transporte de Paciente da Cama para a Cadeira | Sua Saúde na Rede](#)

3.5. MUDANÇA DE DECÚBITO

A mudança de decúbito é o processo de mudança de posição que o paciente se encontra no estado atual, se decúbito dorsal, muda-se para decúbito lateral direito, ou esquerdo; ou decúbito ventral. Deve ser realizada a cada 2 ou 3 horas , após permanência do paciente na mesma posição. É indicado a todos os pacientes com limitações físicas ou restritos ao leito, impossibilitados de fazerem isso sozinho (LINHARES, 2020; VOLPATO; PASSOS, 2018). Esse procedimento tem como objetivo reativar a circulação local, diminuir a pressão tecidual sobre a proeminência óssea, prevenir lesão por pressão, impedir e ajudar na eliminação de secreções brônquicas e traqueal, bem como proporcionar conforto ao paciente (VOLPATO; PASSOS, 2018).

Materiais necessários

- ❖ Luvas de procedimento;
- ❖ Travesseiro;
- ❖ Coxins;
- ❖ Suporte para apoiar os pés.

Procedimento

A mudança de decúbito pode ser realizada obtendo-se 3 tipos de decúbito: o decúbito dorsal, lateral (esquerdo ou direito) e o decúbito ventral.

Passos em comum, presentes em todas as mudanças de decúbito:

1. Higienizar as mãos;
2. Apresentar-se e explicar procedimento ao cliente e/ou acompanhante;
3. Colocar luvas de procedimentos;
4. Parar e liberar os fios dos equipos e equipamentos (SNG, cabos de monitor cardíaco, manguito, cabo de oxímetro) entre outros;
5. Baixar grades de proteção;
6. Trocar roupa de cama, se necessário;
7. REALIZAR A MUDANÇA DO DECÚBITO (acompanhar detalhadamente o decúbito nos próximos textos);

-
8. Religar equipos e cabos de monitores, que foram desligados antes do procedimento;
 9. Acompanhar estabilidade hemodinâmica;
 10. Elevar as grades de proteção;
 11. Manter contenção, se necessário;
 12. Manter ambiente em ordem;
 13. Retirar as luvas de proteção;
 14. Realizar registro de enfermagem.

MOVIMENTAÇÃO DO PACIENTE PARA O DECÚBITO LATERAL

1. Reposicionar o paciente para um dos lados da cama;
2. Flexionar os joelhos do paciente;
3. Colocar mão sobre o quadril e a outra mão sobre o ombro e virá-lo para o lado esquerdo ou direito, deixando o paciente no centro da cama;
4. Colocar travesseiro sob a cabeça e pescoço;
5. Colocar travesseiro entre as pernas;
6. Semi flexionar os braços, mantendo o superior apoiado em um travesseiro/coxim, na altura do ombro, e o inferior apoiado no colchão;
7. Colocar coxim sob o ombro, dorso, joelho e tornozelo.

MOVIMENTAÇÃO DO PACIENTE PARA O DECÚBITO VENTRAL

1. Reposicionar o paciente para um dos lados da cama, virá-lo para o lado esquerdo ou direito (conforme a técnica do decúbito lateral) com braço superior esticado e o inferior sob o quadril; virá-lo. Posicionar abdômen no centro da cama;
2. Centralizar o paciente e posicionar a cabeça para um dos lados, colocando-a sobre um pequeno travesseiro;
3. Colocar os braços em flexão, na altura dos ombros;
4. Colocar travesseiro sob as pernas, elevando os pés.

MOVIMENTAÇÃO DO PACIENTE PARA O DECÚBITO DORSAL

1. Posicionar o cliente de costas;

-
2. Colocar travesseiro sob cabeça e pescoço;
 3. Alinhar cabeça e coluna vertebral;
 4. Colocar travesseiro sob os antebraços;
 5. Colocar coxim/travesseiro sob os joelhos;
 6. Colocar coxim/travesseiro abaixo dos tornozelos, elevando os calcanhares;

Lembretes

- Evite que o paciente desenvolva o pé equino deixando calcanhares livres, colocar coxim sob as penas e um suporte no solado dos pés;
- Pedir colaboração do paciente, respeitando seus limites, e de seu acompanhante;
- Faça a mudança de decúbito acompanhada de outro profissional;
- Faça movimentos firmes e seguros, com apoio total da mão sob a região;
- Mantenha uma boa postura durante a movimentação, com pés separados, paralelos e joelhos semi flexionados (VOLPATO; PASSOS, 2018).

Exemplo de anotação de enfermagem

09:30 Realizado mudança de decúbito para lateral E, colocado coxim sob ombro, joelhos e tornozelo, e travesseiro entre as pernas . NOME DO PROFISSIONAL COREN.

POCKET AULA



Técnicas de conforto, mudança de decúbito, contenção

3.6. HIGIENE DO CLIENTE

Manter o paciente limpo é primordial para a melhora do quadro clínico, além de melhorar a autoestima, promover autocuidado e evitar infecções. A cultura e o bem-estar do paciente irão influenciar diretamente nesse cuidado, e um dos objetivos da equipe de enfermagem é propiciar essa educação em saúde, prevenção de outras doenças e infecções (VOLPATO, PASSOS; 2018).

TRICOTOMIA

A tricotomia consiste em um procedimento de remoção de pêlos, a fim de ampliar a visão antes de algum procedimento (SOKEM; 2014).

Material

- ❖ Bandeija;
- ❖ Tesoura com ponta redonda;
- ❖ Compressa não estéreis;
- ❖ Gazes não estéreis;
- ❖ Lâmina de barbear ou tricotomizador;
- ❖ Sacos de lixos;
- ❖ Luvas de procedimento;
- ❖ Biombo se necessário;
- ❖ Bacia com água morna;
- ❖ Sabonete líquido;
- ❖ Toalha.

Procedimento

1. Higienização das mãos;
2. Conferir necessidade de tricotomia em prescrição médica;
3. Separar material e levar para próximo ao paciente;
4. Orientar o paciente sobre o procedimento e sua necessidade;
5. Utilizar biombo, se necessário;

-
6. Expor apenas área que será tricotomizada;
 7. Cortar pêlos longos com tesoura e desprezá-los no saco de lixo;
 8. Umedecer a compressa e aplicar sabonete líquido. Ensaboar a região para facilitar a retirada;
 9. Esticar a pele adjacente com uma tração suave em direção oposta a que será feita a tricotomia. Com a mão dominante, aplicar o tricotomizador ou lâmina no sentido do pêlo;
 10. Remover pêlos da lâmina ou tricotomizador com gaze seca, desprezando a gaze no lixo;
 11. Observar se todos os pelos foram retirados;
 12. Lavar o local com a compressão ensaboada. Secar com toalha. Se cliente independente, orientá-lo;
 13. Reposicionar o cliente;
 14. Organizar o local, desprezar lixos e materiais no expurgo. Desprezar as lâminas em local adequado;
 15. Retirar as luvas e realizar a lavagem das mãos;
 16. Realizar a anotação de enfermagem.

Observação

- ❖ Este procedimento só deverá ser realizado se for estritamente necessário.
Exemplo: cirurgias
- ❖ Deve ser realizado no máximo 2 horas antes da cirurgia;
- ❖ Em caso de recusa do paciente, comunicar ao médico;
- ❖ Utilizar a lâmina apenas se não houver o tricotomizador.

Anotação de enfermagem

09h00 Realizado tricotomia com tricotomizador elétrico. Paciente não apresentou alergias, porém queixa-se de prurido na região tricotomizada. Procedimento realizado sem intercorrências. ENFERMEIRO (A) QUE REALIZOU O PROCEDIMENTO, COREN.

UTILIZAÇÃO DA COMADRE E PAPAGAIO

Em pacientes que obtém necessidade de auxílio ou para a equipe de enfermagem poder mensurar a quantidade, odor e aspecto das eliminações fisiológicas (VOLPATO, PASSOS; 2018).

Materiais

- ❖ Biombo;
- ❖ Comadre e/ou urinol (papagaio);
- ❖ Papel toalha ou papel higiênico;
- ❖ EPI.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Separar material;
3. Orientar o paciente sobre os materiais utilizados;
4. Colocar EPIs;
5. Colocar o biombo ao redor do leito do paciente;
6. Em caso de utilização de comadre, lateralizar o paciente e ajustar a comadre as nádegas, virando-o em cima da comadre, para retirar deve realizar da mesma forma;
7. Para o papagaio, despir o paciente e colocar o urinol em seu pênis de forma que a urina não reflua e permitir a micção;
8. Para pacientes independentes, orientá-lo;
9. Auxiliar o paciente em sua higiene íntima se necessário;
10. Desprezar o conteúdo, observando suas características;
11. Manter o local organizado, retirar EPIS e higienizar as mãos;
12. Realizar a anotação de enfermagem.

Observações

- ❖ O papagaio e a comadre são de uso individual e após a eliminação deve passar por um procedimento de desinfecção antes de ser utilizado por outro paciente;
- ❖ A micção feminina deverá ser feita também na comadre.

Anotação de enfermagem

10h00 Paciente relatou desejo de evacuação.

10h05 Apresentou um episódio de evacuação em pequena quantidade, semi- pastosa, enegrecida. Sem relato de queixas. ENFERMEIRA PLANTONISTA, COREN (BRITO et al; 2016).

HIGIENE ÍNTIMA FEMININA

Higiene perineal e genital feminina, indicada para conforto e bem-estar do paciente, prevenção de infecções e após evacuação e micção (VOLPATO, PASSOS; 2016).

Materiais

- ❖ EPIs;
- ❖ Biombo;
- ❖ Toalha de banho;
- ❖ Sabonete líquido;
- ❖ Esponja descartável;
- ❖ Cuba-rim;
- ❖ Jarro com água morna;
- ❖ Bacia;
- ❖ Comadre;
- ❖ Papel higiênico;
- ❖ Fralda, se necessário;
- ❖ Lenço umedecido;
- ❖ Lixo;
- ❖ Pomada antiassadura, se necessário;
- ❖ Carrinho para higiene.

Procedimento

-
1. Separar o material;
 2. Orientar o paciente sobre o procedimento;
 3. Isolar a cama com biombo;
 4. Higienizar as mãos;
 5. Colocar EPIs;
 6. Abaixar a grade lateral da cama;
 7. Colocar a cliente em posição ginecológica, protegendo as pernas com lençol;
 8. Colocar o forro, impermeável e toalha sob as nádegas;
 9. Solicitar o auxílio para colocar a comadre debaixo das nádegas;
 10. Retirar os resíduos das eliminações com auxílio do lençol umedecido, sentido da uretra para região do períneo;
 11. Irrigar com água morna a face interna da região genital;
 12. Ensaboar as grandes e pequenos lábios, em sentido perianal, com luvas de banho ou esponja descartável, em sentido único, trocar quantas vezes foram necessárias;
 13. Enxaguar com água morna;
 14. Trocar as luvas;
 15. Retirar a comadre;
 16. Secar e, se prescrito passar pomada anti assadura;
 17. Trocar as luvas de procedimento;
 18. Colocar fraldas, se necessário;
 19. Reposicionar o paciente de modo confortável;
 20. Organizar o material e desprezar os resíduos no banheiro;
 21. Retirar EPIs;
 22. Lavar as mãos;
 23. Fazer anotação de enfermagem.

HIGIENE ÍNTIMA MASCULINA

Procedimento

1. Seguir os passos do procedimento da higiene feminina;

-
2. Posicionar o paciente em decúbito horizontal, com cabeceira elevada a 30° e afastar membros inferiores;
 3. Expor a glândula para realizar a limpeza no sentido da uretra para o corpo do pênis, bolsa escrotal;
 4. Irrigar com água morna, ensaboar, enxaguar novamente e por fim secar.

Exemplo de anotação de enfermagem

25/05/2021 10h00 Realizado higienização íntima da paciente após evacuação com água morna e sabonete. Aparelho genital íntegro com parte interna das coxas apresentando sinais de alergia, com irritação e hiperemia. ENFERMEIRA QUE REALIZOU O PROCEDIMENTO, COREN (BRITO et al.; 2016).

HIGIENE ORAL

Remoção de sujidades da cavidade oral, com objetivo de diminuir a colonização local, prevenção de infecções, promover o bem-estar e manter a integridade da mucosa bucal (VOLPATO, PASSOS; 2018).

Materiais

- ❖ Creme dental ou solução antisséptica bucal;
- ❖ Copo descartável;
- ❖ Abaixador de língua;
- ❖ Água;
- ❖ Cuba rim;
- ❖ Gazes;
- ❖ Toalha.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Levantar a cabeceira do leito;
3. Explicar o procedimento;
4. Calçar luvas;

-
5. Posicionar toalha sobre o tórax do paciente;
 6. Apoiar a cuba rim próximo à região mentoniana do paciente;
 7. Envolver o abaixador de língua com gaze. Umedecer em solução apropriada e realizar a limpeza da parte superior e inferior da língua;
 8. Limpar a língua;
 9. Enxugar os lábios com a toalha;
 10. Lubrificar os lábios;
 11. Retirar EPI;
 12. Deixar o leito organizado;
 13. Higienizar as mãos;
 14. Fazer anotação de enfermagem.

Observações

- ❖ Verificar se o paciente possui prótese. Se sim, retirar e realizar a limpeza;
- ❖ A higiene oral deve ser realizada após as refeições e sempre que necessário;
- ❖ Caso o cliente apresente sialorréia (excesso de saliva), faz-se necessário a aspiração oro-traqueal.

Exemplo de anotação de enfermagem

27/04/2021 8h00 Realizado higienização oral do paciente conforme rotina. Higiene oral com solução antisséptica, sem apresentar lesões e alterações da arcada dentária. ENFERMEIRA PLANTONISTA, COREN.

