



República de Moçambique
Ministério da Saúde

Guião de Procedimentos Básicos de Enfermagem

2ª Edição



Ficha Técnica

© Esta publicação do Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) foi realizada com o apoio técnico da Jhpiego e com os fundos do povo dos Estados Unidos da América, disponibilizados por meio do Plano de Emergência do Presidente para o alívio do SIDA através do Centro de Prevenção e Controlo de Doenças (CDC).

É permitida a reprodução parcial ou total deste Guião, desde que citada a fonte.

Ministério da Saúde (MISAU). Direcção Nacional de Assistência Médica. Departamento de Enfermagem. Direcção Nacional de Recursos Humanos. Departamento de Planificação e Desenvolvimento Curricular.

Guião de Procedimentos Básicos de Enfermagem. 2.^a ed. Moçambique: MISAU/DPDC/DE, 2014.

Autores

Ermelinda Maria do Sacrário Notião – DPDC (MISAU)
Felizarda Dgedge - HCM
Inácia Vicente Manuel - Instituto de Ciências da Saúde de Maputo
Jaime Chore - HCM
Julania Armando Langa - HCM
Olga Novela- Departamento de Enfermagem (MISAU)
Rita Mucache Mondlane - Departamento de Enfermagem (MISAU)
Safira Cuna - HCM
Escolástica Rejane Ferreira Moura - Jhpiego
Adriana Santos - Jhpiego
Amelia Kaufman - Jhpiego

Revisores 2.^a Edição

Departamento de Enfermagem – DNAM - MISAU
Departamento de Planificação e Desenvolvimento Curricular– DNRH – MISAU
Repartição de Enfermagem – DPS Sofala
Instituto de Ciências de Saúde de Nampula
Centro de Formação de Saúde de Chimoió
Centro de Formação de Saúde Chicumbane
Centro de Formação de Saúde de Pemba
Centro de Formação de Saúde de Mocuba

Nota: O conteúdo é da responsabilidade dos autores e tem a finalidade de servir como referência para enfermeiros, outros técnicos de saúde, professores e estudantes da área de saúde.



A segunda edição do Guião de Procedimentos Básicos de Enfermagem, foi revista por uma equipa de profissionais idóneos, das diferentes instituições do Ministério da Saúde.

Destacamos a participação dos Órgãos Centrais, Hospital Central de Maputo, Instituições de Formação - Centros e Institutos de todo o País, que se mostraram disponíveis e comprometidos com a necessidade de padronizar os procedimentos, tendo como base as novas evidências científicas do mundo, sobre os 49 procedimentos de Enfermagem mais usuais nas Unidades Sanitárias em Moçambique.

Porque o nosso maior valor é a vida, esperamos que este conjunto de directrizes, sob forma de Guião, seja um instrumento imprescindível na vida profissional e quotidiana dos Enfermeiros, Professores e Estagiários de Enfermagem, tornando o cuidado de Saúde cada vez mais humanizado e de qualidade.

Maputo, Julho de 2014



Alexandre Jaime L. Manguela

Ministro da Saúde

Procedimentos	N.º de Página
CUIDADOS COM A PELE	
1. Higienização das Mãos:	5
■ Com água e sabão;	5
■ Por fricção com álcool glicerinado;	6
■ Com anti-séptico.	6
2. Higiene oral;	7
3. Banho na cama;	9
4. Higiene do cabelo e couro cabeludo;	11
5. Pensos:	
■ Da Ferida cirúrgica limpa;	12
■ Da Inserção de drenos;	14
■ Da Inserção de cateter vascular;	16
■ Da Ferida com cicatrização por segunda ou terceira intenção.	17
6. Prevenção de úlcera por pressão	19
Cuidados com utentes com úlcera por pressão	21
CUIDADOS NUTRICIONAIS	
1. Entubação Nasogástrica	
■ Colocação da SNG;	22
■ Monitoria da SNG;	24
■ Administração de alimentos por SNG;	25
■ Remoção da SNG;	26
CUIDADOS COM ELIMINAÇÕES	
1. Sondagem vesical:	
■ Algaliação feminina;	27
■ Algaliação masculina;	29
■ Monitoria da sondagem vesical feminina ou masculina;	31
■ Remoção da sonda vesical feminina ou masculina;	33
■ Irrigação vesical.	34
2. Verificação da Diurese;	35
3. Aspiração de secreções:	
Das vias respiratórias superiores;	36
Em caso de traqueostomia.	38

VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
Passos Comuns a Todos os Procedimentos	40
1. Temperatura;	41
2. Pulso e respiração;	42
3. Tensão arterial.	43
INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS	
1. Oxigenoterapia;	44
2. Monitorização da drenagem torácica;	46
3. Lavagem gástrica devido a hemorragia;	48
4. Clister de limpeza.	49
5. Administração de Medicamentos	
Via oral;	51
Via Intramuscular;	52
Via Endovenosa.	56
PROCEDIMENTOS INTRAVASCULARES	
1. Cateter ou agulha em veia periférica:	
Colocação;	58
Cálculo de gotas/minutos por infusão endovenosa;	60
Manutenção;	61
Retirada.	62
2. Instalação de sistema de transfusão de sangue e hemoderivados.	64
CUIDADOS PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS NA ENFERMARIA	
1. Procedimentos pré-operatórios;	67
2. Procedimentos pós-operatórios.	69
OUTROS PROCEDIMENTOS	
1. Como se relacionar com o utente;	71
2. Como se relacionar com familiares;	71
3. Admissão do utente;	72
4. Alta do utente;	73
5. Uso de EPI:	75
Como retirar e tratar EPI.	77
6. Preparação de material para esterilização;	78
7. Preparo do corpo após a morte.	80
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	
	83

1. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Objectivo: Prevenir as infecções transmitidas pelas mãos ao remover a sujidade e inibir ou matar os microrganismos presentes na pele.

Quando realizar:

- Ao observar sujidade nas mãos;
- Antes e depois de realizar qualquer procedimento ou atender o utente;
- Antes de calçar luvas;
- Depois de remover as luvas;
- Após manuseio de instrumentos contaminados e outros itens;
- Após o contacto com membranas mucosas, sangue ou outros fluidos corporais;
- Depois de tossir ou assoar;
- Depois de usar a casa de banho;
- Depois de realizar qualquer procedimento de limpeza.

Higiene das Mãos com Água e Sabão

Material Necessário:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ■ Sabão (de preferência líquido); | ■ Toalha de papel ou toalha de tecido de uso individual, sempre que esteja limpa e seca. |
| ■ Água corrente limpa; | |

Passos do Procedimento:

1. Molhe bem as mãos com água corrente limpa (da torneira ou de balde);
2. Aplique na palma da mão quantidade de sabão (de preferência sabão líquido) suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos;
3. Ensaboe todas as superfícies das mãos (palmas e dorso), punhos, espaços interdigitais, dedos e contornos das unhas, friccionando-as entre si por 40 a 60 segundos;
4. Passe bem as mãos em água corrente e limpa;
5. Seque as mãos com papel toalha ou toalha de tecido de uso individual, que esteja limpa e seca;
6. Feche a torneira com os punhos ou com o papel toalha usado para secar as mãos.

Fricção com Álcool Glicerinado

Material Necessário:

- Álcool etílico ou isopropílico 60-90% com glicerina (para cada 100 ml de álcool, acrescentar 2 ml de glicerina ou sorbitol).

OBS: A fricção das mãos com álcool glicerinado é muito eficaz, mas só pode ser utilizada quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. Mesmo se as mãos se apresentarem visivelmente limpas, recomenda-se a lavagem das mãos com água e sabão a cada 5 ou 10 fricções com álcool glicerinado.

Passos do Procedimento:

1. Aplique aproximadamente 5 ml de álcool glicerinado em uma das mãos em forma de concha (quantidade suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos);
2. Esfregue vigorosamente a solução em todas as superfícies das mãos (palmas e dorso), punhos, espaços inter-digitais, dedos e contornos das unhas, friccionando-as entre si até que as mãos estejam secas.

Fricção com Anti-séptico

Material Necessário:

- Anti-séptico: Clorexidina 2-4% (Hibiclens, Hibiscrub, Hibitane® ou Clorexidina e Cetrimida 2-4% (Savlon®) ou álcool etílico ou isopropílico a 60-90%);
- Papel toalha ou compressa esterilizada.

Quando utilizar anti-séptico:

- Antes de examinar ou tratar utentes susceptíveis (crianças prematuras, idosos, fase avançada da SIDA e nos cuidados intensivos);
- Ao efectuar um procedimento invasivo (colocação de um dispositivo intravascular, por exemplo);
- Após contacto com utentes que necessitem precauções para contacto (hepatite A ou E, varicela, cólera entre outras).

Passos do Procedimento:

1. Molhe bem as mãos com água corrente e limpa;
2. Aplique na palma da mão quantidade de anti-séptico suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos;
3. Ensaboe todas as superfícies das mãos (palmas e dorso), punhos, espaços inter-digitais, dedos e contornos das unhas, friccionando-as entre si por 40 a 60 segundos;
4. Passe bem as mãos em água corrente e limpa;
5. Seque as mãos com papel toalha ou compressa esterilizada;
6. Feche a torneira com o papel toalha ou compressa esterilizada usada para secar as mãos.