BANHO NO LEITO

Materiais

- ❖ EPIs;
- ❖ Toalha;
- ❖ Roupa de cama;
- ❖ Bacia;
- ❖ Álcool;

-
- ❖ Sabão líquido;
 - ❖ Jarro com água;
 - ❖ Balde grande;
 - ❖ Biombo;
 - ❖ Hamper;
 - ❖ Compressa de banho;
 - ❖ Fralda se necessário.

Procedimento

1. Fechar cortinas do leito ou colocar o biombo;
2. Informar o procedimento;
3. Higienizar as mãos;
4. Trazer material de banho, hamper;
5. Se houver corrente de ar, fechar as janelas ou portas;
6. Baixar grades do leito;
7. Retirar o excesso de roupa de cama;
8. Colocar luvas;
9. Expor o paciente;
10. Despejar a água do jarro na bacia e verificar a temperatura da água;
11. Umedecer a compressa de banho e ensaboá-la com sabonete líquido;
12. Higienizar os olhos, iniciando do ângulo interno para o externo, depois o rosto, as orelhas e o pescoço do cliente;
13. Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passá-la na região ensaboada, removendo todos os resíduos da pele;
14. Secar a região com a toalha;
15. Despejar a água da bacia no balde e enchê-la novamente com água limpa da jarra;
16. Retirar a camisola ou pijama do cliente protegendo-o com o lençol;
17. Colocar a toalha sob o membro superior do cliente, oposto ao lado do profissional, passar a compressa ensaboada, iniciando pelo pulso, até as axilas;
18. Repetir os passos de enxaguar a compressa, desprezar a água no balde, assim como os passos para higienizar o outro membro;

-
19. Imergir as mãos do cliente na bacia, lavar e secar as mãos;
 20. Remover o lençol que está cobrindo o tórax e o abdome, dobrando-o até a região suprapúbica, e cobrir, simultaneamente, o tórax e o abdome com a toalha de banho;
 21. Expor o tórax e o abdome, dobrando a toalha sobre ela mesma na altura da região do quadril;
 22. Higienizar o tórax e o abdome, iniciando pela região supraclavicular até a região suprapúbica;
 23. Seguir todos os passos da higienização dos membros superiores para a higienização dos membros inferiores;
 24. Forrar os pés da cama com a toalha e colocar a bacia com água sobre ela;
 25. Imergir os pés do cliente, esfregar, enxaguar e secar com a toalha;
 26. Estender as pernas sobre o leito e cobri-las com o lençol;
 27. Fazer a higiene íntima;
 28. Subir ou colocar a grade do lado da cama que o cliente será posicionado em decúbito lateral;
 29. Posicionar o cliente em decúbito lateral, com o dorso voltado para o lado do profissional;
 30. Estender a toalha sobre o lençol na região dorsal do cliente, desde o ombro até o quadril;
 31. Higienizar a região posterior do pescoço e o dorso até a região glútea com a outra compressa de banho;
 32. Secar a região com a toalha desprezando-a no hamper;
 33. Cobrir o cliente com o lençol;
 34. Trocar roupa de cama e colocar a suja no hamper;
 35. Colocar fraldas (se necessário) e as roupas (limpas) do cliente;
 36. Levantar grades;
 37. Recompôr a unidade e deixar o cliente em posição segura e confortável;
 38. Recolher, guardar e dar destino adequado aos materiais;
 39. Retirar luvas e higienizar as mãos;
 40. Proceder às anotações de enfermagem.

Observações

- ❖ Antes de realizar o procedimento verificar a temperatura da água;
- ❖ Expor apenas a parte que seja lavada no momento, sempre com biombo em volta do leito;
- ❖ Atentar aos pacientes que utilizam cateteres, sondas, drenos e traqueostomia;
- ❖ Se possível, padronizar o horário do banho, mas sempre realizar em casos de necessidade.

Exemplo de anotação de enfermagem

28/05/2021 07h00 Realizado banho no leito com água e sabonete conforme rotina da unidade, lavagem do couro cabeludo com shampoo e água, com características seborreicas; aparelho genital sem alterações; MID edemático; higiene oral com aspiração orotraqueal por motivos de sialorréia. Paciente queixa-se de cefaléia e dor em MID. ENFERMEIRA QUE REALIZOU O PROCEDIMENTO, COREN (BRITO et al.; 2016).

VÍDEO EXPLICATIVO:



[Higiene Oral do Paciente Inconsciente | Sua Saúde na Rede](#)



[Enfermagem / Higienização Banho no leito.](#)



[Higiene do cliente](#)

3.7. APLICAÇÃO DE CALOR E FRIO: BOLSA DE GELO, ÁGUA MORNIA, COMPRESSA FRIA E MORNIA

A aplicação de frio ou calor é utilizada como uma agente de alívio nas camadas superficiais da pele por meio de compressas ou bolsas térmicas.

TIPOS DE APLICAÇÃO DE CALOR

Dependendo do lugar onde for aplicada, a compressa de calor pode acalmar ou estimular a área. Para relaxar os músculos é recomendado menos calor, e quando o calor é elevado ele ajuda estimular a circulação dilatando os vasos sanguíneos.

COMPRESSA QUENTE

Materiais necessários

- ❖ Compressas ou toalha de rosto;
- ❖ Toalha de banho;
- ❖ Faixas ou ataduras;
- ❖ Impermeável;
- ❖ Luvas de procedimento;
- ❖ Bacia com água quente.

PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos;
2. Orientar o paciente sobre o procedimento;
3. Colocar o material a ser utilizado na bandeja higienizada;
4. Proteger a cama com o impermeável e a toalha;
5. Calçar as luvas;
6. Colocar a compressa na água quente mantendo as pontas fora (para facilitar quando for manuseá-la);
7. Torcer a compressa e testar a temperatura no próprio antebraço antes de aplicar no paciente;

-
8. Ao colocar a compressa no lugar indicado, cobrir com impermeável e colocar uma toalha por cima;
 9. Preparar a outra compressa para substituir a que está sendo aplicada;
 10. As aplicações devem ser alternadas de 20 a 30 minutos;
 11. Após as aplicações, secar o local envolvendo com uma toalha seca;
 12. Retirar as luvas e higienizar as mãos.

CUIDADO!

Não se deve usar pomadas ao mesmo tempo da aplicação da compressa. Ficar atento ao risco de queimadura na pele.

BOLSA QUENTE

Materiais necessários

- ❖ Bolsa de borracha;
- ❖ Jarra com água quente;
- ❖ Toalha de rosto para envolver a bolsa.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Orientar o paciente sobre o procedimento;
3. Colocar o material a ser utilizado na bandeja higienizada;
4. Verificar as condições de uso da bolsa;
5. Colocar a água quente na bolsa (quantidade $\frac{3}{4}$ para os pés, mãos e em local que haja suporte ósseo, para abdome e epigástrico usar $\frac{1}{3}$);
6. Retirar o ar da bolsa e colocá-la em uma superfície plana, deixando a água chegar até o gargalo;
7. Vedar bem a bolsa;
8. Aplicar no local indicado permanecendo por 20 minutos;
9. Retirar a bolsa e esvaziá-la, e pendurar até secar completamente;
10. Encher a bolsa com ar e guardar em local seco;

11. Higienizar as mãos.

TIPOS DE APLICAÇÃO DE FRIO

A aplicação fria é indicada para diminuir congestão, inflamação, controle de hemorragias, diminuir edemas nas luxações e contusões e evitar a formação de bolhas.

COMPRESSA FRIA

Materiais necessários

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

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Orientar o paciente sobre o procedimento;
3. Colocar o material a ser utilizado na bandeja higienizada;
4. Proteger a cama com impermeável e a toalha;
5. Calçar as luvas;
6. Colocar a compressa na água gelada, torcer e aplicar no local indicado;
7. Preparar a outra compressa para substituir a que está sendo aplicada;
8. As aplicações devem ser feitas em intervalos de 3 minutos durante 30 minutos ou mais;
9. Após as aplicações, secar o local envolvendo com uma toalha seca;
10. Retirar as luvas e higienizar as mãos.

BOLSAS DE GELO

Materiais necessários

-
- ❖ Bolsa de gelo;
 - ❖ Pano protetor para a bolsa;
 - ❖ Bacia com água;
 - ❖ Recipiente com gelo;
 - ❖ Toalha de rosto;
 - ❖ Faixas ou ataduras;

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Preparar a outra compressa para substituir a que está sendo aplicada;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento;
4. Colocar o material a ser utilizado na bandeja higienizada;
5. Verificar as condições de uso da bolsa;
6. Colocar o gelo na bolsa;
7. Deixar a bolsa vedada para evitar o vazamento de água;
8. Envolver a bolsa com o pano;
9. Colocar a bolsa no local aplicado e prender com atadura se necessário;
10. Retirar a bolsa e esvaziá-la, e pendurar até secar completamente;
11. Encher a bolsa com ar e guardar em local seco;
12. Higienizar as mãos.

CUIDADO!

As aplicações não devem ser demoradas, pois há risco de necrose.

Exemplo de anotação de enfermagem

20/08/2021 07h00 Realizado compressa fria em abscesso em MID, por indicação de retardamento da supuração. Paciente queixa-se de dor em MID. ENFERMEIRO QUE REALIZOU O PROCEDIMENTO, COREN (BRITO et al.; 2016).

3.8. ASSISTÊNCIA NA ALIMENTAÇÃO DO CLIENTE

LAVAGEM GÁSTRICA

É um tratamento utilizado em pacientes com intoxicação ou que vão passar por cirurgia gástrica. Nesse tratamento é introduzido uma sonda para ter acesso ao estômago, para que a aspiração e a irrigação sejam realizadas (COFEN, 2019).

Materiais necessários

- ❖ Sonda nasogástrica conforme indicação;
- ❖ Frasco para drenagem;
- ❖ Toalha;
- ❖ Estetoscópio;
- ❖ Micropore;
- ❖ Seringa 20ml;
- ❖ Gazes;
- ❖ Lubrificante gel;
- ❖ Soro fisiológico;
- ❖ Luvas de procedimento.

Descrição do procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Separar material;
3. Se apresentar e explicar o procedimento ao paciente e/ou familiar;
4. Inspeccionar cavidade nasal ou oral, verificando a presença de desvio de septo ou obstrução nasal, possibilitando a escolha da narina para passar a sonda;
5. Conectar o equipo ao frasco de soro fisiológico;
6. Inserir sonda orogástrica, conforme técnica;
7. Fixar sonda;
8. Observar o paciente por um breve momento a procura de sinais que indiquem cianose ou desconforto respiratório, retirar a sonda caso apareça;

-
9. Conectar equipo na sonda e infundir líquido, conforme prescrição médica; após término da infusão, fechar equipo;
 10. Desconectar equipo da sonda;
 11. Conectar frasco coletor na sonda até o término da drenagem do conteúdo gástrico;
 12. Repetir o processo, até o conteúdo da drenagem gástrica se apresentar claro e transparente;
 13. Retirar ou manter a sonda, conforme prescrição médica. Se manter sonda, lavar com 20ml de água e fechá-la;
 14. Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo, permanecendo por aproximadamente uma hora;
 15. Retirar e encaminhar materiais ao seu destino;
 16. Reorganizar ambiente;
 17. Higienizar as mãos;
 18. Fazer registro de enfermagem.

Anotação de enfermagem

26/02/21 09:00 Realizado lavagem gástrica com infusão de 300ml de soro fisiológico aquecido, administrado 50g de carvão ativado conforme prescrição médica. NOME DO PROFISSIONAL, COREN

SONDAGEM ORO/NASOGÁSTRICA

É a introdução de um tubo flexível até o estômago, pela cavidade oral (orogástrica) ou nasal (nasogástrica). Esse procedimento tem por objetivo permitir alimentação, administração de medicamentos, decompressão gástrica, coleta de materiais para análise e lavagem gástrica (PASSOS, 2018; COREN, 2019).

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- ❖ Sonda orogástrica com calibre adequado;
- ❖ Bolsa coletora, se drenagem, optar por usar o sistema aberto;

-
- ❖ Toalha de rosto;
 - ❖ Fixador (esparadrapo, micropore, cadarço);
 - ❖ Estetoscópio;
 - ❖ Cuba-rim;
 - ❖ Seringa de 20ml;
 - ❖ Gazes não estéreis;
 - ❖ Lubrificante em gel;
 - ❖ Estetoscópio;
 - ❖ EPI's (touca, máscara e luvas de procedimentos);
 - ❖ Saco de lixo;
 - ❖ Kit de nutrição, se necessário;
 - ❖ Caneta ou esparadrapo para marcar tamanho;
 - ❖ Biombo.

Descrição do procedimento

1. Reunir o material em bandeja ou carrinho;
2. Se apresentar e explicar procedimento ao paciente e/ou familiar;
3. Higienizar as mãos;
4. Colocar óculos, máscara e luvas de procedimentos;
5. Colocar biombo;
6. Perguntar se o paciente faz uso de prótese ou possui desvio de septo;
7. Elevar cabeceira a 45°;
8. Colocar toalha sobre o tórax;
9. Separar ou fazer a fixação da sonda com esparadrapo/micropore, deixando um pedaço para marcação da sonda, caso não possua caneta apropriada para marcação
10. Fazer mensuração da sonda utilizando a ponta distal da sonda, da ponta do nariz até o lóbulo da orelha, descendo para o processo xifoide, fazendo marcação com caneta ou tira do esparadrapo;
11. Se sondagem nasogástrica, limpar narinas com gazes ou cotonete;

-
12. Lubrificar com lubrificante em gel a ponta distal da sonda;
 13. Posicionar cabeça inclinada para frente e introduzir sonda, pedindo ao paciente para deglutir, facilitando a passagem, até chegar na parte demarcada;
 14. Verificar sinais de asfixia: cianose, excesso de tosse e dispneia, se sinal presente, retirar sonda;
 15. Utilizando a seringa de 20 ml, aspire 10 ml de ar injete na sonda ao mesmo tempo em que ausculta os ruídos hidroaéreos na região epigástrica com o estetoscópio;
 16. Aspirar conteúdo gástrico e retorná-lo após verificação;
 17. Fixar sonda usando adesivo, esparadrapo ou micropore;
 18. Fechar ou deixar aberta sonda, seguindo prescrição médica;
 19. Colocar paciente em posição confortável;
 20. Retirar e encaminhar materiais;
 21. Organizar ambiente;
 22. Fazer registro de enfermagem.

Lembretes

- ❖ Troque o esparadrapo ou adesivo fixador, de acordo com a necessidade do paciente;
- ❖ Verificar posicionamento correto da sonda antes da realização de qualquer procedimento;
- ❖ Sonda aberta: indicada para drenagem do conteúdo gástrico, seja para análise do conteúdo, seja para decompressão. É necessário a conexão de um frasco coletor, posicionado em um nível abaixo do estômago, para que a gravidade ajude o esvaziamento;
- ❖ Sonda fechada: indicada para administração de medicamento, dieta e/ou hidratação;
- ❖ Quando não há passagem pela via nasal, a via oral é a indicada;

TIPO DE SONDA E TAMANHOS:

Sonda de Levine (drenagem, aspiração, irrigação, dieta e medicação);

- ❖ **Adultos: 12 a 18 F**
- ❖ **Criança: 8 a 12 F**
- ❖ **Bebês: 5 a 8 F.**

Sonda de Dobhoff (Sonda de duas vias – dieta e administração de medicamentos)

- ❖ **Adultos: 12 a 18 F**
- ❖ **Crianças: 8 a 12 F**
- ❖ **Bebês: 5 a 10 F**

Sondas orais (descompressão, lavagem gástrica e gavagem)

- ❖ **Tamanho: 30 a 40F**

Exemplo de anotação de enfermagem

**18/02/2014 10h Realizado passagem de SNG, em via nasal D, instalado 250ml de dieta.
NOME DO PROFISSIONAL COREN.**

VÍDEO EXPLICATIVO



Sonda Nasogástrica

SONDAGEM NASOENTERAL

É a introdução de um tubo flexível até o intestino, pela cavidade nasal (nasoentérica). Esse procedimento tem por objetivo permitir alimentação, administração de medicamentos, descompressão gástrica, coleta de materiais e lavagem gástrica (PASSOS, 2018; COFEN, 2019).

Materiais necessários

- ❖ **Sonda nasoenteral com calibre adequado;**

-
- ❖ Fio guia;
 - ❖ Toalha de rosto ou papel-toalha;
 - ❖ Fixador (esparadrapo, micropore, cadarço);
 - ❖ Estetoscópio;
 - ❖ Cuba rim;
 - ❖ Seringa de 20ml;
 - ❖ Gazes não estéril;
 - ❖ Lubrificante em gel;
 - ❖ EPI's (touca, máscara e luvas de procedimentos);
 - ❖ Saco de lixo;
 - ❖ Kit de nutrição, se necessário;
 - ❖ Caneta ou esparadrapo para marcar sonda;
 - ❖ Biombo.

Descrição do procedimento

1. Reunir material em bandeja ou carrinho;
2. Apresentar-se e explicar procedimento ao paciente e/ou familiar;
3. Colocar biombo;
4. Coloque saco de lixo próximo ao local do procedimento;
5. Higienizar as mãos;
6. Colocar óculos, máscara e luvas de procedimentos;
7. Elevar cabeceira a 45° ou colocar paciente sentado;
8. Perguntar se o paciente faz uso de prótese, se sim, retirar; ou possui desvio de septo ou possui dificuldade para respirar;
9. Observar narina a procura de problemas. Perguntar se o paciente tem preferência por uma das narinas;
10. Realizar limpeza de cavidade nasal com gaze embebida em soro fisiológico 0,9%;
11. Colocar toalha sobre tórax do paciente;

-
12. Separar ou fazer fixação da sonda com esparadrapo/micropore, deixando um pedaço para marcação da sonda, caso não tenha caneta apropriada para isso;
 13. Fazer mensuração da sonda, utilizando a sua ponta distal, iniciando pela ponta do nariz ao lóbulo da orelha, descendo até o processo xifoide, faça marcação. Para posicionar no intestino, duodeno ou jejuno, aumentar de 20 a 25 cm, a partir da marcação anterior. Fazer uma nova marcação com esparadrapo ou caneta;
 14. Lubrificar ponta distal, com lubrificante gel;
 15. Posicionar cabeça inclinada para frente (cabeça para baixo, em direção ao tórax) e introduzir sonda, pedindo ao paciente para deglutir, até chegar à parte demarcada;
 16. Verificar sinais de asfixia: cianose, excesso de tosse e dispneia, se sinal presente, retirar sonda;
 17. Com a seringa, aspirar 10 ml de ar e injete na sonda, ao mesmo tempo que faz a ausculta na região epigástrica, por meio do estetoscópio;
 18. Aspirar conteúdo gástrico e retorne-o após verificação;
 19. Retirar luvas, óculos e máscara;
 20. Organizar ambiente;
 21. Higienizar as mãos;
 22. Retirar e encaminhar materiais;
 23. Fazer registro de enfermagem;
 24. Posicione o paciente em decúbito lateral direito ou peça que ele ande, por pelo menos uma hora, para reposicionamento da sonda;
 25. Fazer solicitação de um raio X abdominal, para verificar posicionamento da sonda;
 26. Após migração da sonda, até a segunda marcação, fechar e fixar sonda e encaminhar paciente ao raio-X, para confirmação do posicionamento entérico;
 27. Após confirmação correta da sonda, retirar fio guia (mandril), de forma cuidadosa e guardá-lo;
 28. Colocar paciente em posição confortável;

29. Fazer registro de enfermagem relatando sobre a realização do raio-X.

Lembretes

- ❖ Se for canhoto, fique do lado esquerdo do paciente, se for canhoto, ao lado direito do paciente;
- ❖ Durante a passagem, peça que o paciente respire pela boca;
- ❖ Após a retirada do fio guia, nunca reintroduzir, pois pode comprometer estruturas anatômicas
- ❖ Iniciar dieta após confirmação do posicionamento correto da sonda, após realizado raio X.

Exemplo de anotação de enfermagem

21/05/2014 11h Realizado passagem de SNE em via nasal E, encaminhado para o setor de raio- X para a confirmação do posicionamento. NOME DO PROFISSIONAL COREN.

RETIRADA DE SONDA GÁSTRICA OU ENTERAL

Materiais necessários

- ❖ Gaze;
- ❖ Cotonete;
- ❖ Lixeira ou saco de lixo;
- ❖ Toalha de rosto ou papel toalha;
- ❖ Luvas de procedimento.

Descrição do procedimento

1. Reunir material em bandeja ou carrinho;
2. Se apresentar e explicar procedimento ao paciente e/ou familiar;
3. Colocar biombo;
4. Coloque saco de lixo próximo ao local do procedimento;

-
5. Higienizar as mãos;
 6. Colocar óculos, máscara e luvas de procedimentos;
 7. Elevar cabeceira a 45° ou colocar paciente sentado;
 8. Com a seringa, verifique o conteúdo gástrico;
 9. Feche a sonda;
 10. Retire a fixação;
 11. Com uso de gazes, tracione lentamente a sonda, enrolando-a na mão não dominante;
 12. Limpe a narina com gazes ou cotonete;
 13. Retire EPI's;
 14. Reposicione o cliente e organize ambiente, deixando-o confortável;
 15. Higienize as mãos;
 16. Faça registro de enfermagem.

VÍDEO EXPLICATIVO:



[Sonda Nasoentérica - Nasoenteric tube](#)

3.9. CATETERISMO VESICAL

É a introdução de um tubo maleável através da uretra para esvaziamento da bexiga. Trata-se de um procedimento estéril, visando diminuir o risco de contaminação. Classificado quanto ao tempo de permanência no cliente, podendo ser de alívio (retirada após esvaziamento vesical), ou de demora (utilizada de forma contínua, por um longo período). A diferença encontrada na realização desse procedimento se dá quanto a permanência do cateter e na técnica asséptica utilizada, no qual sofre variação devido o sexo do cliente. Os objetivos, ao realizar esse tipo de procedimento, são de coletar urina estéril, fazer controle de volume urinário, irrigar bexiga, reverter a retenção urinária, e permitir a longa prazo, o uso do cateter nos casos de incontinência urinária (VOLPATO; PASSOS, 2018).

Materiais necessários

- ❖ Luva estéril;
- ❖ Bolsa coletora sistema fechado;
- ❖ 2 tipos de cateteres vesicais adequados ao paciente (idade e indicação);
- ❖ Kit estéril (cuba rim, bandeja, cúpula, pinça pean e bandeja);
- ❖ EPI's (luvas de procedimento, máscara, óculos, avental de manga longa);
- ❖ Kit de higiene íntima (luvas de procedimento, comadre, jarro, luvas de banho e sabonete);
- ❖ Gaze estéril;
- ❖ Seringa 20 ml;
- ❖ Agulha 20x12mm;
- ❖ Lubrificante;
- ❖ Água destilada;
- ❖ Clorexidina aquosa a 0,2%;
- ❖ Espardrapo ou micropore;
- ❖ Impermeável;
- ❖ Forro;
- ❖ Biombo.

Descrição do procedimento

CATETERISMO DE DEMORA FEMININO

1. Apresentar-se e explicar o procedimento para o paciente e/ou acompanhante;
2. Organizar o material que será utilizado;
3. Colocar biombo no leito;
4. Higienizar as mãos;
5. Colocar luvas de procedimento, óculos, máscara e avental;
6. Colocar sob a região glútea, forro e impermeável;
7. Realizar higiene íntima feminina, se necessário;
8. Orientar a paciente a ficar na posição ginecológica modificada (decúbito dorsal com joelhos flexionados afastados e unindo a região plantar dos pés);
9. Retirar luvas de procedimentos e higienizar as mãos;
10. Abrir pacote estéril, dispondo antisséptico na cuba rim (desprezar primeiro jato);
11. Posicionar o campo estéril, dispondo cateter vesical, coletor de sistema fechado, gazes estéreis, agulha, campo fenestrado;
12. Dispor lubrificante sobre a gaze estéril (desprezar o primeiro jato);
13. Calçar luva estéril;
14. Fazer conexão da agulha com a seringa e aspirar água destilada;
15. Fechar a presilha do extensor da bolsa coletora;
16. Montar kit de gazes, dobrando-a em quatro e colocar na cúpula;
17. Montar pinça com uma folha de gaze que está dentro da cúpula, iniciando a antisepsia;
18. Com a mão não dominante, afastar grandes lábios e com a ajuda da pinça montada, limpar do meato uretral até os pequenos lábios, com movimento único, trocando a gaze a cada limpeza;
19. Posicionar o campo fenestrado aberto na lateral sobre a púbis
20. Com a gaze embebida no anestésico, lubrificar cateter;
21. Identificar meato uretral e introduzir cateter até a bifurcação;

-
22. Verificar a drenagem de urina no extensor e insuflar o balonete com a seringa de água destilada, considerando o volume indicado;
 23. Tracionar até perceber resistência do balonete;
 24. Retirar campo fenestrado;
 25. Fixar extensor na parte interna da coxa, de forma que não seja puxado quando o paciente se movimentar;
 26. Posicionar a bolsa sempre abaixo da cintura para facilitar a drenagem;
 27. Recolher material;
 28. Retirar EPI's;
 29. Calçar luvas de procedimento e posicionar paciente;
 30. Retirar luvas e higienizar as mãos;
 31. Organizar ambiente;
 32. Colocar adesivo constando: data e hora do procedimento;
 33. Fazer registro de enfermagem.

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO FEMININO

Seguir as etapas de 1 a 21 da sondagem vesical de demora;

22. Posicionar cuba rim na frente do campo fenestrado;
23. Identificar meato uretral e introduzir sonda, posicionando a ponta distal dentro da cuba rim até o término da drenagem;
24. Desprezar conteúdo da cuba rim dentro de um frasco graduado, clampeando sonda com o dedo, realizar esse processo quantas vezes for necessário;
25. Retirar sonda clampeando-a com dedo e desprezar o restante da urina no frasco graduado;

Repetir as etapas 27 a 35, exceto 32, da sondagem vesical de demora.