2. HIGIENE ORAL

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

Material Necessário:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ EPI: luvas de procedimento, máscara, óculos e avental plástico;■ Recipiente com saco plástico para o lixo infeccioso, devidamente identificado; | <ul style="list-style-type: none">■ Tabuleiro;■ Material: copo com água, escova de dentes ou espátula montada com compressa, pasta dentífrica, cuvette; toalha de rosto, vaselina. |
|--|---|

Passos do Procedimento:

1. Reúna todo o material necessário e leve-o para o quarto do utente;
2. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas de procedimento;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Explique o procedimento e peça a sua colaboração;
5. Coloque o utente em posição *Fowler* ou *semi-Fowler* ou a mais confortável, a depender do seu estado geral;
6. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 5);
7. Calce as luvas de procedimento;
8. Coloque a toalha sob o queixo do utente;
9. Caso o utente esteja em condições de executar o procedimento, coloque o material ao seu alcance;
10. Caso o utente não o possa fazer, realize-o;
11. Caso o utente tenha plaquetopenia ou trombocitopénia, tenha atenção para o sangramento gengival;
12. Coloque uma cuvette sob o queixo do utente;
13. Deite água sobre a escova e coloque a pasta ao longo da mesma, ou molhe com água a espátula montada com compressa e coloque a pasta;
14. Dê água ao utente para humedecer a sua boca;
15. Peça ao utente para escovar os dentes com movimentos de cima para baixo, e escovar também as gengivas e a língua;
16. Peça ao utente para bochechar e secar o rosto com uma toalha;
17. Em caso de utentes inconscientes:
 - Use espátula ou escova com pasta dentífrica e proceda à lavagem dos dentes com movimentos de cima para baixo;
 - Molhe a espátula em água e limpe as gengivas, língua e face interna da boca;
 - Limpe e seque o utente.

CUIDADOS COM A PELE

18. Caso o utente tenha próteses dentárias, escove-as e lave-as separadamente em água corrente;
19. Lubrifique os lábios do utente com vaselina, quando necessário;
20. Deixe o utente confortável;
21. Recolha, lave e arrume o material;
22. Retire e processe os EPI utilizados (ver procedimento na página 77);
23. Deite o material descartável em recipiente para lixo infeccioso;
24. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 5);
25. Registe o procedimento no processo do utente e diário de enfermagem.

3. BANHO NA CAMA

Objectivo: Proporcionar higiene e conforto ao utente acamado e manter a integridade cutânea.

Material Necessário:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ EPI: Luvas de procedimento, máscara, óculos e avental plástico;■ Toalha de banho, pijama, biombos, roupa de cama para mudar (02 lençóis e 01 fronha) e saco para roupa suja;■ Tabuleiro; | <ul style="list-style-type: none">■ Bacia, balde com água morna, balde para água suja, sabão, compressas ou toa-lhetes, arrastadeira ou urinol;■ Tesoura, quando necessário;■ Produtos de uso pessoal: vaselina ou hidratante, desodorizante, perfume entre outros. |
|--|---|

Passos do Procedimento:

1. Reúna todo o material necessário e leve-o ao quarto do utente;
2. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas de procedimento;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Explique o procedimento e peça a sua colaboração;
5. Coloque o material ao alcance das mãos, na mesa de cabeceira, próxima a cama do utente;
6. Coloque a roupa de cama limpa nas costas da cadeira aos pés da cama do utente;
7. Posicione o saco de roupa suja próximo da cama do utente;
8. Posicione o biombo;
9. Pergunte ao utente sobre a necessidade de utilizar arrastadeira ou urinol e ofereça quando necessário;
10. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 5);
11. Calce as luvas de procedimento;
12. Inicie pela higiene oral (ver procedimento na página 7);
13. Respeite a privacidade do utente expondo apenas as partes necessárias;
14. Solte toda a roupa de cama deixando o utente coberto apenas com o lençol;
15. Utilize toalhetes ou compressas para ensaboar e enxaguar, sempre da zona mais limpa para a mais suja e da mais distante para a mais próxima. Seque com a toalha de banho, obedecendo à seguinte ordem:
 - Olhos (canto externo e depois interno);
 - Rosto, orelhas (protegendo os ouvidos) e pescoço;
 - Membros superiores e axilas (faça movimentos longos e firmes do punho para a axila);

CUIDADOS COM A PELE

- Mãos (mergulhe-as na bacia, lavando os espaços interdigitais e debaixo das unhas); Tórax e abdómen (faça movimentos circulares, longos e suaves), dê atenção especial ao umbigo, observe as condições das mamas e pregas infra-mamárias;
 - Membros inferiores (faça movimentos longos e firmes da coxa até o joelho e do joelho até o tornozelo);
 - Pés (mergulhe-os na bacia e lave os espaços interdigitais, massageando os calcanhares e maléolos);
 - Órgãos genitais:
 - Caso o utente possa realizar sua higiene íntima sozinho, ofereça uma compressa ou toalhete ensaboada;
 - Caso esteja impossibilitado de fazê-lo, realize o procedimento:
 - Posicione a arrastadeira;
 - Molhe as regiões vulvar ou peniana, perineal e perianal com água morna;
 - Ensaboe, enxágue e seque as regiões vulvar ou peniana, perineal e perianal de cima para baixo;
 - Retire a arrastadeira;
 - Despreze a água da arrastadeira na sanita, as compressas no lixo infeccioso e os toalhetes no saco de roupa suja;
 - Costas, nádegas e cóccix, fazendo massagem de conforto (atenção aos sinais de úlcera por pressão);
 - Faça a higiene do cabelo e couro cabeludo, se necessário (ver procedimento na página 11);
16. Arrume a cama substituindo a roupa suja e mantendo os lençóis bem esticados;
 17. Ofereça roupa limpa ou ajude o utente a vestir-se;
 18. Corte as unhas e aplique vaselina ou creme hidratante, quando necessário;
 19. Ofereça pente ao utente ou penteie os seus cabelos, caso este esteja impossibilitado de fazê-lo;
 20. Recolha, lave e arrume o material;
 21. Retire e processe os EPI utilizados (ver procedimento na página 77);
 22. Deite o material descartável e as compressas no lixo infeccioso e as toalhetes no saco para roupa suja;
 23. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
 24. Registe o procedimento no diário de enfermagem.

4. HIGIENE DO CABELO E COURO CABELUDO

Objectivo: Promover a higiene e conforto do utente acamado.

Material Necessário:

- | | |
|---|--|
| ■ EPI: Luvas de procedimento, máscara, óculos e avental plástico; | ■ Balde para água suja, balde com água morna limpa, jarra para deitar a água, bacia; |
| ■ Biombo, forro plástico, toalha de banho; | ■ Champô ou sabão líquido, condicionador, pente ou escova. |

Passos do Procedimento:

1. Reúna todo o material necessário e leve-o ao quarto do utente;
2. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas de procedimento;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Explique o procedimento e peça a sua colaboração;
5. Coloque todo o material necessário na mesa de cabeceira e ao alcance das mãos;
6. Assegure a privacidade e a dignidade do utente;
7. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 5);
8. Calce as luvas de procedimento;
9. Coloque o balde para água suja, no chão, ao lado da cama do utente;
10. Retire a almofada e forre com plástico o espaço sob a cabeça do utente;
11. Coloque uma bacia sob a cabeça do utente;
12. Derrame a água morna com o jarro sobre o cabelo;
13. Coloque o champô nas mãos e massageie o couro cabeludo e cabelo;
14. Derrame água morna sobre o cabelo até eliminar todo o champô;
15. Passe condicionador, se for necessário;
16. Retire o excesso de condicionador, se necessário;
17. Descarte a água da bacia no balde;
18. Retire a bacia e envolva a cabeça do utente com uma toalha;
19. Seque os cabelos, penteando-os a seguir;
20. Recolha e processe o material utilizado;
21. Retire e processe os EPI usados (ver procedimento na página 77);
22. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
23. Registe o procedimento no diário de enfermagem.

5. PENSOS

Objectivo: Prevenir infecção no sítio cirúrgico, no sítio de inserção de cateter e proporcionar ambiente ideal para recuperação tecidual.

PENSO DA FERIDA CIRÚRGICA

Material Necessário:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ EPI: Luvas de procedimento, máscara, óculos e avental plástico;■ <i>Kit</i> de penso: cápsula, 1 pinça de dissecação sem dentes 14 cm (anatômica), 1 pinça de dissecação com dentes 14cm, 2 pinças Kelly rectas, cerca de 10 compressas de gaze; | <ul style="list-style-type: none">■ Biombo, mesa de Mayo;■ Solução fisiológica a 0,9%, éter ou benzina, adesivo;■ Recipientes com sacos plásticos para lixo comum e lixo infeccioso, devidamente identificados. |
|---|---|

OBS: O primeiro penso da ferida cirúrgica limpa, que evolui sem edema ou hemorragia, deve ser realizado após 24/48h da cirurgia, de acordo com a orientação do cirurgião. No segundo penso, se a ferida cirúrgica mantiver as mesmas condições do primeiro penso, seguir com “penso aberto”, ou seja, a ferida cirúrgica não necessita ficar coberta com um penso.