VÍDEO EXPLICATIVO



[Cateterismo Vesical de Demora - Feminino](#)

CATETERISMO DE DEMORA MASCULINO

1. Apresentar-se e explicar o procedimento para o paciente e/ou acompanhante;
2. Organizar material;
3. Colocar biombo no leito;
4. Higienizar as mãos;
5. Colocar luvas de procedimento, óculos, máscara e avental;
6. Posicionar o paciente em decúbito dorsal e afastar as pernas;
7. Realizar higiene íntima masculina, se necessário;
8. Colocar sob a região glútea, forro e impermeável;
9. Retirar luvas de procedimento;
10. Higienizar as mãos;
11. Calçar luva estéril;
12. Organizar o material sobre a mesa;
13. Abrir kit estéril, colocando quantidade suficiente de antisséptico na cuba redonda, gazes, sonda, bolsa coletora, agulha, seringa;
14. Calçar luva estéril;
15. Fazer conexão da agulha com a seringa e aspirar a água destilada
16. Testar balonete com a seringa de água destilada;
17. Fechar a presilha do extensor da bolsa coletora;
18. Dobrar gazes e colocar dentro da cúpula, com antisséptico;
19. Montar pinça com a gaze da cúpula, dando início a antisepsia;
20. Antissepsia: afastar prepúcio e iniciar limpeza pelo meato uretral. Após terminar o meato, seguir para a antissepsia da glândula, finalizando com antissepsia do corpo do pênis até a sua base. Em cada momento da limpeza, realiza movimento circular único e repetidamente, fazendo a troca da gaze a cada início de limpeza;
21. Colocar 10 a 20ml de lubrificante dentro da seringa, desprezar a primeira gota;
22. Posicionar campo fenestrado;
23. Colocar o pênis a 90° em relação ao corpo, introduzir anestésico gel presente na seringa. Com a mão não dominante, tracionar prepúcio e introduzir, com a mão dominante, o cateter no meato uretral até a bifurcação (Y);

-
24. Aspirar água destilada e inflar balonete, seguindo recomendação e tracionar sonda, até perceber resistência do balonete;
 24. Retornar prepúcio a posição inicial;
 25. Retirar campo;
 26. Fixar extensor da bolsa coletora na região inguinal ou suprapúbica do paciente, de forma que não seja puxado em movimentos;
 27. Pendurar bolsa coletora em um nível abaixo da cintura para facilitar a drenagem;
 28. Recolher material;
 29. Retirar EPI's;
 30. Colocar luvas de procedimento e posicionar paciente;
 31. Retirar luvas e higienizar as mãos;
 32. Organizar ambiente;
 33. Colocar adesivo na bolsa coletora constando data e hora do procedimento;
 34. Fazer registro de enfermagem.

SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO MASCULINA

Seguir as etapas de 1 a 22 da sondagem vesical de demora;

23. Posicionar cuba rim na frente do campo fenestrado;
24. Colocar o pênis a 90° em relação ao corpo, introduzir anestésico gel presente na seringa. Com a mão não dominante, tracionar prepúcio e introduzir, com a mão dominante, o cateter no meato uretral, posicionando a ponta distal em direção a cuba rim até o término da drenagem;
24. Desprezar conteúdo da cuba rim dentro de um frasco graduado, clampeando sonda com o dedo, realizar esse processo quantas vezes for necessário;
25. Retirar sonda clampeando-a com dedo e desprezar o restante da urina no frasco graduado;

Repetir as etapas 24 a 34, exceto 27, da sondagem vesical de demora.

Lembretes

Tamanho do cateter vesical

- ❖ Mulher: 12,14, 16 F;
- ❖ Homem: 16, 18, 20, 22 F;
- ❖ Criança: 4, 6, 8, 10 F.

Não drenar mais que 750 ml de urina, em paciente com incontinência urinária, evitando descompressão brusca.

Anotação de enfermagem

30/06 22h - Passado SVD para controle de volume urinário, usado cateter de foley nº 14, drenado 400ml, urina clara e limpa. NOME DO PROFISSIONAL COREN.

VÍDEO EXPLICATIVO



Cateterismo Vesical de Alívio - Masculino

DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA (URIPEN)

É um dispositivo que envolve o pênis, feito de borracha, com uma extensão ligada ao sistema aberto, muito utilizado por pacientes que apresentam incontinência urinária. Tem como objetivo ajudar na eliminação e controle da diurese (VOLPATO; PASSOS, 2018).

Material necessário

- ❖ Uripen;
- ❖ Fita adesiva;
- ❖ Coletor de sistema aberto;
- ❖ Impermeável;

-
- ❖ Toalha;
 - ❖ Material de higiene íntima;
 - ❖ Kit de tricotomia (lâmina de barbear);
 - ❖ EPI's: luvas de procedimento, óculos e máscara.

Descrição do procedimento

1. Se apresentar e explicar o procedimento ao paciente;
2. Dispor material na mesa de apoio;
3. Higienizar as mãos;
4. Colocar óculos, luvas e máscara;
5. Realizar tricotomia, se necessário;
6. Realizar higiene íntima;
7. Envolver pênis com uripen;
8. Fixar uripen ao pênis com micropore;
9. Conectar extensor do uripen ao sistema aberto;
10. Reorganizar ambiente;
11. Desprezar material;
12. Retirar luvas;
13. Higienizar as mãos;
14. Realizar anotação de enfermagem.

Lembretes

- ❖ Evitar garroteamento do pênis no momento da fixação do dispositivo; Realizar troca do dispositivo diariamente, ou dependendo da necessidade do paciente (VOLPATO; PASSOS, 2018).

3.10. DRENOS: MANUTENÇÃO E LIMPEZA DO SISTEMA DE DRENAGEM – VÁCUO SANFONADO PORTOVAC. TROCA DE SELO D'ÁGUA DO FRASCO DE DRENAGEM TORÁCICA

Pacientes que fazem o uso de drenos (instrumento utilizados para saída de ar e líquidos que possivelmente se acumulam em alguma cavidade) precisam de maior atenção, uma vez que, dispositivos como esses são uma grande porta de entrada para microorganismos, causando infecções. A manutenção e a limpeza desses sistemas de drenagem tem como objetivo avaliar se há drenagem eficiente nas 24hrs, se há acúmulo de líquidos na cavidade da inserção do dreno e também evitar possíveis infecções (REIS et al., 2018).

Material necessário

- ❖ Bandeja;
- ❖ Carro de curativo;
- ❖ Solução fisiológica 0,9%;
- ❖ Álcool 70%;
- ❖ Luva estéril;
- ❖ Gaze estéril;
- ❖ Equipamento de proteção individual;
- ❖ Fita microporosa;
- ❖ Bolsa coletora adesiva;
- ❖ Medidor graduado;
- ❖ Seringa de 20ml;
- ❖ Lixeira.

Procedimento para todos os drenos

1. Lavagem das mãos;
2. Separação da bandeja e desinfecção com álcool 70%;
3. Coloque o material na bandeja e coloque-a no carro de curativo;

-
4. Apresente-se e cheque a identificação do cliente;
 5. Checar a privacidade do cliente;
 6. Oriente-o sobre o procedimento;
 7. Coloque os equipamentos de proteção individual;
 8. Usando técnica asséptica, abra o material e calce as luvas estéreis;
 9. Inspecione e troque diariamente o curativo, observe a área/pele ao redor do óstio de inserção do dreno, fixação do dreno e aspecto da drenagem. Limpe a área de inserção do dreno com solução fisiológica 0,9%;

DRENO TORÁCICO (SELO D'ÁGUA):

1. Realizar antissepsia com álcool 70% em toda área periósteeo e tubular do dreno;
2. Proteja o periósteeo com gaze estéril e fixe com fita microporosa. A fixação pode ser do tipo meso (lateral), com distância de 2 cm entre o dreno e a pele;
3. Manter a cabeceira do leito elevada a 30°, para facilitar a drenagem.
4. Verificar a oscilação na coluna líquida: deve subir na inspiração e descer na expiração.
5. Ordenhe suavemente o tubo na direção do frasco coletor, quando necessário;
6. Atentar para a presença de vazamentos e/ou risco de desconexão.

Para esvaziamento e mensuração

1. Mensurar o débito do dreno a cada 6 horas, ou a critério médico, caso haja drenagem superior a 100 ml/hora;
2. Utilize um recipiente graduado;
3. Pince o tubo coletor;
4. Abra o frasco coletor e esvazie todo conteúdo no recipiente graduado, tendo o cuidado para não derramar; anote o volume desprezado;
5. Lave o frasco com 500ml de água destilada e preencha o frasco para manter o selo d'água com 300-500 ml de água destilada (aprox. 2,5 cm de altura);
6. Feche o frasco e desclampear o tubo;

7. Coloque uma fita adesiva ao lado da graduação do frasco, indicando o ponto zero (nível de água), colocando data e horário, na lateral da graduação do frasco coletor. Troque a cada 12 horas, ou a critério médico;
8. Verificar o aspecto do líquido (Ex: seroso, sero-hemático, hemático, purulento);
9. Posicioná-lo no piso, com suporte próprio, ou sustentado em local adequado;
10. Nunca elevá-lo acima do tórax sem que esteja clampeado (fechado);
11. Organize o ambiente;
12. Lave as mãos;
13. Registre em impresso próprio e em prontuário todo o procedimento realizado (aspecto do líquido drenado, volume drenado, etc.).



FONTE: MASUKAWA et al. , 2018.

DRENO PORTOVAC OU HEMOVAC (SANFONA)

1. Realizar antissepsia com álcool 70% em toda área ao redor do óstio de inserção e tubular do dreno;
2. Atentar para a presença de vazamentos e se a sanfona está comprimida;
3. Ocluir com gaze estéril e fita microporosa;
4. O frasco coletor deve ser posicionado abaixo do nível da cabeceira do paciente;
5. Ordenhe suavemente o tubo na direção do frasco coletor, se necessário;
6. Cuidado com trações e desconexões.

Para esvaziamento e mensuração

-
1. Mensurar a cada 12h; ou a critério médico, caso o débito esteja alto;
 2. Utilizar um recipiente graduado;
 3. Clampear o tubo coletor;
 4. Abrir o recipiente sanfonado;
 5. Esvaziar todo conteúdo no recipiente graduado, tendo o cuidado para não derramar; caso necessite, utilize uma seringa de bico para aspirar;
 6. Comprima o recipiente sanfonado sobre uma superfície rígida e feche-o, desclampeie o tubo coletor;
 7. Despreze o conteúdo drenado;
 8. Lave as mãos;
 9. Anote quantidade e o aspecto da drenagem;



FONTE: HCPA, 2020.

DRENO DE PENROSE

1. Atentar para fixação do dreno e permeabilidade;
2. Ocluir com compressa estéril e fita microporosa inicialmente, e, em caso de pouca drenagem;
3. Acople uma bolsa coletora adesiva caso a drenagem esteja aumentada e para mensuração do débito;

para esvaziamento e mensuração

-
1. Proteja o lençol com um impermeável ou papel toalha;
 2. Esvaziar sempre que a capacidade da bolsa coletora atingir 50% do espaço;
 3. Utilize o recipiente graduado;
 4. Esvazie todo conteúdo no recipiente, tendo o cuidado para não derramar;
 5. Limpe a saída da bolsa coletora com uma gaze não estéril e feche-a;
 6. Organize o ambiente;
 7. Despreze o conteúdo drenado;
 8. Lave as mãos;
 9. Anote quantidade e o aspecto da drenagem;

Lembretes

- Na realização de transporte do paciente **NÃO DEVE-SE PINÇAR** os drenos e **SEMPRE** mantê-los abaixo da inserção
- Tenha **CUIDADO** para não tracionar o dreno, caso ocorra realizar a compressão local e solicitar a presença do médico.

Exemplo de anotação de enfermagem

06h00 Dreno de Penrose em flanco D, com presença de secreção serosa, desprezado débito de 100 ml. NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL - COREN (BRITO et al.; 2016).

3.11. ASSISTÊNCIA AO CLIENTE COM LESÃO DE PELE

FERIDA

É o rompimento da estrutura e do funcionamento da estrutura anatômica normal, resultante de um processo patológico que se iniciou interna ou externamente no(s) órgão(s) envolvidos.

Classificação da ferida:

Profundidade

- **Superficial**
- **Parcial**
- **Profunda**

Conteúdo microbiano

- **Limpa**
- **Potencialmente contaminada**
- **Contaminada**
- **Infectada**

Etiologia

- **Acidental ou traumática**
- **Patológica**
- **Intencional ou Cirúrgica**
- **latrogênicas**
- **Fatores causais externos**

Evolução

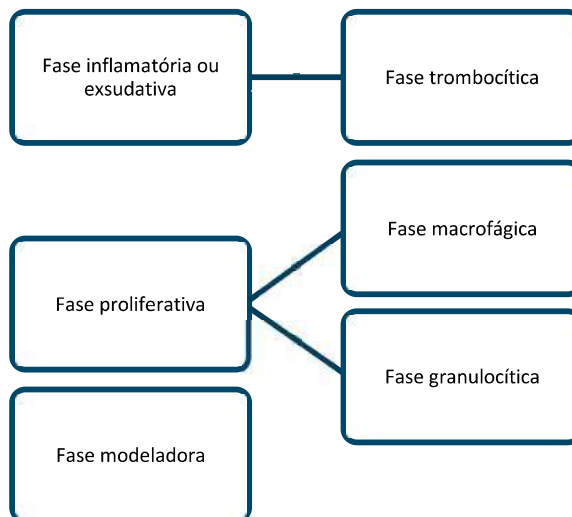
- **Aguda**
- **Crônica**

CICATRIZAÇÃO

É o processo biológico e histo-químico seguida de uma ação vasomotora, que é desencadeada sempre que ocorrer uma lesão tecidual de qualquer natureza. O próprio organismo é responsável, desencadeia e efetua todo o processo cicatricial. Ele tem

como finalidade mobilizar as diferentes células encarregadas do combate à infecção, da limpeza da ferida e da reparação.

Fases do processo de cicatrização



Fonte: Autoria própria, 2020

Tipos de cicatrização

- **Primeira intenção**
- **Segunda intenção**
- **Terceira intenção**

Fatores que interferem no processo de cicatrização:

- **Idade;**
- **Condição nutricional**
- **Presença de edema**
- **Presença de processo inflamatório**
- **Vascularização local**

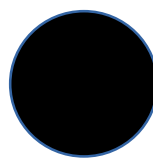
Avaliação da ferida:

A avaliação da ferida tem como objetivos monitorar a trajetória da cicatrização, direcionar o planejamento dos cuidados e implementar tratamento. Assim, ela permite determinar a localização anatômica, presença de exsudato, descrever o tipo e a quantidade de tecido, avaliar o tamanho, profundidade, as margens e a pele peri-ulceral.