Passos do Procedimento:

1. Reúna todo o material necessário e leve-o para o quarto do utente;
2. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas de procedimento;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Explique o procedimento ao utente e, com a sua colaboração, posicione-o de modo a facilitar a sua realização e manter a privacidade;
5. Coloque todo o material necessário na mesa de Mayo ou mesa de cabeceira do utente, ao alcance das mãos;
6. Faça a higiene das mãos (ver procedimento página 5);
7. Calce as luvas de procedimento;
8. Abra o *kit* de penso pela parte externa;
9. Retire a pinça de dissecação com dentes, segurando-a com ajuda do papel de embalagem do *kit*;
10. Arrume as demais pinças na ordem da sua utilização, sobre o campo estéril embalagem do *Kit*), com a ajuda da pinça de dissecação com dentes;
11. Com a pinça Kelly na mão dominante, agarre 01 compressa de gaze e embeba-a em éter ou benzina;

12. Passe esta compressa sobre os adesivos do penso com a pinça Kelly na mão dominante e, com a outra mão, utilize a pinça de dissecação com dentes para ir soltando o adesivo até retirá-lo por completo;
13. Deite o penso em recipiente para o lixo infeccioso;
14. Remova os resíduos de adesivo em torno da ferida com a compressa de gaze embebida em éter ou benzina;
15. Deite no recipiente para descontaminação as pinças usadas na remoção do penso;
16. Com as pinças Kelly e de dissecação sem dentes (anatômica), dobre compressas de gaze embebidas em solução fisiológica a 0,9%;
17. Limpe suavemente a ferida (a pele ao redor da ferida e logo a própria ferida, sempre da parte mais limpa para a mais suja);
18. Deite fora as compressas utilizadas na limpeza da ferida cirúrgica no recipiente para lixo infeccioso;
19. Com as pinças Kelly e de dissecação sem dentes (anatômica), dobre compressas de gaze e seque a ferida, sempre do mais limpo para o mais sujo;
20. Se for o primeiro penso, cubra a ferida com compressa de gaze e fixe-a com adesivo;
21. Se for o segundo penso e a ferida se apresentar limpa, sem edema ou hemorragia, deixe a ferida descoberta;
22. No caso de ferida descoberta, explique ao utente que não será necessário fazer novo penso. Que a ferida deve ser limpa com água e sabão, diariamente durante o banho, e seca cuidadosamente, após o banho, com toalha ou pano limpo, separado somente para este fim;
23. Deixe o utente em posição confortável;
24. Deite as compressas de gaze em recipiente para lixo infeccioso;
25. Recolha, encaminhe para descontaminação, limpeza e esterilização o material do *kit* do penso, lave e arrume todo o material utilizado;
26. Retire e processe os EPI utilizados (ver procedimento na página 77);
27. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
28. Registe o procedimento, as características da ferida e as orientações dadas ao utente, no diário de enfermagem.

Penso da Inserção de Drenos

Material Necessário:

- | | |
|---|---|
| ■ EPI: Luvas de procedimento, máscara, óculos e avental plástico; | ■ Biombo, mesa de Mayo; |
| ■ <i>Kit</i> de penso: cuvete, cápsula, 1 pinça de dissecação sem dentes 14 cm (anatômica), 1 pinça de dissecação com dentes 14cm, 2 pinças Kelly rectas, cerca de 10 compressas de gaze; | ■ Solução fisiológica a 0,9%, éter ou benzina, adesivo; |
| | ■ Recipientes com sacos plásticos para lixo comum e lixo infeccioso, devidamente identificados. |

OBS: Quando o utente tiver ferida cirúrgica e dreno, comece por fazer o penso da ferida cirúrgica e, em seguida, da drenagem. O penso da inserção do dreno deve ser substituído diariamente.

Passos do Procedimento:

1. Reúna todo o material necessário e leve-o para o quarto do utente;
2. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas de procedimento;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Explique o procedimento ao utente e, com a sua colaboração, posicione-o de modo a facilitar a realização do procedimento e manter a sua privacidade;
5. Coloque todo material necessário na mesa de Mayo ou mesa de cabeceira do utente, ao alcance das mãos;
6. Faça a higiene das mãos (ver procedimento página 5);
7. Calce as luvas de procedimento;
8. Abra o *kit* de penso pela parte externa;
9. Retire a pinça de dissecação com dentes, segurando-a com ajuda do papel de embalagem do *kit*;
10. Arrume as demais pinças na ordem de sua utilização, sobre o campo estéril (embalagem do *Kit*), com a ajuda da pinça de dissecação com dentes;
11. Com a pinça Kelly na mão dominante, agarre 01 compressa de gaze e embeba-a em éter ou benzina;
12. Passe esta compressa sobre os adesivos do penso com a pinça Kelly na mão dominante e, com a outra mão, utilize a pinça de dissecação com dentes para ir soltando o adesivo até retirá-lo por completo;
13. Deite o penso em recipiente para o lixo infeccioso;
14. Remova os resíduos de adesivo em torno da ferida com a compressa de gaze embebida em éter ou benzina;

15. Deite para descontaminação, lavagem e esterilização as pinças usadas na remoção do penso;
16. Com as pinças Kelly e de dissecação sem dentes (anatômica), dobre compressas de gaze embebidas em solução fisiológica a 0,9%;
17. Limpe suavemente o local de inserção do dreno, da zona de inserção para o exterior;
18. Deite fora as compressas utilizadas na limpeza do local de inserção do dreno no recipiente para lixo infeccioso;
19. Com as pinças Kelly e de dissecação sem dentes (anatômica), dobre compressas de gaze e seque a ferida;
20. Deite fora as compressas utilizadas para secar o local de inserção do dreno no recipiente para lixo infeccioso;
21. Observe o orifício da saída e o estado da pele na proximidade do dreno. Caso haja alterações comunique ao clínico;
22. Coloque duas compressas de gaze, uma em frente da outra, de forma a abraçar o dreno no seu interior;
23. Cubra com compressas de gaze, em quantidade proporcional ao do exsudato;
24. Fixe com adesivo e identifique data e responsável;
25. Deixe o utente em posição confortável;
26. Recolha, encaminhe para descontaminação, limpeza e esterilização o material do *kit* do penso, lave e arrume todo o material utilizado;
27. Retire e processe os EPI usados (ver procedimento na página 77);
28. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 5);
29. Registe o procedimento, as características do local da inserção do dreno e do exsudato, no diário de enfermagem.

Penso da Inserção do Cateter Vascular

Material Necessário:

- | | |
|--|--|
| ■ EPI: Luvas de procedimento, máscara; | ■ Anti-séptico: Clorexidina 2-4% (Hibitane®) ou Clorexidina e Cetrimida 2-4% (Savlon®) ou iodopovidona em base aquosa; |
| ■ Biombo, mesa de Mayo; | ■ Solução fisiológica a 0,9%, compressas de gaze, adesivo. |
| ■ Tabuleiro; | |

OBS: O penso da inserção do cateter deverá ser feito sempre que se apresentar húmido, com sujidade ou soltura.

Passos do Procedimento:

1. Reúna todo o material necessário e leve-o para o quarto do utente;
2. Coloque a máscara;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Explique o procedimento ao utente e, com a sua colaboração, posicione-o de modo que facilite a realização do procedimento e mantenha a sua privacidade;
5. Coloque todo o material necessário na mesa de Mayo ou mesa de cabeceira do utente, ao alcance das mãos;
6. Faça a higiene das mãos (ver procedimento página 6);
7. Verifique a presença de dor, edema, hematoma, hiperemia e data da inserção. Caso ocorram sinais de flebite, extravasamento ou a inserção tenha sido feita há mais de 72 horas, retire o cateter e faça nova inserção (ver procedimento na página 58);
8. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
9. Calce as luvas de procedimento;
10. Abra o pacote de compressa;
11. Limpe o local da inserção com a compressa embebida em solução fisiológica a 0,9%;
12. Seque o local da inserção do cateter com compressa seca;
13. Faça a antisepsia do local da inserção com compressa embebida em um dos anti-sépticos descritos acima;
14. Deite fora as compressas utilizadas no recipiente para lixo infeccioso;
15. Cubra o local da inserção do cateter com fina camada de compressa e fixe-a com adesivo;
16. Caso o adesivo indicativo da data de inserção do cateter tenha sido removido, recoloque a data de inserção;
17. Deixe o utente em posição confortável;
18. Recolha, lave e arrume todo o material utilizado;
19. Retire e processe os EPI usados (ver procedimento na página 77);

CAUIDADOS COM A PELE

20. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 5);
21. Registe o procedimento e as características do local da inserção do cateter, no diário de enfermagem.