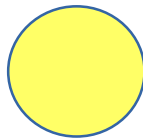
Para avaliar o tamanho utiliza-se régua / medidores, máquinas fotográficas, swabs ou sondas e pinças e para verificar a profundidade utiliza-se swab e régua.

Em relação ao tipo de tecido, epitelial, granulação, desvitalizado (esfacelo) e necrose seca (escara). Na quantidade, porcentagem de cada um e no nível de umidade, seca e úmida.

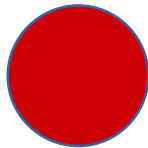
Exemplos:



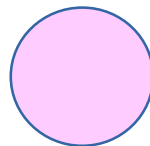
Necrose



Fibrina



Granulação



Epitelização

Fonte: Autoria própria, 2020

CURATIVO

É um meio terapêutico que consiste na aplicação de uma cobertura estéril sobre uma ferida. Tem por objetivo promover a cicatrização, eliminando fatores que possam retardá-la. Em relação aos tipos, classificam-se em: aberto, semioclusivo, oclusivo, compressivo e sutura com fita adesiva.

Padronização dos curativos

Em subclávia, Jugular, Dreno de tórax, dissecação Venosa, fistulas para hemodiálise e Fixadores Externos (Tração) fazer do seguinte modo:

-
- Limpar o local de inserção com gaze e SF 0,9%;
 - Secar com gaze;
 - Passar solução tópica de clorexidina ou PVPI;
 - Ocluir com fina camada de gaze ,fixando com micropore/ esparadrapo;
 - Trocar a gaze a cada 24 horas;

Observações:

- Os curativos devem ser inspecionados diariamente e trocados quando sujos ou úmidos;
- A atividade germicida da clorexidina se mantém mesmo na presença de materiais orgânicos ,o que não ocorre com PVPI;
- Nos casos de curativo de subclávia ou jugular ,pode-se utilizar cobertura transparente semi-permeável com troca de acordo com o fabricante;

DRENO DE PENROSE, TUBULARES E INCISÕES CIRÚRGICAS

Modo de fazer

- Limpar o local de inserção com gaze a SF 0,9%;
- Secar com gaze;
- Ocluir com fina camada de gaze,fixando com micropore/ esparadrapo

Periodicidade de troca

- Cobertura com gaze: cada 24 horas;
- Incisões cirúrgicas : troca nas primeiras 24 a 48 horas ;após esse período a Incisão pode permanecer aberta e ser limpa durante o banho.

Observações

- Os curativos devem ser inspecionados diariamente e trocadas quando sujo ou úmidos;
- pode se utilizar cobertura transparente semi-permeável (filme transparente) com troca de acordo com o fabricante;
- registrar débitos de drenos criteriosamente para que possam ser removidos o mais precocemente possível;
- Pode-se utilizar para débitos elevados,esvaziando a cada 24 horas ou sempre que necessário. Realizar troca quando houver perda da aderência ou extravasamento de exsudatos;

-
- Para melhor estética da cicatriz cirúrgica, recomenda-se a utilização de tiras de micropore entrelaçadas sobre a incisão para evitar tração dos bordos da ferida, na presença de força de tensão aumentada, após retirada dos pontos parciais ou totais.

FERIDAS ABERTAS COM POUCO OU MÉDIO EXSUDATO

Modo de fazer:

- Lavar o leito da ferida com jatos de SF0,9%, de preferência com seringa de 20ml e agulha 40x12;
- Remover tecido desvitalizado se necessário (debridamento mecânico, autolítico ou enzimático);
- Secar os bordos da ferida com gaze;
- Manter meio úmido com AGE (Ácidos Graxos Essenciais) e ocluir com cobertura secundária estéril de gaze ou compressa seca, fixando com micropore ou esparadrapo ou;
- Manter meio úmido com cobertura primária de hidrocolóide ou hidropolímero caso ferida aberta não infectada;

Periodicidade de troca:

- Curativos com AGE: troca sempre que saturado ou, no máximo, a cada 24 horas;
- Curativo com hidrocolóide: troca sempre que o gel extravasar ou o curativo deslocar ou, no máximo, a cada 7 dias;
- Curativo com hidropolímero: troca sempre que houver presença de fluido da ferida nas bordas da almofada de espuma ou, no máximo, a cada 7 dias;

Observações:

- É indicado a coleta de material de ferida para cultura;

FERIDAS ABERTAS COM GRANDE QUANTIDADE DE EXSUDATO

Modo de fazer:

-
- Lavar o leito da ferida com jatos de SF 0,9%, de preferência com seringa de 20 ml e agulha 40x12;
 - Remover tecido desvitalizado se necessário (desbridamento mecânico, autolítico ou enzimático)- ver item debridamento;
 - Secar os bordos da ferida com gaze;
 - Manter meio úmido com AGE (Ácidos Graxos Essenciais) e ocluir com cobertura secundária estéril de gaze ou compressa seca, fixando com micropore ou esparadrapo ou;
 - Manter meio úmido com cobertura primária de hidrolímero, caso ferida aberta não infectada ou;
 - Utilizar alginato de cálcio, escolhendo o tamanho da fibra que melhor se adapte ao leito da ferida, umedece-la com SF 0,9%, modelando-a no interior da ferida sem deixar que ultrapasse a borda da ferida, com risco de prejudicar a epitelização. Ocluir com cobertura secundária estéril.

Periodicidade de troca:

- Curativos com AGE : troca sempre que saturado ou, no máximo, a cada 24 Horas;
- Curativo com hidropolímero: troca sempre que houver presença de fluido da ferida nas bordas da almofada de espuma ou, no máximo, a cada 7 dias
- Curativo com alginato de cálcio: o tempo é variável de acordo com a quantidade de exsudato podendo variar de 24 em 24 horas até 3 ou 4 dias, significando que é hora de utilizar outro tipo de curativo.

Observações:

- É indicado a coleta de material da ferida para cultura.

FERIDAS INFECTADAS

Observações:

- O curativo de carvão ativado não pode ser cortado para não correr a liberação do carvão ou da prata na lesão;
- Quando reduzir o exsudato e o odor, substituir o carvão ativado por outro tipo de curativo que promove a manutenção do meio úmido;
- É indicado a coleta de material da ferida para cultura.

QUEIMADURAS

Modo de fazer:

- Limpar o local de inserção com SF0, 9%;
- Curativo com sulfadiazina de prata a 1%, aplicando o creme assepticamente por toda a extensão da lesão-cerca de 5mm de espessura;
- Colocar gazes de contato úmida;
- Cobrir com cobertura secundária estéril;

Periodicidade de troca:

- No máximo a cada 24 horas ou quando a cobertura secundária estiver saturada.

Observações:

- Retirar o excesso de pomada remanescente e tecido desvitalizado a cada troca de curativo;
- A cobertura secundária estéril indicadas são: gazes estéreis de boa qualidade, compressa estéril ou ataduras estéreis;
- Trabalhos recentes evidenciam boa resposta da queimadura com uso de AGE.

TRAQUEOSTOMIA

Modo de fazer:

- Limpar ao redor da traqueostomia com gaze a SF 0,9%, colocando o paciente em decúbito elevado a 45°
- Secar com gaze estéril
- Trocar o cadarço
- Colocar gaze estéril ao redor da traqueostomia

Observações:

- Trocar o curativo quando úmido, sujo ou solto
- Se a cânula for plástica, verificar se o “cuff” está insuflado

CISTOSTOMIA E GASTROSTOMIA

Modo de fazer:

-
- Limpar o local de inserção do óstio com gazes e SF 0,9%
 - Secar com gaze
 - Colocar gaze no local de inserção do dreno
 - Fixar com esparadrapo ou micropore

COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA

Modo de preparo:

- Limpar a região peri-ostomal com gaze a SF 0,9%;
- Secar com gaze;
- Medir o estoma, demarcar e recortar a placa no tamanho necessário;
- Utilizar, preferencialmente, pasta quando houver lesões peri-ostomais. Pode ser utilizado também pó ou placa regenerador;
- Acoplar a bolsa à placa e o “clamp” na parte inferior da bolsa. Retirar o adesivo da bolsa coletora simples ou da placa e fixar ao redor do estoma.

Observações:

- Se houver lesão peri-ostomal, aplicar placa protetora antes de colocar a bolsa coletora. Se necessário, aplicar a pasta para correção de imperfeições do ostomia;
- Ao realizar a troca da bolsa, verificar se não há necrose, dermatite periestomal, edema, infecção, hemorragia, retração, colapso ou distensão abdominal;
- Realizar a troca das bolsas simples a cada 24 horas ou sempre que necessário;
- Realizar a troca da bolsa com placa protetora apenas quando perder a aderência ou houver extravasamento da secreções.

BOTA DE ALGODÃO

É indicação para aquecer membro com diminuição de circulação. Materiais: algodão hidrófilo, atadura crepe e fita / esparadrapo.

COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA

SWAB

- Lavar a ferida com SF 0,9% em jato e ,após a limpeza,passar o swab com técnica asséptica na superfície da lesão;
- Usar swab com meio de transporte .

Fragmento de ferida

- Após limpeza com SF 0,9% retirar pequeno fragmento da lesão e encaminhar em frasco estéril para análise;

Punção de líquidos da lesão

- Após limpeza com SF 0,9%,utilizar seringa de 01ml com 1 ml de SF 0,9% e realizar a punção da ferida, injetando soro e aspirando o material para análise;

Observações

- Escolher área da ferida com ausência de necrose;
- Evitar coleta de exsudato;
- A coleta de fragmento pode ser feita com auxílio de bisel de agulha ou lâmina de bisturi, preferencialmente;

COBERTURAS, SOLUÇÕES E CREMES

A cobertura ideal deve:

- Manter a umidade na interface da ferida/cobertura;
- Manter equilíbrio entre absorção e hidratação;
- Promover isolamento térmico;
- Agir como barreira à entrada de germes;
- Possibilitar a troca sem traumas ao tecido;
- Proporcionar conforto físico e psicológico;

Solução fisiológica a 0,9% (curativo convencional)

Ação	Indicação	Periodicidade da troca
Mantém a umidade da ferida; favorece o desbridamento autolítico e a formação de tecido de granulação.	Manutenção da unidade da ferida.	As trocas deverão ser feitas conforme a saturação das gazes e a umidade da ferida., ou no máximo a 24 horas.

Creme de sulfadiazina de prata + nitrato de cério

Ação	Indicação	Periodicidade da troca
Atua contra uma grande variedade de microrganismos, como bactérias gram negativas e positivas, fungos, vírus e protozoários	Tratamento de queimaduras	As trocas deverão ser feitas conforme a saturação das gazes e a umidade da ferida., ou no máximo a 24 horas.

Placa de hidrocoloide

Ação	Indicação	Periodicidade da troca
Estimula a granulação e a angiogênese, absorve o excesso de exsudato, mantém a umidade e a temperatura em torno de 37°C.	Feridas com ausência de exsudato ou tecido necrótico, indicada para feridas superficiais	Trocar a cada 7 dias ou quando ocorrer extravasamento do gel.

Alginato de cálcio

Ação	Indicação	Periodicidade da troca
Através da troca iônica promove a hemostasia; absorve exsudato, forma um gel que mantém a umidade, promove a granulação e auxilia o desbridamento autolítico.	Feridas com ou sem infecção, com exsudato moderado a intenso, com ou sem tecido necrótico e com ou sem sangramento.	Trocar a cada 7 dias ou quando necessário.

Carvão ativado e prata

Ação	Indicação	Periodicidade da troca
Curativo estéril com ação bactericida; favorece o desbridamento autolítico; mantém umidade e temperatura adequados à cicatrização; elimina odores.	Feridas com ou sem infecção, com exsudato moderado a intenso, com ou sem tecido necrótico, feridas cavitárias e feridas fétidas.	Trocar a cada 7 dias ou quando necessário.

Filme transparente

Ação	Indicação	Periodicidade da troca
É impermeável a água; permite vaporização do exsudato, permite a maceração enquanto mantém ao mesmo tempo, um meio úmido ideal para cicatrização; proporciona uma barreira de proteção contra bactérias e agressões externas.	Lesão por pressão grau I e úlceras recém epitelizadas.	Trocar a cada 7 dias ou quando necessário.

Hidrogel amorfo

Ação	Indicação	Periodicidade da troca
Mantém a umidade e auxilia o desbridamento autolítico não adere no leito da ferida.	Fornecer umidade no leito da ferida.	As trocas são de acordo com a saturação ou a cada 72 horas, quando associado a gaze.

Clorexidina tópica

Ação	Indicação	Periodicidade da troca
Solução antisséptica tópica no local da inserção de cateteres e fixadores.	Antissepsia da pele	As trocas a cada 24h.

Papaína

Ação	Indicação	Periodicidade da troca
Auxilia na cicatrização.	Feridas desvitalizadas ou necróticas de 8 a 10%; feridas infectadas, de 4 a 6%; tecido de cicatrização a 2%.	As trocas a cada 24h.

DESBRIDAMENTO

O debridamento tem como objetivo remover tecido necrótico, reduzir risco de infecção, manter tecido viável, ser seletivo. Recomenda-se que qualquer tecido necrótico seja desbridado, desde que consistente com as condições clínicas do

paciente, com exceções de feridas isquêmicas com necrose seca (melhorar as condições vasculares) e úlceras com escaras (poderia haver desconforto e dor). O debridamento é classificado em:

- **Autolítico - utiliza os próprios leucócitos e enzimas do paciente para a degradação do tecido necrótico. Lento, porém confortável. Necessidade de meio úmido;**
- **Químico ou enzimático - utiliza enzimas proteolíticas que estimulam a degradação do tecido necrótico. Pouco agressivo. Necessidade de meio úmido;**
- **Mecânico - remoção do tecido necrótico com o uso de força física (fricção com gazes ou esponja ou remoção de gazes secas previamente aderidas na lesão);**
- **Cirúrgico - realizado com tesoura ou lâmina de bisturi (à beira do leito, em ambulatório ou em centro cirúrgico). O mais eficaz, embora possa haver dor ou sangramento.**

3.12. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A administração de medicamentos é um dos procedimentos mais importantes quando se trata de cuidados de enfermagem. É primordial que o enfermeiro esteja preparado e que conheça a ação do medicamento, bem como sua forma de administração, seus eventos adversos, efeitos colaterais e também as interações medicamentosas. A qualidade da assistência está diretamente relacionada com o conhecimento do profissional sobre legislação no preparo e administração de medicamentos (VOLPATO, PASSOS; 2018).

O enfermeiro deverá conhecer os princípios fundamentais da enfermagem, os direitos, responsabilidades, proibições e deveres dos enfermeiros, bem como os direitos dos pacientes, antes que começar a administração de medicamentos.

CÁLCULO DE MEDICAÇÃO

O primeiro passo a se fazer é checar os CERTOS para administração conforme a IBSP, 2016. São eles:

- ❖ Paciente certo
- ❖ Medicação certa
- ❖ Via certa
- ❖ Hora certa
- ❖ Dose certa
- ❖ Anotação certa ou Registro certo
- ❖ Orientação certa
- ❖ Forma certa
- ❖ Resposta certa

CONCEITOS BÁSICOS (COREN-SP; 2011)

- SF 0,9% = 0,9 gramas em 100ml
- 1 litro = 1.000 ml
- 1 grama = 1.000 mg
- 1ml = 20 gotas

- 1ml = 60 microgotas
- 1 gota = 3 microgotas
- % = partes de 100 (EX: 45% = 45 partes de um total de 100)
- Diluição = dissolver, tornar menos concentrado.
- Regra de 3 = relação entre grandezas proporcionais. Forma simples para estruturar o problema para obter uma solução.

DICA: Sempre destacar na prescrição médica/ enunciado: quantidade disponível e dose prescrita.

EXEMPLOS DE CÁLCULO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO

REGRA DE 3: Tenho ampolas de dipirona com 2ml de solução, Quantos ml existem em 3 ampolas?

- Passo 1

Na 1º linha coloca-se o que sabe, na 2º linha coloca-se o que quer descobrir:

2ml ----- 1 ampola (1º linha)

Xml ----- 3 ampolas (2º linha)

- Passo 2

Faça a multiplicação do 1º item da 1º linha com o 2º item da 2º linha e o 2º item da 1º linha com o 1º item da 2º linha:

2ml . 3 ampolas = X . 1 ampola

- Passo 3

6 = X OU X= 6

QUESTÃO: Numa prescrição médica, lê-se: 150 mg de ampicilina. Todavia, o hospital dispõe apenas de frasco-ampola com 1 g que deve ser diluído em 10 ml de água destilada. Após diluição, quantos deve ser aspirado para atender corretamente a prescrição?

- Passo 1: Transformar 1 grama em mg. 1g = 1.000mg para ficar na mesma medida que a prescrição de 150 mg

1.000mg --- 10ml (1.000mg está diluído em 10 ml)

150mg ----- Xml (Mas 150mg eu aspiro quantos ml?)

- Passo 2: Realizar a multiplicação em X

$$1.000 \cdot X = 150 \cdot 10$$

- Passo 3: Realizar a divisão do quando eu passar o número para o outro lado do sinal de:

$$1.000X = 1.500$$

$$X = 1500 : 1000$$

$$X = 1,5\text{ml}$$

GOTEJAMENTO

Para calcular quantas gotas ou microgotas serão corretas para administração de medicamento é preciso usar 2 fórmulas.

- Gotas

Nº de gotas/ min = VOLUME (ml) dividido por TEMPO (h) vezes 3.

$$\frac{V}{T \cdot 3}$$

- Microgotas

Nº de microgotas/ min = VOLUME (ml) dividido por TEMPO (h)

$$\frac{V \text{ (em ml)}}{T \text{ (em horas)}}$$

Exemplo de cálculo de gotejamento

O Sr. Pedro sofreu um acidente de trânsito e chegou a unidade de saúde, apresentando hipovolemia. O médico prescreveu 1.000ml de SF 0,9%, para correr em 5

horas, com objetivo de melhorar o quadro do paciente. Nessa situação hipotética, o profissional técnico de enfermagem deverá instalar o gotejamento do soro em:

$$V = 1.000 \text{ ml}$$

$$T: 5 \text{ horas}$$

Coloca-se na fórmula:

$$V / T \cdot 3$$

$$1000 / 5 \cdot 3$$

$$1000 / 15 = 66,66.. \text{ aproximadamente} = \text{a } 67 \text{ gotas por minuto}$$

DICA:

- Se o primeiro número depois da vírgula for maior de 5, arredonda-se para cima.
- Se o primeiro número for igual ou menor que 5, arredonda-se para baixo.
- Exemplo: 56,789 = 57 ou 35,357 = 35.

Em uma unidade de pronto atendimento, uma criança de 1 ano e 6 meses apresenta quadro clínico compatível com sinais e sintomas de desidratação por quadro diarreico, sendo necessária a administração de uma solução de reposição hídrica e de eletrólitos com volume total de 250ml, que deverá ser infundido em 3 horas. Para a administração da solução cálculo para o gotejamento em microgotas é:

$$V = 250\text{ML}$$

$$T = 3 \text{ hrs}$$

$$250 / 3 = 83,333 = \text{aproximadamente } 83 \text{ microgotas por minuto.}$$

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

Parenteral

- ❖ **Intradérmica (ID) ;**
- ❖ **Intramuscular (IM);**
- ❖ **Endovenosa (EV);**
- ❖ **Subcutânea (SC).**

Não Parenteral

- ❖ **Oral;**
- ❖ **Retal;**
- ❖ **Nasal;**
- ❖ **Sublingual;**
- ❖ **Vaginal;**
- ❖ **Ocular ou oftálmica;**
- ❖ **Gástrica;**
- ❖ **Cutânea ou tópica;**
- ❖ **Otológica.**

VIA ORAL

Contraindicado em pacientes com vômitos, náuseas, que não conseguem deglutir, diarreia. Pode ser deglutido, sublingual (embaixo da língua), em cateter nasogástrico ou nasoenteral. Apresenta-se em formas líquidas (xarope, suspensão, elixir, emulsão) ou sólidas (comprimidos, drágeas, cápsulas, pérolas, pastilhas) (VOLPATO, PASSOS; 2018).

Materiais

- ❖ **Copo descartável;**
- ❖ **EPI's;**
- ❖ **Medicação prescrita;**
- ❖ **Etiqueta de identificação;**
- ❖ **Triturador e conta gotas S/N**

Procedimento

- 1. Ler a prescrição médica;**
- 2. Conferir os certos para uma administração segura;**
- 3. Higienizar as mãos;**
- 4. Medir a dosagem conforme prescrição;**
- 5. Checar os dados e colocar o medicamento em copo descartável com o rótulo que contém o quarto, leito, nome do paciente, medicamento, dose, via, horário e nome do responsável;**
- 6. Higienizar a mãos;**
- 7. Colocar EPI's;**
- 8. Orientar o paciente;**
- 9. Conferir novamente o nome do paciente, o medicamento, a via, com a prescrição;**
- 10. Oferecer a medicação;**
- 11. Certificar-se que o paciente ingeriu a medicação;**
- 12. Retirar EPI's;**
- 13. Higienizar as mãos;**
- 14. Checar medicação em prescrição;**
- 15. Realizar anotação de enfermagem.**

SUBLINGUAL

- 1. Orientar o cliente quanto ao procedimento ;**
- 2. Conferir os dados de identificação com a prescrição médica antes de administração**
- 3. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;**
- 4. Se possível, antes de administração do medicamento, fornecer água para enxaguar a boca e remover resíduos alimentares;**
- 5. Colocar o medicamento sob a língua do paciente e orientá-lo para NÃO deglutir a saliva até dissolver o medicamento;**
- 6. Retirar luvas;**
- 7. Higienizar as mãos;**
- 8. Checar medicação em prescrição;**

9. Realizar registro de enfermagem.

Observações

- ❖ Em medicações orais de forma líquida, agitar o frasco antes de administração;
- ❖ Se necessário, diluir o comprimido;
- ❖ Evitar o contato direto com o comprimido;
- ❖ Em administração SL, certificar-se que o paciente não engoliu ou mastigou o medicamento;
- ❖ Não ingerir alimentos ou líquidos imediatamente após o uso da SL;
- ❖ Em pacientes fumantes, orientá-los para não fumar 30 minutos antes da administração;
- ❖ A via Sublingual tem ação mais rápida que a via oral.

VIA CUTÂNEA OU TÓPICA

Os medicamentos para essa via poderão apresentar em forma de pomada, creme, pastas, campus, placas, spray. São absorvidos pela pele (VOLPATO, PASSOS; 2018).

Materiais

- ❖ Medicamento prescrito;
- ❖ Gaze;
- ❖ Espátula;
- ❖ Luvas de procedimento;
- ❖ Saco plástico para resíduos;
- ❖ Rótulo de identificação.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Fazer rótulo depois de conferir a prescrição;
3. Preparar o material e levá-lo para o paciente;
4. Orientar o paciente sobre o procedimento, explicar que se faz necessário uma lavagem do local;

-
5. Conferir dados;
 6. Higienizar as mãos;
 7. Colocar EPIs;
 8. Expor somente o local para aplicação;
 9. Colocar o medicamento sobre a gaze ou diretamente na pele com a espátula;
 10. Aplicar e espalhar delicadamente;
 11. Deixar o cliente confortável;
 12. Providenciar limpeza e a ordem do material;
 13. Retirar as luvas e lavar as mãos;
 14. Checar na prescrição médica;
 15. Fazer o registro de enfermagem.

VIA OCULAR

Instilação de medicamentos nos olhos, de acordo com a prescrição. É realizado por agentes de enfermagem com objetivo de tratar infecções oculares, dilatação pupilar ou anestesia (VOLPATO, PASSOS; 2018).

Materiais

- ❖ Medicação prescrita;
- ❖ Gaze;
- ❖ Saco para lixo;
- ❖ Luvas de procedimento.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Fazer rótulo;
3. Preparar o material conferindo a prescrição médica;
4. Levar o material para o paciente;
5. Higienizar as mãos;
6. Calçar luvas;
7. Orientar o paciente quanto ao procedimento;
8. Conferir os dados antes da administração;
9. Colocar o cliente sentado ou elevar a cabeceira;

-
10. Solicitar o cliente que incline a cabeça para cima;
 11. Afastar a pálpebra inferior com o dedo polegar, com auxílio da gaze;
 12. Pingar o número prescrito e secar o excesso com a gaze;
 13. Soltar as pálpebras pedindo para fechar os olhos;
 14. Para aplicação de pomada, colocar uma fina camada de pomada em toda a extensão do fórnix inferior. Limpar o excesso com gaze;
 15. Despreze o lixo;
 16. Higienizar as mãos;
 17. Checar na PM;
 18. Realizar o registro de enfermagem.

VIA NASAL

Administração de medicamento de forma líquida narina, realizada por agentes de enfermagem com objetivos de aliviar a congestão, facilitar drenagem, promover vasoconstrição ou ação medicamentosa específica (VOLPATO, PASSOS; 2018).

Materiais

- ❖ Medicamento prescrito;
- ❖ Conta-gotas;
- ❖ Gaze;
- ❖ Saco para lixo;
- ❖ Etiqueta para identificação;
- ❖ Luvas de procedimento.

Procedimento

1. Fazer rótulo conforme prescrição ;
2. Levar o medicamento;
3. Higienizar as mãos;
4. Calçar as luvas;
5. Orientar o cliente quanto ao procedimento e sua finalidade;
6. Conferir prescrição antes da administração;
7. Higienizar as mãos;

-
8. Fazer ou solicitar ao cliente que limpe as narinas com gaze ou lenço, em clientes dependentes limpar as narinas com cotonete;
 9. Recolher material
 10. Higienizar as mãos;
 11. Checar medicamento na PM;
 12. Realizar registro de enfermagem.

VIA OTOLÓGICA OU AURICULAR

Instilação de medicamento no canal auditivo, feito por agentes de enfermagem e será contraindicada em pacientes com tímpano perfurado (VOLPATO, PASSOS; 2018).

Materiais

- ❖ Medicação prescrita;
- ❖ Conta-gotas;
- ❖ Algodão;
- ❖ Saco para lixo;
- ❖ Etiqueta de identificação;
- ❖ Recipiente para lixo;
- ❖ Luvas de procedimento.

Procedimento

1. Ler prescrição médica;
2. Fazer rótulo contendo: quarto, leito, nome do paciente, medicamento, dose, via, horário e nome do responsável;
3. Levar o medicamento até o leito;
4. Higienizar as mãos;
5. Calçar luvas;
6. Orientar o paciente quanto ao procedimento;
7. Conferir a prescrição antes de administrar;
8. Posicionar o cliente e lateralizar a cabeça;
9. Secar o pavilhão e puxar suavemente o lóbulo para cima e para trás;

-
10. Pingar a quantidade prescrita sem tocar o conta-gotas no cliente e colocar o algodão;
 11. Recolher o material ;
 12. Higienizar as mãos;
 13. Checar na PM;
 14. Realizar registro de enfermagem.