Penso da Ferida com Cicatrização por Segunda ou Terceira Intenção

Material Necessário:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">■ EPI: Luvas de procedimento, máscara, avental plástico;■ <i>Kit</i> de penso: cuvete, cápsula, 1 pinça de dissecação sem dentes 14 cm (anatômica), 1 pinça de dissecação com dentes 14cm, 2 pinças Kelly rectas, cerca de 10 compressas de gaze;■ Biombo, mesa de Mayo, caixa incineradora; | <ul style="list-style-type: none">■ Solução fisiológica a 0,9%, seringa de 20 ml, agulha de calibre 18, bisturi, tesoura de ponta fina, adesivo ou ligadura;■ Recipientes com sacos plásticos para lixo comum e lixo infeccioso, devidamente identificados. |
|--|--|

OBS: Os pensos devem ser trocados a cada 24, ou sempre que estiverem húmidos e com sujidades ou de acordo com a prescrição médica.

Passos do Procedimento:

1. Reúna todo o material necessário e leve-o para o quarto do utente;
2. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas de procedimento;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Coloque todo material necessário na mesa de Mayo ou mesa de cabeceira do utente, ao alcance das mãos;
5. Explique o procedimento ao utente e, com a sua colaboração, posicione-o de modo que facilite a realização do procedimento e mantenha a sua privacidade;
6. Faça a higiene das mãos (ver procedimento página 5);
7. Calce as luvas de procedimento;
8. Abra o *kit* de penso pela parte externa;
9. Retire a pinça de dissecação com dentes, segurando-a com ajuda do papel de embalagem do *kit*;
10. Arrume as demais pinças na ordem de sua utilização, sobre o campo estéril (embalagem do *Kit*), com a ajuda da pinça de dissecação com dentes;
11. Com uma pinça Kelly na mão dominante, agarre 01 compressa de gaze e embeba-a com solução fisiológica a 0,9%;

12. Passe esta gaze sobre os adesivos do penso com a pinça Kelly em mão dominante e, com a outra mão, utilize a pinça de dissecação com dentes para ir soltando o adesivo até retirá-lo por completo;
13. Deite o penso em recipiente para o lixo infeccioso;
14. Deite no recipiente para descontaminação as pinças usadas na remoção do penso;
15. Irrigue o leito da ferida com solução fisiológica a 0,9% com a seringa, evitando tocar a ferida com a agulha;
16. Com as pinças Kelly e de dissecação sem dentes (anatómica), dobre compressas de gaze embebidas em solução fisiológica a 0,9%;
17. Caso a ferida apresente exsudatos, procure remover, limpando a ferida com as compressas embebidas em solução fisiológica a 0,9%, com movimentos leves e lentos, para não prejudicar o processo cicatricial;
18. Caso a ferida apresente tecidos desvitalizados, procure retirar com auxílio de compressa, pinça, bisturi ou tesoura de ponta fina;
19. Cubra o leito da ferida directamente com compressa húmida com solução fisiológica a 0,9%;
20. Cubra a ferida com compressas secas;
21. Fixe com adesivo ou ligadura;
22. Deite as compressas utilizadas na limpeza da ferida no recipiente para lixo infeccioso;
23. Deixe o utente em posição confortável;
24. Recolha, encaminhe para descontaminação, limpeza e esterilização o material do *kit* do penso, lave e arrume todo o material utilizado;
25. Retire e processe os EPI usados (ver procedimento na página 77);
26. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
27. Registe o procedimento, as características da ferida e as orientações dadas ao utente, no diário de enfermagem.

6. PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Objectivos: Manter a integridade cutânea, proporcionar conforto ao utente e prevenir o aparecimento de úlceras por pressão.

Material Necessário:

- | | |
|--|--|
| ■ EPI: Luvas de procedimento, sempre que o utente apresentar lesões na pele; | ■ Colchão anti-úlceras por pressão, quando houver e for necessário; |
| ■ Biombo, lençóis, almofadas, protectores de calcanhar e cotovelo (rodas); | ■ Vaselina ou creme hidratante; |
| | ■ Recipiente com saco plástico para lixo infeccioso, devidamente identificado. |

Passos do Procedimento:

1. Reúna todo o material necessário e leve-o ao quarto do utente;
2. Cumprimente o utente e identifique-se;
3. Explique o procedimento e peça a sua colaboração;
4. Assegure a privacidade do utente;
5. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
6. Calce as luvas de procedimento caso o utente apresente lesões na pele;
7. Avalie a pele com atenção para a região occipital, pavilhão da orelha, escápula, cotovelos, região sacra, punhos, quadril, face posterior da perna e calcanhares, observando a presença de rubor, edema, dor, escoriação, flictenas ou úlceras;
8. Caso existam alterações, estabeleça o plano para mudança de decúbito (a cada 03 horas), utilizando o gráfico para mudança de decúbito;
9. Faça massagem de conforto com vaselina ou creme hidratante a cada mudança de decúbito. Evite massagens nas proeminências ósseas;
10. Durante as mudanças de decúbito evite arrastar o utente, apoiá-lo sobre as zonas que apresentam alterações e o contacto das proeminências ósseas com a cama. Mantenha o alinhamento corporal, a distribuição do peso e o equilíbrio do utente;
11. Informe ao utente e/ou acompanhante sobre a existência de alterações e sobre a necessidade da mudança de decúbito a cada três horas, higiene do local e evitar toda a pressão sobre o mesmo, bem como realizar limpeza da pele mediante necessidades;
12. Mantenha a pele sempre limpa e hidratada;
13. Eleve a cabeceira da cama o mínimo possível, se não houver contra-indicação. Se necessário, a elevação não deve ultrapassar 30°;
14. Quando o utente for colocado em decúbito lateral evite posicioná-lo sobre o trocanter do fémur, lateralizando-o em 30°;

15. Supervisione e/ou realize o banho diário (se na cama, ver procedimento na página 9);
16. Mantenha a roupa da cama limpa, seca e bem esticada, sem pregas e corpos estranhos;
17. Mediante as necessidades diárias do utente, oriente-o ou faça a sua higiene, com atenção para a região entre as nádegas (limpe e seque), local onde é comum o aparecimento de fissuras;
18. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 5);
19. Descarte as luvas de procedimento, caso tenham sido necessárias, em recipiente para lixo infeccioso;
20. Encoraje o utente a andar e sentar-se na cadeira sempre que possível;
21. Oriente o utente e/ou familiares sobre a necessidade de mudar a posição sentada a cada 15 ou 30 minutos (levantando e sentando novamente);
22. Oriente o utente e/ou familiares sobre a importância de uma alimentação rica em proteínas e zinco (carne vermelha, aves e peixe, ovos, leite e derivados, feijão, lentilha, soja e feijão verde), hidratos de carbono (cereais, milho, trigo, aveia, arroz, batata, inhame), gorduras (óleos e azeite), vitamina A (fígado, ovo, cenoura e folhas verdes), vitamina C (frutas cítricas, em geral) e vitamina E (óleos vegetais, nozes, castanha, amendoim e cereais integrais);
23. Ofereça bastante água e outros líquidos e oriente o utente e seus familiares sobre a importância da hidratação adequada (2 litros de água diários);
24. Registe as condições gerais da pele e procedimentos no diário de enfermagem, e as mudanças de decúbito no gráfico para mudanças de decúbito.

Cuidados com Utentes com úlceras por Pressão

Material Necessário:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">■ EPI: Luvas de procedimento, máscara, avental plástico, barrete, óculos, quando necessário;■ Ficha para estadiamento da úlcera por pressão;■ Biombo, lençóis, almofadas, protectores de calcanhar e cotovelo (rodela); | <ul style="list-style-type: none">■ Colchão anti-úlceras por pressão, quando houver e for necessário■ Solução fisiológica a 0,9%, solução de Dakin (solução clorada a 0,025%) na presença de tecido necrosado;■ Recipiente com saco plástico para lixo infeccioso, devidamente identificado. |
|---|--|

OBS: A avaliação do estadiamento da úlcera por pressão deve ser realizado no momento da admissão de adultos e crianças de 12 a 18 anos. Durante o internamento, esta avaliação deve ser realizada semanalmente e/ou a cada mudança do estado clínico do utente. Os pensos da úlcera de pressão devem ser trocados diariamente ou com maior frequência, de acordo com a prescrição médica.

Passos do Procedimento:

1. Reúna todo o material necessário e leve-o para o quarto do utente;
2. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas de procedimento;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Explique o procedimento e peça a sua colaboração;
5. Realize o estadiamento da úlcera por pressão seguindo a ficha para Estadiamento da Úlcera por Pressão;
6. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
7. Calce as luvas de procedimento;
8. A depender do estágio da úlcera, realize os cuidados de higiene (ver procedimento na página 9) e aplique o penso adequado (ver procedimento para penso de ferida de cicatrização de segunda ou terceira intenção na página 17);
9. Se a ferida estiver infectada, com tecido necrosado, o uso da solução de Dakin modificada (solução clorada a 0,025%) pode substituir a solução fisiológica a 0,9%;
10. Aplique os cuidados de prevenção (ver procedimento na página 19) de modo que a úlcera não se torne mais aguda e/ou novas úlceras apareçam;
11. Recolha, lave e arrume todo o material;
12. Retire e processe os EPI usados (ver procedimento na página 77);
13. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
14. Registe o procedimento e a evolução da úlcera, no processo do utente.