VIA RETAL

Medicamentos que são inseridos no reto e podem apresentar-se em forma de supositórios, clister ou enteroclisma, com objetivo de aliviar constipação, flatulências e tratar doenças intestinais e analgesia. É contraindicado para pacientes com diarreia (VOLPATO, PASSOS; 2018).

Materiais

- ❖ Supositório;
- ❖ Luvas de procedimento ;
- ❖ Papel higiênico;
- ❖ Comadre;
- ❖ Recipiente para lixo;
- ❖ Etiqueta para identificação.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Ler a prescrição médica;
3. Conferir o rótulo da embalagem se bate com a prescrição;
4. Fazer rótulo contendo o nome do cliente, quarto, leito, medicação, dose, via e horário;
5. Transportar o material até o cliente;
6. Higienizar as mãos;
7. Explicar o procedimento;
8. Calçar luvas;
9. Envolver o supositório numa gaze;

-
10. Colocar o paciente em decúbito lateral ou Sims, expondo somente a área necessária;
 11. Afastar a prega interglútea, com auxílio do papel higiênico, para melhor visualização do anus;
 12. Introduzir delicadamente além do esfíncter anal e pedir ao cliente que retenha por 30 minutos;
 13. Certificar-se que o supositório tenha sido introduzido;
 14. Caso o cliente tenha condições para autoaplicação, orientá-lo quanto ao procedimento;
 15. Remover lixo ;
 16. Retirar luvas e lavar as mãos;
 17. Checar administração na PM;
 18. Fazer registro de enfermagem.

Observação

- ❖ Em caso de pacientes que não conseguem reter o supositório, comprimir as nádegas para evitar o retorno;
- ❖ Às vezes se faz necessário colocar de imediato a comadre ou transferir o cliente para o banheiro.

VIA VAGINAL

Introdução de medicamentos na vagina que podem se apresentar em forma de creme, pomada ou óvulo. Procedimento realizado pela equipe de enfermagem, médico ou a própria paciente, com finalidade de tratamento de patologias ginecológicas (VOLPATO, PASSOS; 2018).

Materiais

- ❖ Luvas de procedimento;
- ❖ gaze;
- ❖ Medicamento ;
- ❖ Aplicador vaginal individual;

-
- ❖ **Biombo;**
 - ❖ **Etiqueta para identificação;**
 - ❖ **Recipiente para desprezar o lixo.**

Procedimento

- 1. Higienizar as mãos;**
- 2. Ler a prescrição de enfermagem;**
- 3. Fazer o rótulo;**
- 4. Reunir materiais;**
- 5. Higienizar as mãos;**
- 6. Explicar procedimento para o cliente;**
- 7. Colocar biombo para a privacidade;**
- 8. Calçar luvas;**
- 9. Orientar e auxiliar o cliente para ficar em posição ginecológica;**
- 10. Abrir os grandes lábios com a mão não dominante, utilizando os dedos indicador e polegar;**
- 11. Introduzir com movimento delicado o medicamento na vagina, com o aplicador individual;**
- 12. Depois da aplicação, retirar o aplicador;**
- 13. Colocar o cliente em posição confortável;**
- 14. Desprezar material;**
- 15. Higienizar as mãos;**
- 16. Checar administração na PM;**
- 17. Realizar registro de enfermagem.**

Observações

- ❖ **Caso o medicamento escorra, colocar absorventes higiênicos;**
- ❖ **Orientar os clientes independentes para realização do procedimento;**
- ❖ **Em pacientes com hímen íntegro, utilizar aplicador apropriado.**

VIA INTRAMUSCULAR

Tem como objetivo administrar medicamentos que precisam agir de forma rápida, procedimento realizado pela equipe médica e de enfermagem (VOLPATO, PASSOS; 2018).

Materiais

- ❖ Seringa de 5 ou 3ml de acordo com o medicamento que foi prescrito;
- ❖ Agulha 40X12 para aspirar o medicamento e outra agulha para aplicação 30x7;
- ❖ algodão embebido em álcool 70%;
- ❖ medicação prescrita;
- ❖ luva de procedimento.

Procedimento

1. Conferir a prescrição e os certos ;
2. Higienização das mãos;
3. Fazer rótulo ou etiqueta de identificação do paciente e medicação;
4. Preparar medicação conforme prescrição médica;
5. Identificar o paciente pelo nome, certificando-se que seria o paciente correto;
6. Explicar o procedimento e a finalidade;
7. Higienizar as mãos;
8. Calçar luvas de procedimento;
9. Escolher local de inserção para aplicação do medicamento;
10. Fazer a antissepsia do local com algodão embebido de álcool;
11. Segurar a seringa com uma mão dominante;
12. Fixar o músculo com a outra mão em forma de pinça e introduzir a agulha com rapidez e firmeza;
13. Soltar a prega e aspirar para ver se não tem retorno sanguíneo;
14. Se não retornar o sangue, continuar a aplicação. Ao término, segurar a pele com o algodão e retirar a agulha;
15. Descartar a agulha e a seringa na caixa de perfurocortantes;
16. Higienizar as mãos;
17. Checar o horário na PM;
18. Realizar o registro de enfermagem.

Observações

- Para aplicações IM são indicadas as seguintes regiões: músculo deltóide, ventroglútea ou Hochestter, face anterolateral da coxa e dorso-glútea;
- Para aplicação deverá levar em consideração se há musculatura suficiente, espessura do tecido adiposo. Isso altera o tamanho da agulha;
- A angulação da inserção da agulha deve ser de 90°.

VÍDEO EXPLICATIVO:



[Administração de Medicação Intramuscular | Sua Saúde na Rede](#)

VIA INTRADÉRMICA

Indicada para aplicações de vacinas, testes de alergias e verificar a hipersensibilidade, como nas provas de PPD. Procedimento realizado tanto pela equipe médica como pela enfermagem (VOLPATO, PASSOS; 2018).

Materials

- ❖ Medicamento prescrito;
- ❖ Agulha 13x4,5;
- ❖ Seringa de 1ml;
- ❖ Bolas de algodão;
- ❖ Saco para lixo;
- ❖ Etiqueta para identificação;
- ❖ Luvas de procedimento.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Preparar a medicação, observando os princípios da assepsia;
3. Orientar e posicionar o paciente ;

4. Calçar luvas;
5. Introduzir a agulha na angulação de 15° com o bisel para cima e introduzindo mais ou menos 2 mm;
6. Injetar a solução observando a formação de uma bolha e retirar a agulha;
7. Não massagear o local;
8. Recolher o material e desprezar em local apropriado;
9. Higienizar as mãos;
10. Checar o horário na PM;
11. Realizar o registro de enfermagem.

Observação

- ❖ A área mais utilizada é o antebraço, mas encontra-se também indicações para a área escapular das costas;
- ❖ Não é praticada a antissepsia, pois poderia provocar um falso-reagente nos exames.

VÍDEO EXPLICATIVO



[Dica rápida - Via intradérmica - Farmacologia - Enfermagem Educacional](#)

VIA SUBCUTÂNEA

Também denominada de hipodérmica, pois reside abaixo da derme. Tem como principal diferencial a absorção medicamentosa de forma lenta e contínua, sendo um processo realizado pela equipe de enfermagem (VOLPATO, PASSOS; 2018).

Materiais

- ❖ Seringa de 3 ml ou a de insulina;
- ❖ Agulha de 13 x 4,5 para aplicação e uma de 40 x 12 para aspiração;
- ❖ Luvas de procedimento;
- ❖ Máscara;

-
- ❖ Algodão embebido em álcool a 70%;
 - ❖ Medicação prescrita;
 - ❖ Saco para descarte do lixo;
 - ❖ Etiqueta para identificação.

Procedimento

1. Leitura da prescrição médica;
2. Fazer a etiqueta com a identificação do paciente;
3. Lavar as mãos;
4. Conferir os acertos antes da aplicação;
5. Fazer a desinfecção da ampola/frasco com algodão embebido com álcool;
6. Aspirar medicação com a agulha 40x12;
7. Trocar a agulha para a de 13x4,5 para aplicação;
8. Levar a medicação para o paciente;
9. Higienizar as mãos;
10. Calçar luvas de procedimento;
11. Realizar a antisepsia do local em sentido único, do menos contaminado para o mais contaminado ;
12. Realizar uma prega cutânea ;
13. Introduzir a agulha em angulação de 90°;
14. Soltar a prega e realizar a aspiração para certificar que nenhum vaso foi atingido;
15. Injetar a medicação lentamente, fazendo pressão no êmbolo com a mão dominante;
16. Após acabar, retira-se a agulha em movimento único e coloca-se algodão sobre o local da punção;
17. Retirar EPIs;
18. Higienizar as mãos;
19. Checar horário na PM;
20. Realizar registro de enfermagem.

Observações

- ❖ Não massagear o local ;

- ❖ Caso a agulha de aplicação tenha um tamanho maior que 13x4,5 alterar o ângulo de inserção para 45°;
- ❖ Caso tenha atingido um vaso, retire a agulha, realize sua troca e reinicie todo o procedimento ;
- ❖ Não ultrapassar 1 ml na aplicação;
- ❖ Em medicações anticoagulantes, não realizar a aspiração após a aplicação, pois causará hematoma.

VÍDEO EXPLICATIVO



[Administração de Medicação via Subcutânea | Sua Saúde na Rede](#)

VIA INTRAVENOSA OU ENDOVENOSA

Com o objetivo de introduzir medicação diretamente na corrente sanguínea, o AVP ocorre geralmente nas mãos, antebraço e fossa antecubital. Quando esses membros estão danificados, pernas e pés também podem ser puncionados. Nesta via pode ser administrado grande quantidade de volume e também obtém efeito imediato da medicação (VOLPATO, PASSOS; 2018).

Materiais

- ❖ Agulha para aspirar 40x12;
- ❖ Dispositivo venoso periférico;
- ❖ Seringa conforme o volume da prescrição;
- ❖ Garrote;
- ❖ Algodão embebido em álcool 70%;
- ❖ Algodão seco ;
- ❖ EPI's;
- ❖ Saco para lixo;
- ❖ Etiqueta para identificação;
- ❖ Fita adesiva, podendo ser esparadrapo, micropore, para a fixação do dispositivo;

-
- ❖ **Papel toalha;**
 - ❖ **Medicamento que foi prescrito.**

Procedimento

- 1. Ler a prescrição médica;**
- 2. Fazer a etiqueta de identificação;**
- 3. Higienizar as mãos;**
- 4. Reunir o material;**
- 5. Conferir os certos;**
- 6. Fazer a desinfecção da ampola com algodão umedecido com álcool 70%;**
- 7. Aspirar a medicação com a agulha 40x12;**
- 8. Trocar a agulha por 30x8 e retirar o ar da seringa;**
- 9. Identificar com rótulo a seringa;**
- 10. Colocar medicação na bandeja, com algodão seco e outro embebido com álcool, garrote, dispositivo escolhido, luvas, fita para fixação e saco plástico;**
- 11. Levar o material para próximo do paciente;**
- 12. Higienizar as mãos;**
- 13. Manter o material em ordem de uso previamente checado e próximo das mãos**
- 14. Explicar o procedimento ao cliente;**
- 15. Expor apenas a área que irá ser feita a aplicação;**
- 16. Colocar membro superior em hiperextensão;**
- 17. Colocar EPIs;**
- 18. Colocar o garrote cerca de 4 dedos acima do local da aplicação, realizando um laço fixo, a fim de se produzir uma estase na rede venosa periférica;**
- 19. Solicitar para que o paciente feche e abra a mão várias vezes e conservá-la fechada até segunda ordem;**
- 20. Selecionar a veia para aplicação;**
- 21. Fazer a antisepsia do local no sentido espiral, de dentro para fora, utilizando algodão embebido em álcool 70%, com movimentos em sentido único;**
- 22. Expulsar todo o ar da seringa com ela voltada para cima;**
- 23. Posicionar o bisel para cima;**

-
24. Esticar a pele, manter a veia fixa e introduzir a agulha antes do local onde a veia deverá ser alcançada, Faz-se aspiração e se houver retorno de sangue para dentro da seringa é a confirmação do acesso;
 25. Injetar lentamente, para evitar a sensação desagradável e também uma sobrecarga;
 26. Observar possíveis reações do cliente;
 27. Retirar a agulha com movimento único e comprimir o local com algodão seco;
 28. Manter o ambiente limpo, descartando todo o material e local apropriado;
 29. Retirar luvas;
 30. Reposicionar o paciente para posição mais confortável;
 31. Levar as mãos ;
 32. Checar medicação na prescrição;
 33. Realizar o registro de enfermagem.

VÍDEO EXPLICATIVO



[Administração de Medicação Via Intravenosa | Sua Saúde na Rede](#)

SOROTERAPIA

Mesmos materiais para administração via EV, adicionando um equipo de soro e o dispositivo escolhido (VOLPATO, PASSOS; 2018).

Procedimento

1. Mesmo procedimento para punção EV;
2. Retirar o ar do equipo, conectado no frasco de soro identificado;
3. Após o punção, conectar o equipo ao dispositivo escolhido;
4. Controlar o gotejamento de acordo com o tempo de infusão.

Observações

- Não realizar a punção em membros com cateterismo, mastectomia ou insuficiência venosa;

-
- Se necessário, realizar a tricotomia;
 - Na via endovenosa é contraindicada soluções oleosas e ou ar Sempre verificar a permeabilidade do acesso e administrar lentamente a medicação.

NEBULIZAÇÃO/INALAÇÃO

É uma das maneiras eficazes para o tratamento de afecções pulmonares, alívio de processos inflamatórios, obstrutivos, usado também para umedecer vias aéreas, a fim de evitar desidratações (OLIVEIRA, MEDEIROS; 2017).

Materiais

- ❖ Bandeja;
- ❖ Fonte de O2 ou ar comprimido;
- ❖ Intermediário de O2;
- ❖ Solução nebulizadora conforme prescrição;
- ❖ Seringa para medir a dose S/N;
- ❖ Nebulizador com máscara;
- ❖ Recipiente para expectoração;
- ❖ Toalhas ou lenços podem ser necessários
- ❖ Monômetro de O2 ou ar comprimido;

Procedimento

1. Lavar as mãos;
2. Conferir solução preparada com prescrição médica;
3. Dispor todo o material sobre a bandeja;
4. Colocar a solução no copinho com o auxílio da seringa e conectar este à máscara;
5. Conferir as “certezas” antes de administrar;
6. Orientar o paciente;
7. Posicionar o paciente em fowler ou semi-fowler;
8. Conectar o fluxômetro na fonte de O2 ou ar comprimido;
9. Conectar o intermediário ao copinho inalador e junto à fonte de O2 ou ar comprimido;
10. Oferecer o nebulizador ao paciente e observar o ajuste na face;

-
11. Acionar a válvula de O2 ou ar comprimido entre 3 e 6 l/min;
 12. Orientar para que o paciente permaneça com a boca aberta e inspire profundamente;
 13. Observar término de todo o líquido nebulizador;
 14. Recolher e dar o destino correto ao material;
 15. Lavar as mãos;
 16. Realizar as anotações necessárias em prontuário.

Exemplo de anotação de enfermagem

10h00 Realizado administração da medicação Paracetamol da prescrição médica em MSD EV. NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PROCEDIMENTO - COREN (BRITO et al. 2016).

9h30 Medicação do item 5 da prescrição médica não administrada pois o paciente encontra-se em exame de RX. NOME DO PROFISSIONAL - COREN (BRITO et al. 2016).

3.13 PREPARO DO CORPO PÓS-MORTE

São os cuidados realizados no corpo do paciente, deixando-o em condições de ser encaminhado para seu destino, mantendo-o íntegro, limpo e identificável, após o óbito pelo médico. Esse cuidado tem como objetivos impedir a eliminação de secreções, gases e mau odor, bem como manter a imagem natural do paciente (VOLPATO; PASSOS, 2018; LINHARES; AZEVEDO, 2016).

Materiais necessários

- ❖ Algodão Hidrófilo;
- ❖ Ataduras;
- ❖ Bandeja;
- ❖ Biombo;
- ❖ Banho no leito, se necessário;
- ❖ Benzina ou éter;
- ❖ Bisturi ou tesoura;
- ❖ Caneta esferográfica;
- ❖ EPI's (máscara, óculos de proteção, luvas de procedimento, avental ou capote não estéril);
- ❖ Esparadrapo ou etiqueta de identificação;
- ❖ Ficha de ocorrência de óbito;
- ❖ Fralda descartável;
- ❖ Gaze;
- ❖ Hamper;
- ❖ Kit de tricotomia, se necessário;
- ❖ Lençol para cobrir o corpo;
- ❖ Material e kit para curativo, se necessário;
- ❖ Material para banho no leito, se necessário;
- ❖ Pinça Cheron ou anatômica;
- ❖ Saco plástico para descarte dos materiais;

Descrição do procedimento

1. Checar a constatação do óbito e do tamponamento por escrito pelo médico;
2. Desligar aparelhos;
3. Reunir materiais necessários;
4. Higienizar as mãos;
5. Colocar capote ou avental;
6. Preparar duas identificações (esparadrapo ou etiqueta) contendo o nome, enfermaria, leito, data, horário do óbito, nome do profissional que realizou o procedimento;
7. Preencher formulário de notificação de óbito;
8. Isolar leito com biombo;
9. Calçar luvas de procedimento, máscara e óculos;
10. Elevar a cabeceira a 30° para não haver mudança de coloração da face;
11. Retirar drenos, cateteres e cânulas;
12. Retirar prótese dentária e identificar para ser entregue à família;
13. Fechar os olhos, comprimindo as pálpebras;
14. Cobrir os olhos com algodão embebido em água ou SF 0,9%;
15. Retirar lençóis, roupas e coxins;
16. Aspirar vias aéreas, se necessário;
17. Higienizar o corpo ou realizar tricotomia facial, se necessário;
18. Realizar tamponamento de cavidades: boca, nariz, ouvido, reto, vagina, garrotear o pênis, utilizando a pinça cheron ou anatômica;
19. Ocluir os locais de punção, drenos e feridas;
20. Retirar resquícos da cola dos adesivos usando a benzina ou éter;
21. Envolver mandíbula com atadura, fazendo amarração sobre a cabeça, para manter a boca fechada;
22. Posicionar o cliente, dobrar os braços sobre o tórax, envolver mãos e pés com atadura;
23. Colocar roupa no paciente ou envolvê-lo com lençol de óbito;
24. Colocar a primeira identificação no tórax, mãos ou pés. Fechar lençol de óbito em diagonal*, colocando a segunda identificação;

-
25. Retirar os EPIs utilizados;
 26. Higienizar as mãos;
 27. Fazer o transporte do corpo conforme rotina da instituição;
 28. Reunir pertences do cliente, identificando e entregando para a família, na presença de uma testemunha e mediante assinatura;
 29. Retirar os materiais, dando destino ideal para cada um;
 30. Realizar anotação de enfermagem.

LEMBRETES

- ❖ Realizar procedimentos com a presença de mais um profissional da enfermagem;
- ❖ Oferecer apoio e orientações aos familiares;
- ❖ Não passar informações sobre óbito via telefone para família;
- ❖ Revisar o nome completo do paciente, evitando confundir com outros pacientes;
- ❖ Manter respeito ao corpo e evitar comentários desnecessários;
- ❖ Se indicação do corpo para o IML, não realizar tamponamento das cavidades naturais (VOLPATO; PASSOS, 2018, LINHARES; AZEVEDO, 2016).
- ❖ De acordo com Volpato e Passos, 2018, o fechamento em diagonal do lençol de óbito é realizado da seguinte maneira: com o paciente sobre o lençol, cubra a cabeça do paciente com a parte superior do lençol. Em seguida, com a rebarba inferior cubra os pés, e por fim, una as partes, esquerda e direita do lençol, lateralizando ao corpo paciente. Feche o lençol de óbito com fita ou esparadrapo, colocando a identificação.

Exemplo de anotação de enfermagem

27/05 18h - óbito constatado pelo médico XXX às 17h. Realizado cuidados com corpo pós morte, retirado SVD, AVP em MS D, encaminhado pertences do paciente para a enfermaria e corpo encaminhado para o serviço de necropsia. NOME DO PROFISSIONAL COREN.

VÍDEO EXPLICATIVO



[Preparação do corpo após o óbito](#)

REFERÊNCIAS

ARRUDA, C. et. al. Procedimento operacional padrão - Cateterismo vesical de demora masculino. HU/UFSC, 2014.

BARBOSA, Sayonara. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Linha de cuidado nas urgências/emergências clínicas respiratórias e metabólicas. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

BRITO, N.M.R et. al. Manual de orientação: Anotação de Enfermagem. São Paulo: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2016,40 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica. Resolução nº 619, 4 de novembro de 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019_75874.html>. Acesso em: 22 de junho de 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, COREN–SP. Boas práticas: cálculo seguro: Cálculo e diluição de medicamentos. Volume II. São Paulo, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM , COREN. Aspiração de pacientes internados em hospitais, de quem é a competência. Parecer técnico nº012 de 15 de outubro de 2012. Relator: Diogo Nogueira do Casal. Disponível em: <www.coren-ro.org.br/parecer-tecnico-no-0122012-aspiracao-de-pacientes-internados-em-hospitais-de-quem-e-a-competencia_1165.html> Acesso em: 10 de maio de 2021.

CUSTODIO, C.; FERRAZO, S. Procedimento operacional padrão de enfermagem - Verificação de oximetria. Fundação Municipal de Saúde de Canoas, 2020.

PESSANHA, Nayra de Souza et al. Fatores técnicos e fisiológicos que interferem no uso do oxímetro de pulso no CTI: do contexto histórico ao assistencial. Revista Uniabeu, v. 11, n. 27, p. 271-282, 2018.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Procedimento operacional padrão - Técnicas de sondagem nasogástrica e nasoentérica. João Pessoa: Hospital Universitário Lauro Wanderley, 2016.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Procedimento operacional padrão - Oxigenoterapia. João Pessoa: Hospital Universitário Lauro Wanderley, 2016.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Procedimento operacional padrão - Fisioterapia Hospitalar em Pacientes Adultos - Oxigenoterapia. João Pessoa: Hospital Universitário Lauro Wanderley, 2017.

ENFERMAGEM DESCOMPLICADA. Enfermagem/ Higienização Banho no leito. Youtube, 2019. Disponível em: https://youtu.be/A8V_4u4BgrU. Acesso em: 23/07/2021.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS. Procedimento operacional padrão - Lavagem gástrica, 2020.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS. Dreno portovac, orientações para pacientes com alta hospitalar. Porto Alegre, vol. 106, jan 2020.

FARACO, M, M. Procedimento operacional padrão - Sondagem orogástrica. EBSEH, 2016.

FARACO, M, M. Procedimento operacional padrão - Verificação de oximetria de pulso. HU/ BSEH, 2016.

LINHARES, N.L; AZEVEDO, P. Procedimento operacional padrão - Preparo do corpo pós a morte. EBSEH. Versão 03. 2016.

LINHARES, N.L; AZEVEDO, P. Procedimento operacional padrão - Mudança de decúbito. EBSEH. Versão 02. 2016.

MASUKAWA, I.I, et al. Procedimento operacional padrão - Instalação e manutenção de dreno de tórax. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, 2018.

MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO. Preparação do corpo após o óbito. Youtube, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=RG5tqRSvaw4>. Acesso em 27/07/2021.

OLIVEIRA, M.C; MEDEIROS, E.A.G. Procedimento Operacional Padrão - Cuidados com Oxigenação por Nebulização. HU/UFSC, 2019.

PRÁTICA ENFERMAGEM. Sonda nasogástrica. Youtube, 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Vf32fb4bkoQ>. Acesso em: 27/07/2021.

PRÁTICA ENFERMAGEM. Aspiração traqueal. Youtube, 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=KiLr6qCs8bk> Acesso em: 27/07/2021.

PRÁTICA ENFERMAGEM. Cateterismo vesical de alívio masculino. Youtube, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=yJ858ZPoB3M>. Acesso em: 27/07/2021.

PRÁTICA ENFERMAGEM.Sonda entérica - Nasoenteric tube . Youtube, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uFf-rhkyuV4>. Acesso em: 27/07/2021.

PRÁTICA ENFERMAGEM.Sonda entérica - Sonda nasogástrica. Youtube, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Vf32fb4bkoQ>. Acesso em: 27/07/2021.

PRÁTICA ENFERMAGEM. Sonda nasogástrica. Youtube, 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Vf32fb4bkoQ>. Acesso em: 27/07/2021.

PRÁTICA ENFERMAGEM. Cateterismo vesical de demora - feminino . Youtube, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=G2P6r5nwa8A>. Acesso em: 27/07/2021.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem. 8a edição. Elsevier: Rio de Janeiro, 2013.

SOKEM, J.A.S. Procedimento Operacional Padrão - Tricotomia. Dourados: UFGD, 2020.

SOKEM, J.A.S. Procedimento Operacional Padrão - Controle de glicemia capilar em paciente adulto. Dourados: UFGD, 2020.

SUA SAÚDE NA REDE. Controle de glicemia capilar. Youtube, 2015. Disponível em: <https://youtu.be/PFET9YAKwr0>. Acesso em: 22/07/2021.

SUA SAÚDE NA REDE. Transporte da paciente da cama para a maca. Youtube, 2015. Disponível em: <https://youtu.be/BCNLYPewf2Q>. Acesso em: 22/07/2021.

SUA SAÚDE NA REDE. Transporte da paciente da cama para a cadeira. Youtube, 2015. Disponível em: <https://youtu.be/UVjRqXHPYUY>. Acesso em: 22/07/2021.

SUA SAÚDE NA REDE. Higiene oral da paciente inconsciente. Youtube, 2015. Disponível em: <https://youtu.be/VNTxppBtrhk>, Acessado em: 22/07/2021.

SUA SAÚDE NA REDE. Administração de medicação via intramuscular. Youtube, 2016. Disponível em: <https://youtu.be/RGZSo6INjg>. Acessado em: 23/07/2021. **SUA SAÚDE NA REDE.** Aspiração de vias aéreas superiores. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bDfDvhCeYAU>. Acessado em: 27/07/2021.

SUA SAÚDE NA REDE. Administração de medicação via subcutânea. Youtube, 2015. Disponível em: <https://youtu.be/rB0dNifaOVQ>. Acessado em 23/07/2021.

SUA SAÚDE NA REDE. Administração de medicação via intravenosa. Youtube, 2015. Disponível em: <https://youtu.be/gsAQX5ttkO0>. Acessado em: 23/07/2021.

SÓ ENFERMAGEM.Dica rápida - via intradérmica - farmacologia - enfermagem educacional. Youtube, 2019. Disponível em: <https://youtu.be/ehht7NZrx0g>. Acesso em 23/07/2021.

VOLPATO, Andrea Cristine Bressane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. Técnicas básicas de enfermagem. 5. ed. São Paulo: Martinari, 2018. 389 p.

XAVIER, L.B; PRUDENTE, J.A.B. Procedimentos Operacional Padrão - Verificação de Glicemia Capilar.UFSC, 2017.