1. ENTUBAÇÃO NASOGÁSTRICA

Objectivo: Obter via de acesso para nutrição enteral, drenar o conteúdo gástrico ou realizar lavagem no estômago.

Colocação da Sonda Nasogástrica

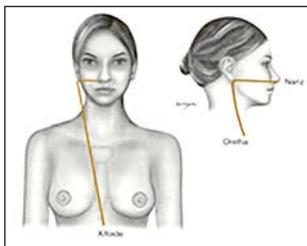
Material Necessário:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ EPI: Máscara, óculos, avental plástico, luvas de procedimento;■ Tabuleiro;■ Sonda nasogástrica ou de Levine (para crianças o número varia de 6 a 10 e para adultos de 12 a 18);■ Solução fisiológica a 0,9%; seringa de 20 ml; | <ul style="list-style-type: none">■ Compressas de gaze, um copo de água, adesivo, cuvette, lubrificante anestésico (gel);■ Biombo(s);■ Estetoscópio;■ Recipientes para o lixo comum e o lixo infeccioso, com sacos plásticos, devidamente identificados. |
|---|---|

Passos do Procedimento:

1. Reúna todo o material necessário e leve-o para o quarto do utente;
2. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas de procedimento;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
 1. Explique o procedimento e peça a sua colaboração;
 2. Garanta a privacidade, quando necessário use biombo(s);
3. Coloque o utente em posição de Fowler ou semi-Fowler, com a cabeça virada para o lado;
4. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 5);
5. Calce as luvas de procedimento;
6. Observe e palpe o abdómen de forma a comparar o grau de distensão abdominal antes e após a colocação da sonda;
7. Retire prótese dentária, caso possua;
8. Limpe o nariz do utente com solução fisiológica;
9. Pergunte ao utente sobre problemas nas narinas (dificuldade para respirar devido a desvio de septo ou adenóides);
10. Inspeccione as narinas com lanterna de bolso para detectar anormalidades para definir em qual delas será introduzida a sonda;
11. Retire da embalagem a sonda enteral, acompanhada do fio-guia, e verifique possíveis defeitos;

12. Meça o comprimento da sonda:



- Coloque a ponta próxima da sonda na ponta/asa do nariz, leve-a até o lóbulo da orelha e deste ao apêndice xifóide;
- Marque a medida com adesivo.

13. Coloque a cabeça do utente ligeiramente flectida para frente, de forma a facilitar a passagem da sonda;
14. Introduza a sonda lubrificada com solução fisiológica ou lubrificante anestésico na narina do utente, lentamente e sem forçar, direccionando-a para trás e para baixo, até a marca do adesivo;
15. Peça para o utente engolir a saliva durante a introdução da sonda. Interrompa a introdução, caso o utente tussa, tenha náuseas ou sufoque;
16. Volte a cabeça do utente para a posição erecta;
17. Verifique o posicionamento da sonda:
 - Injecte 10 a 20 ml de ar enquanto ausculta o abdómen no sentido de ouvir um sopro; ou
 - Aspire o suco gástrico com a seringa; ou
 - Coloque a ponta externa da sonda em um copo com água que não deverá borbulhar;
18. Retire o fio-guia, traccionando-o firmemente e segurando a sonda para evitar que se desloque;
19. Enrole a sonda com adesivo e fixe-a, sem traccioná-la, sobre a face, no mesmo lado da narina em que foi introduzida e na região do ombro, para evitar pressão na asa do nariz e saída inadvertida da sonda;



20. Feche a sonda de acordo com a sua indicação ou ligue-a ao saco colectador;
21. Posicione confortavelmente o utente;
22. Recolha, lave e arrume o material;
23. Retire e processe os EPI usados (ver procedimento na página 77);
24. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
25. Registe o procedimento executado e eventuais particularidades surgidas, no diário de enfermagem.

Monitoria da Sonda Nasogástrica

Material Necessário:

- | | |
|--|---|
| ■ EPI: Luvas de procedimento;
Tabuleiro; | ■ Compressa de gaze, cuvette, adesivo; |
| ■ Solução de cloreto de sódio a 0,9%,
seringa de 20 ml; | ■ Recipientes para o lixo infeccioso, com
saco plástico, devidamente identificado. |

OBS: A higiene nasal e oral deve ser rigorosa em utentes com SNG para evitar complicações como parotidite. A troca da fixação da sonda deverá ser diária ou sempre que estiver solta.

Passos do Procedimento:

1. Reúna o material e leve-o ao quarto do utente;
2. Cumprimente o utente e identifique-se;
3. Explique o procedimento e peça a sua colaboração, se possível;
4. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 5);
5. Coloque-o em posição de Fowler ou semi-Fowler, se a situação clínica o permitir;
6. Coloque as luvas de procedimento;
7. Verifique o estado de fixação da sonda e conforto/desconforto do utente;
8. Faça higiene nasal e oral utilizando compressas de gaze embebida em solução fisiológica a 0,9%;
9. Deite as compressas utilizadas no recipiente para lixo infeccioso;
10. Conecte a seringa de 20 ml à extremidade da sonda e aspire para verificar a permeabilidade da sonda, observando o fluxo do conteúdo gástrico;
11. Deite a seringa no recipiente para lixo infeccioso;
12. Retire as luvas de procedimento e deite-as no recipiente para lixo infeccioso;
13. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
14. Renove a fixação da sonda;
15. Pergunte ao utente sobre problemas digestivos (náuseas, vómitos);
16. Recolha, lave e arrume o material;
17. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
18. Registe as alterações ocorridas durante o procedimento no diário de enfermagem.

Administração de alimentos por Sonda Nasogástrica

Material Necessário:

- EPI: Luvas de procedimento;
Tabuleiro;
- Seringas de 50 ou 60 ml e de 20 ml, estetoscópio, pinça, compressas limpas;
- Copo com água filtrada, alimentação do utente em temperatura adequada;
- Recipientes para lixo comum e lixo infeccioso, com sacos plásticos, devidamente identificados.

OBS: A validade da dieta é de 10 minutos a partir do recebimento no sector. A dieta deve ser administrada em um período de 90 a 120 minutos, respeitando-se um intervalo de 1 hora entre as administrações. As dietas devem ser administradas à temperatura ambiente, salvo se houver orientação em contrário por parte do clínico. O acréscimo de medicamentos ou outras substâncias à dieta é proibido.

Passos do Procedimento:

1. Confira o rótulo da dieta com a prescrição médica;
2. Aspire a dieta com a seringa de 50 ou 60 ml;
3. Reúna o material e leve-o ao quarto do utente;
4. Cumprimente o utente e identifique-se;
5. Explique o procedimento e peça a sua colaboração, se possível;
6. Coloque-o em posição de Fowler ou semi-Fowler, se a situação clínica o permitir;
7. Faça a higiene das mãos (ver procedimento página 5);
8. Coloque as luvas de procedimento;
9. Feche a sonda com a pinça e retire a tampa;
10. Conecte a seringa de 20 ml, abra a sonda e aspire o conteúdo gástrico para certificar-se que a sonda está bem posicionada;
11. Feche a sonda com a pinça e deite fora a seringa de 20 ml em recipiente para lixo infeccioso;
12. Conecte a seringa com alimentação à sonda;
13. Abra a sonda e injecte o alimento de forma lenta e contínua, observando a reacção do utente;
14. Feche a sonda com a pinça;
15. Aspire 20 a 30 ml de água filtrada com a seringa utilizada para alimentação, abra a sonda e injecte a água, de maneira a deixar a sonda limpa;
16. Deite a seringa no recipiente para lixo infeccioso;
17. Coloque a tampa na sonda;

18. Recolha, lave e arrume o material;
19. Deite as luvas de procedimento no recipiente para lixo infeccioso;
20. Faça a higiene das mãos (ver procedimento página 5);
21. Registe o procedimento no diário de enfermagem (tipo de alimento administrado, quantidade e possíveis reacções).

Remoção da Sonda Nasogástrica

Material Necessário:

- | | |
|---|--|
| ■ EPI: Luvas de procedimento;
Tabuleiro; | ■ Recipientes para lixo infeccioso, com saco plástico, devidamente identificado. |
| ■ Compressas, algodão, éter ou benzina, solução fisiológica a 0,9%; | |

Passos do Procedimento:

1. Reúna o material e leve-o ao quarto do utente;
2. Cumprimente o utente e identifique-se;
3. Explique o procedimento e peça a sua colaboração, se possível;
4. Coloque-o em posição de Fowler ou semi-Fowler, se a situação clínica o permitir;
5. Faça a higiene das mãos (ver procedimento página 6);
6. Calce as luvas de procedimento;
7. Feche a sonda com a pinça para evitar a saída do suco gástrico durante a remoção;
8. Passe algodão embebido em éter ou benzina sobre o adesivo que fixa a sonda para retirá-lo;
9. Retire os resíduos de adesivo com algodão embebido em éter ou benzina;
10. Deite fora o algodão e adesivo em recipiente para lixo infeccioso;
11. Retire a sonda lentamente, segurando-a com uma compressa;
12. Coloque a sonda imediatamente em recipiente para lixo infeccioso;
13. Limpe a narina do utente com compressa embebida em solução fisiológica a 0,9%;
14. Deite a compressa em recipiente para lixo infeccioso;
15. Recolha, lave e arrume o material;
16. Deite as luvas de procedimento no recipiente para lixo infeccioso;
17. Faça a higiene das mãos (ver procedimento página 6);
18. Registe o procedimento no diário de enfermagem.

1. SONDAGEM VESICAL

Objectivo: Controlar o volume urinário, possibilitar a eliminação da urina em utentes imobilizados, inconscientes ou com obstrução. Avaliar a função renal.

Algália Feminina

Material Necessário:

- EPI: Luvas cirúrgicas e luvas de procedimento, máscara, óculos e avental plástico;
- Tabuleiro;
- Material para higiene íntima: jarra com água morna, sabão, compressas limpas e toalha;
- *Kit* para sondagem ou algáliação: compressas, campo aberto, pinça Cheron, cuvette, cápsula;
- Arrastadeira, copo graduado para medir a urina, quando necessário;
- Anti-séptico: Clorexidina – Hibitane® ou Clorexidina e Ceftriaxona – Savlon® ou iodopovidona de base aquosa;
- Lubrificante gel uretral com xilocaína ou solução fisiológica a 0,9%, seringa de 10 ml com agulha, adesivo, sonda vesical ou algália de acordo com a idade e indicação de uso e saco colector;
- Biombo(s), recipiente para lixo, com saco plástico, identificado como lixo infeccioso.

Passos do Procedimento:

1. Reúna o material e leve-o ao quarto do utente;
2. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas;
3. Cumprimente a utente e identifique-se;
4. Explique o procedimento e peça a sua colaboração;
5. Assegure a privacidade da utente;
6. Prepare tira de adesivo para fixar a sonda;
7. Coloque a utente em decúbito dorsal com as pernas flectidas e joelhos afastados, sobre uma arrastadeira;
8. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
9. Posicione-se à direita da utente se for destro e à esquerda em caso contrário;
10. Calce as luvas de procedimento;
11. Faça a higiene dos genitais da utente (ver procedimento na página 10);
12. Retire as luvas de procedimento e deite-as imediatamente em recipiente para o lixo infeccioso;
13. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);

CUIDADOS COM ELIMINAÇÕES

14. Abra o *Kit* de sondagem ou algáliação, e adicione a sonda e a seringa;
15. Deite uma porção de solução fisiológica a 0.9% na cuvete;
16. Calce as luvas cirúrgicas;
17. Teste o cuff ou balão com 5 a 15ml de ar (conforme indicado pelo fabricante);
18. Conecte a sonda ao saco colector e certifique-se que este esteja fechado;
19. Realize a anti-sepsia do monte pubiano no sentido transversal. Aplique movimento único e firme, e utilize pinça Cheron com nova compressa e anti-séptica de base aquosa, para cada movimento;
20. Siga com a anti-sepsia dos grandes lábios de cima para baixo, pela parte externa e interna, a incluir a vulva e o meato urinário;
21. Deite em recipiente para lixo infeccioso as compressas;
22. Coloque o campo aberto sobre o órgão genital;
23. Lubrifique a sonda,
24. Agarre a algália com a mão dominante, e com a mão não dominante, afaste os pequenos lábios;
25. Introduza a algália suavemente até o surgimento da urina;
26. Encha o cuff ou balão com solução fisiológica na quantidade indicada pelo fabricante;
27. Certifique-se que o balão está a funcionar, se ao puxar a algália para baixo, verificar uma resistência;
28. Retire o campo aberto;
29. Fixe com adesivo a algália na face interna da coxa;
30. Deixe a utente em posição confortável;
31. Prenda o colector na parte inferior da cama, após rotulá-lo com a data;
32. Recolha, lave e arrume o material;
33. Retire e processe os EPI usados (ver procedimento na página 77);
34. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
35. Registe o procedimento no diário de enfermagem.

Algáliação Masculina

Material Necessário:

- EPI: Luvas cirúrgicas e luvas de procedimento, máscara, óculos e avental plástico;
- Tabuleiro;
- Material para higiene íntima: jarra com água morna, sabão, compressas limpas e toalha;
- *Kit* para sondagem ou algáliação: compressas, campo aberto, pinça Cheron, cuvete, cápsula;
- Arrastadeira, copo graduado para medir a urina, quando necessário;
- Anti-séptico: Clorexidina – Hibitane® ou Clorexidina e Cetrimida – Savlon® ou iodopovidona de base aquosa;
- Lubrificante gel uretral com xilocaína ou solução fisiológica a 0,9%, seringa de 10 ml com agulha, adesivo, sonda vesical ou algália de acordo com a idade e indicação de uso e saco colector;
- Biombo(s), recipiente para lixo, com saco plástico, identificado como lixo infeccioso.

Passos do Procedimento:

1. Reúna o material e leve-o ao quarto do utente;
2. Coloque os EPI descrito acima, menos as luvas;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Explique o procedimento e peça a sua colaboração;
5. Assegure a privacidade do utente;
6. Prepare tira de adesivo para fixar a sonda;
7. Coloque o utente em decúbito dorsal, sobre uma arrastadeira;
8. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 5);
9. Calce as luvas de procedimento;
10. Posicione-se à direita do utente se for destro ou à esquerda no caso contrário e faça a higiene dos genitais do utente (ver procedimento na página 9);
11. Retire as luvas de procedimento e deite-as imediatamente em recipiente para o lixo infeccioso;
12. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
13. Abra o *Kit* de sondagem ou algáliação, e adicione a sonda e a seringa;
14. Deite uma porção de solução fisiológica a 0.9% na cuvete;
15. Calce as luvas cirúrgicas;
16. Teste o cuff ou balão com 5 a 15ml de ar (conforme indicado pelo fabricante);
17. Conecte a sonda ao saco colector e certifique-se que este esteja fechado;
18. Pegue o pénis com uma compressa e retraia o prepúcio, quando houver;

CUIDADOS COM ELIMINAÇÕES

19. Segure o pênis abaixo da glândula e aplique o anti-séptico a utilizar pinça Cheron com uma compressa embebida em anti-séptico para cada movimento (do meato até a base da glândula e no corpo do pênis no sentido longitudinal de cima para baixo);
20. Deite as compressas no recipiente para lixo infeccioso;
21. Coloque o campo aberto sobre o órgão genital;
22. Lubrifique a sonda;
23. Segure a algália com a mão dominante e com a mão não dominante introduza-a suavemente no pênis, que deve estar em posição vertical, de forma a suprimir a primeira curvatura da uretra;
24. Encha o cuff ou balão com solução fisiológica na quantidade indicada pelo fabricante;
25. Certifique-se que o balão está a funcionar, se ao puxar a algália para baixo, verificar uma resistência;
26. Retire o campo aberto;
27. Fixe com adesivo a algália na região supra-púbica;
28. Deixe o utente em posição confortável;
29. Prenda o colector na parte inferior da cama, após rotulá-la com a data;
30. Recolha, lave e arrume o material;
31. Retire e processe os EPI usados (ver procedimento na página 77);
32. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
33. Registe o procedimento no diário de enfermagem.

Monitoria da Sonda Vesical Feminina ou Masculina

OBS: Nos utentes com algália a avaliação da diurese deverá ser feita, pelo menos, a cada 6 horas;

A higiene do meato uretral deve ser feita 01 vez ao dia e a higiene íntima sempre após cada evacuação, para os utentes acamados.

Material Necessário:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">■ EPI: Luvas de procedimento, máscara e óculos;■ Tabuleiro;■ Compressas, adesivo, cálice graduado;■ Biombo, quando necessário; | <ul style="list-style-type: none">■ Anti-séptico: Clorexidina – Hibitane® ou Clorexidina e Cetrimida – Savlon® ou iodopovidona de base aquosa;■ Recipiente para lixo, com saco plástico, identificado como lixo infeccioso. |
|---|--|

Passos do Procedimento:

1. Reúna o material e leve-o ao quarto do utente;
2. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas de procedimento;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Explique o procedimento;
5. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
6. Calce as luvas de procedimento;
7. Observe o meato urinário (presença de rubor, edema, dor, corrimento), diariamente;
8. Realize a higiene e anti-sepsia, evitando puxar ou esticar a algália:
 - **Utente feminina:**
 - Posicione-se à direita da utente se for destro e à esquerda no caso contrário e faça a higiene dos genitais (ver procedimento na 9);
 - **Utente masculino:**
 - Retraia o prepúcio, se houver;
 - Evite traccionar ou introduzir a algália;
 - Reposicione o prepúcio, quando houver, após os cuidados para evitar o edema;
9. Limpe a algália do meato para baixo (aproximadamente 10 cm) com compressa, água e sabão;
10. No caso de corrimento no meato urinário, aplicar um anti-séptico de base aquosa com uma compressa, mudando-a regularmente, de forma a evitar maceração;
11. Deite a compressa no recipiente para lixo infeccioso;
12. Troque o sítio de fixação da algália, sem traccionar;
13. Fixe a algália com nova tira de adesivo;

CUIDADOS COM ELIMINAÇÕES

14. Verifique a fixação do saco colector e observe as características da urina;
15. Esvazie o saco colector pela válvula inferior no cálice graduado;
16. Evite o contacto entre a extremidade da torneira e o recipiente de recolha de urina (que nunca deve estar no chão);
17. Observe as características e quantidade de urina;
18. Mantenha o saco colector abaixo da bexiga para evitar refluxo de urina;
19. Substitua a algália na presença de febre, disúria, dor supra púbica, globo vesical, fuga de urina pela algália, e/ou pelo meato urinário e comunique ao clínico (ver procedimento na página 27);
20. Deixe o utente em posição confortável;
21. Recolha, lave e arrume o material;
22. Retire e processe os EPI usados (ver procedimento na página 77);
23. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
24. Registe o procedimento, as características do meato, as características e volume da urina, no diário de enfermagem.

Remoção da Sonda Vesical Feminina ou Masculina

OBS: Remova a algália semanalmente, sempre que o utente apresentar sinais de alteração, ou de acordo com a orientação do clínico;

As algálias de silicone de longa duração devem ser trocadas mensalmente ou sempre que o utente apresentar sinais de alteração;

Após a retirada da sonda é recomendável anotar o horário, volume e características da primeira micção espontânea.

Material Necessário:

- | | |
|---|---|
| ■ EPI: Luvas de procedimento, máscara e óculos; | ■ Seringa de 5 a 10ml; compressas, cuvette, cálice graduado; |
| ■ Compressas, adesivo; | ■ Recipientes com sacos plásticos para lixo comum e infeccioso. |
| ■ Biombo, quando necessário; | |
| ■ Tabuleiro; | |

Passos do Procedimento:

1. Reúna o material e leve-o para o quarto do utente;
2. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas de procedimento;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Explique o procedimento;
5. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 5);
6. Calce as luvas de procedimento;
7. Esvazie o cuff ou balão com a seringa;
8. Puxe a algália, suavemente, com ajuda de uma compressa, mantendo uma cuvette próximo para colocar a ponta da mesma;
9. Esvazie o saco colector pela válvula inferior, em um cálice graduado,
10. Evite o contacto entre a extremidade da torneira e o recipiente de recolha de urina (que nunca deve estar no chão);
11. Meça e observe as características da urina antes do despejo;
12. Deite a algália, imediatamente junto com o saco colector, no recipiente para lixo infeccioso;
13. Realize uma higiene íntima adequada (ver procedimento na página 10);
14. Deixe o utente confortável;
15. Recolha, lave e arrume o material;
16. Retire e processe os EPI usados (ver procedimento na página 77);
17. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
18. Registe o procedimento, características do meato urinário, características e volume da urina, no diário de enfermagem.

IRRIGAÇÃO VISICAL

Material Necessário:

- | | |
|--|---|
| ■ EPI: luvas de procedimento, máscara, óculos, avental plástico; | ■ Cuvete; adesivo; sistema para frasco de solução; |
| ■ Tabuleiro; | ■ Recipientes para lixo, com sacos plásticos, identificados como lixo comum e infeccioso. |
| ■ Compressas; solução fisiológica a 0,9%; | |

Passos do Procedimento:

1. Reúna o material e leve-o para o quarto do utente;
2. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas de procedimento;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Explique o procedimento;
5. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
6. Posicione o utente em decúbico dorsal;
7. Adapte o sistema no frasco de solução, retirando o ar de toda a extensão;
8. Calce as luvas de procedimento;
9. Adapte o sistema para a lavagem;
10. Pendure a solução fisiológica a 0,9% no suporte;
11. Adapte o sistema para a irrigação vesical à algália;
12. Conecte a algália ao saco colector ou deixe a algália drenar num recipiente;
13. Controle o gotejamento conforme a prescrição médica;
14. Fixe a algália na face interna da coxa do utente;
15. Recolha, lave e arrume o material;
16. Retire e processe os EPI usados (ver procedimento na página 77);
17. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
18. Registe o procedimento no processo do utente (características gerais e volume do líquido infundido e drenado).

2. VERIFICAÇÃO DA DIURESE

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

OBS:

- Os utentes que deambulam devem ser orientados sobre a necessidade de guardarem a urina na arrastadeira ou urinol e comunicar à equipa de enfermagem, imediatamente após cada micção. O controlo da diurese dos utentes que deambulam deve ser feito a cada micção;
- Nos utentes com algália o controlo da diurese deve ser feito a cada 06 horas. Recomenda-se verificar o volume urinário utilizando um cálice graduado de vidro pois as bolsas colectoras plásticas podem causar erros na leitura.

Material Necessário:

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| ■ EPI: Luvas de procedimento; | ■ Urinol ou arrastadeira; |
| ■ Cálice graduado; | ■ Biombo, quando necessário. |

Passos do Procedimento:

1. Reúna o material e leve-o ao quarto do utente;
2. Cumprimente o utente e identifique-se;
3. Explique o procedimento;
4. Mantenha a privacidade do utente, se necessário;
5. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
6. Calce as luvas de procedimento;
7. Caso o utente esteja sem sonda, despeje o conteúdo da arrastadeira ou urinol no cálice graduado, logo após cada micção;
8. Caso o utente esteja a usar algália, despeje o conteúdo do saco colector no cálice graduado, a cada 06 horas e feche o saco colector;
9. Coloque o cálice graduado em uma superfície plana e verifique seu volume;
10. Deite a urina na sanita e pressione o autoclismo;
11. No caso de colecta ou controlo de urina 24 horas, guarde a urina em um frasco apropriado, com tampa, devidamente identificado com o nome do utente, a data e a hora do início da verificação;
12. Recolha, lave e arrume o material;
13. Retire as luvas de procedimento e deite no recipiente para lixo infeccioso;
14. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 5);
15. Registe o procedimento, as características e volume da urina, no diário de enfermagem e processo clínico do utente.

3. ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES

Objectivo: Manter as vias respiratórias desobstruídas.

DAS VIAS RESPIRATÓRIAS SUPERIORES

Material Necessário:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ EPI: Máscara, óculos, avental plástico, barrete, dois pares de luvas de procedimento;■ Aspirador ligado a fonte do vácuo ou frasco;■ Duas sondas de aspiração de acordo com a idade do utente;■ Ampolas de cloreto de sódio a 0,9%, frasco de 250 ml de água destilada; | <ul style="list-style-type: none">■ Tabuleiro;■ Estetoscópio;■ Ressuscitador manual (tipo ambu) com ligação a fonte de O₂, se necessário;■ Recipientes para o lixo comum e o lixo infeccioso, com sacos plásticos, devidamente identificados. |
|--|---|

Passos do Procedimento:

1. Verifique o funcionamento do aspirador;
2. Reúna o material e leve-o ao quarto do utente;
3. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas de procedimento;
4. Cumprimente o utente e identifique-se;
5. Explique o procedimento e peça a sua colaboração, se possível;
6. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
7. Coloque o utente em posição de Fowler ou semi-Fowler, se a situação clínica o permitir;
8. Abra o invólucro da sonda e adapte-a à tubulação do aspirador, mantendo-a protegida pelo respectivo invólucro;
9. Ligue o aspirador com a mão não dominante;
10. Introduza a sonda através do nariz, mantendo-a dobrada, durante a inspiração;
11. Retire a sonda com movimentos circulares aplicando sucção intermitente, por no máximo 15 segundos;
12. Lave a sonda no frasco com água destilada ou soro fisiológico;
13. Deixe o utente descansar por 20 ou 30 segundos;
14. Repita o procedimento por no máximo 3 vezes;
15. Observe a quantidade e características das secreções;
16. dobre a sonda utilizada na mão enluvada e retire a luva pelo avesso, envolvendo a sonda;

CUIDADOS COM ELIMINAÇÕES

17. Deite as luvas e a sonda em recipiente para o lixo infeccioso;
18. Faça a higiene das mãos (ver procedimentos na página 6);
19. Desligue o aspirador;
20. Calce novas luvas de procedimento e aspire a cavidade oral, utilizando uma nova sonda;
21. Lave o tubo ligado ao aspirador e proteja a sua extremidade;
22. Retire as luvas de procedimento e deite-as imediatamente em recipiente para o lixo infeccioso;
23. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
24. Desligue o aspirador;
25. Ausculte os sons pulmonares;
26. Posicione confortavelmente o utente;
27. Recolha, lave e arrume o material;
28. Retire e processe os EPI usados (ver procedimento na página 77);
29. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
30. Registe as alterações ocorridas durante o procedimento no diário de enfermagem.

EM CASO DE TRAQUESTOMIA

Material Necessário:

- | | |
|---|--|
| ■ EPI: Máscara, óculos, avental plástico, barrete, luva de procedimento; | ■ Tabuleiro; |
| ■ Aspirador ligado a fonte do vácuo ou frasco; | ■ Estetoscópio; |
| ■ Sondas de aspiração de acordo com a idade do utente, gaze esterelizada; | ■ Ressuscitador manual (tipo ambu) com ligação a fonte de O ₂ , se necessário; |
| ■ Ampolas de cloreto de sódio a 0,9%, frasco de 250 ml de água destilada; | ■ Recipientes para o lixo comum e o lixo infeccioso, com sacos plásticos, devidamente identificados. |

Passos do Procedimento:

1. Verifique o funcionamento do aspirador;
2. Reúna o material e leve-o ao quarto do utente;
3. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas de procedimento;
4. Cumprimente o utente e identifique-se;
5. Explique o procedimento e peça a sua colaboração, se possível;
6. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
7. Coloque o utente em posição de Fowler ou semi-Fowler, se a situação clínica o permitir;
8. Abra o invólucro da sonda e adapte-a à tubulação do aspirador, mantendo-a protegida pelo respectivo invólucro;
9. Ligue o aspirador com a mão não dominante;
10. Segure a sonda com uma compressa de gaze esterilizada;
11. Solicite que o utente faça uma inspiração profunda, quando possível;
12. Introduza a sonda, mantendo-a dobrada, por cerca de 12 a 14 cm (2 a 3 cm além do comprimento da cânula de traquestomia);
13. Retire a sonda com movimentos circulares aplicando sucção intermitente, por no máximo 10 segundos;
14. Lave a sonda no frasco com água destilada ou soro fisiológico;
15. Deixe o utente descansar por 20 ou 30 segundos, antes de repetir o procedimento;
16. Observe a quantidade e as características das secreções;
17. Dobre a sonda utilizada na mão enluvada e retire a luva pelo avesso, envolvendo a sonda;
18. Deite as luvas e a sonda em recipiente para o lixo infeccioso;
19. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
20. Desligue o aspirador;

CUIDADOS COM ELIMINAÇÕES

21. Ausculte os sons pulmonares;
22. Posicione confortavelmente o utente;
23. Recolha, lave e arrume o material;
24. Retire e processe os EPI usados (ver procedimento na página 77);
25. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
26. Registe as alterações ocorridas durante o procedimento no diário de enfermagem.

VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS

1. VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS

Objectivo: Aferir os indicadores de saúde (temperatura, tensão arterial, pulso e respiração) para que estes valores possam apoiar a avaliação do estado clínico dos utentes.

DAS VIAS RESPIRATÓRIAS SUPERIORES

Material Necessário:

- | | |
|---|--|
| ■ Tabuleiro; | ■ Folha de gráfico para registo dos sinais vitais; |
| ■ Termómetro, cápsula com algodão, frasco com álcool a 70%, cuvette, esfigmomanómetro e estetoscópio; | ■ Canetas de cores: |
| ■ Relógio com ponteiros de segundo; | ■ Verde (respiração); |
| | ■ Vermelho (pulso); |
| | ■ Azul (temperatura); |
| | ■ Preto (tensão arterial). |

Passos Comuns a Todos os Procedimentos:

1. Reúna todo o material e leve-o para o quarto do utente;
2. Cumprimente o utente e identifique-se;
3. Explique cada procedimento ao utente;
4. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6).

TEMPERATURA AXILAR

Passos do Procedimento:

1. Desinfecte o termómetro com algodão embebido em álcool a 70%, da extremidade ao bulbo;
2. Exponha a axila do utente, seque-a com compressas secas, com o lençol ou pijama ou solicite que o utente o faça;
3. Verifique o termómetro e baixe o mercúrio até 35° C, quando necessário;
4. Coloque o bulbo do termómetro no centro da axila. Oriente ou ajude o utente a comprimir o braço de encontro ao tórax com a mão sobre o seu ombro oposto;
5. Segure o termómetro no local, se o utente se mostrar incapacitado ou se tratar de criança, e aguarde de 3 a 5 minutos;
6. Retire o termómetro e faça a leitura;
7. Limpe o termómetro com algodão embebido em álcool a 70%. Baixe a coluna de mercúrio ao ponto inicial, espere que seque e guarde-o em recipiente seco;
8. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
9. Registe, com caneta azul, a temperatura na folha de Gráfico para registo dos sinais vitais.

Valores de Referência para Temperatura:

- Hipotermia: temperatura abaixo de 35°C;
 - Afebril: 36,1 a 37,2°C;
 - Estado febril/subfebril: 37,3 a 37,7°C;
 - Febre/hipertermia: 37,8 a 38,9°C;
 - Pirexia: 39 a 40°C;
 - Hiperpirexia: acima de 40°C.
-

PULSO E RESPIRAÇÃO

Passos do Procedimento:

1. Coloque o utente deitado confortavelmente;
 2. Apoie ou encontre posição para o antebraço do utente com o punho estendido;
 3. Faça suave pressão com as polpas dos dedos médios e indicador sobre a artéria radial, e em simultâneo procure sentir a pulsação;
 4. Sinta o ritmo e o volume do pulso e conte a frequência de pulsação durante 01 minuto;
 5. Ainda mantendo a palpação do pulso (para disfarçar), observe os movimentos respiratórios do tórax (expiração e inspiração) por 01 minuto;
 6. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
 7. Registe na folha de Gráfico para registo dos sinais vitais a respiração, a utilizar a caneta verde, e o pulso, a utilizar a caneta vermelha.
-

Valores de Referência:

Pulso:

- No adulto: 60 a 100 bpm (normocárdio):
 - < 60 bpm (bradicardia);
 - > 100 bpm (taquicardia).
- Abaixo de 7 anos: 80 a 120 bpm;
- Acima de 7 anos: 70 a 90 bpm;
- Puberdade: 80 a 95 bpm.

Respiração:

- Adultos:
 - 12 a 25 rpm (eupneico);
 - > 25 rpm (taquipneico);
 - < 12 rpm (bradipneico).
 - Criança: 20 a 25 rpm;
 - RN: 30 a 60 rpm.
-

TENSÃO ARTERIAL

Passos do Procedimento:

1. Limpe as olivas e diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70%;
2. Posicione adequadamente o utente (deitado ou sentado);
3. Posicione o antebraço do utente, com a palma da mão virada para cima;
4. Oriente o utente a descruzar as pernas e a não falar durante o procedimento;
5. Remova roupas do braço no qual será colocado o manguito, para evitar compressão, se necessário;
6. Aperte o manguito para tirar qualquer resíduo de ar;
7. Feche a válvula da pera;
8. Coloque a braçadeira 2 a 3 cm acima da prega do cotovelo, ajustando-a de maneira que fique confortável;
9. Palpe a artéria braquial na fossa antecubital;
10. Centralize os manguitos sobre a artéria braquial;
11. Coloque o mostrador do manómetro de forma que fique bem visível;
12. Palpe a artéria braquial e coloque o estetoscópio sobre ela, sem cumprimi-la excessivamente;
13. Coloque o estetoscópio nos ouvidos;
14. Insufle o manguito até ultrapassar 30 mmHg do nível estimado da tensão sistólica (ponto de desaparecimento do pulso radial);
15. Abra a pera suavemente para desinsuflar o manguito de 2 a 4 mm Hg por segundo;
16. Observe no manómetro o local onde se verifica o primeiro batimento. Esta será a leitura da tensão sistólica, máxima;
17. Continue a desinsuflar o manguito até ouvir claramente o último batimento. Esta será a leitura da tensão diastólica, mínima;
18. Retire o ar do manguito completamente, remova-o e deixe o utente confortável;
19. Realize a desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com álcool a 70%;
20. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
21. Registe a TA, com caneta preta, na folha de Gráfico para registo dos sinais vitais;
22. Comunique ao médico as alterações nos sinais vitais.

Valores de Referência da TA:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ■ Adultos normotensos: | ■ Crianças normotensas: |
| ■ Sistólica: entre 90 e 130 mmHg; | ■ Sistólica: entre 60 e 90 mmHg; |
| ■ Diastólica: entre 60 e 90 mmHg. | ■ Diastólica: entre 30 e 60 mmHg. |

1. OXIGENOTERAPIA

Objectivo: Melhorar a oxigenação, a perfusão e corrigir a acidose respiratória.

OBS: O humidificador deve ser encaminhado para limpeza e esterilização a cada 7 dias. O cateter ou máscara de oxigénio devem ser limpos com álcool a 70% a cada uso ou, se de uso contínuo, a cada 24 horas.

Material Necessário:

- | | |
|---|--|
| ■ PI: Luvas de procedimento; | ■ Máscara facial ou sonda nasal para oxigénio; |
| ■ Humidificador de oxigénio com água destilada; | ■ Algodão ou compressa, adesivo; |
| ■ Fonte de oxigénio de parede ou cilíndrico; | ■ Cuvete, álcool a 70%; |
| ■ Fluxómetro de oxigénio; | ■ Recipientes para o lixo infeccioso, com saco plástico, devidamente identificado. |
| ■ Tabuleiro; | |

Passos do Procedimento:

1. Reúna todo o material necessário e leve-o para o quarto do utente;
2. Cumprimente o utente e apresente-se;
3. Coloque o material na mesa de cabeceira do utente, ao alcance da mão;
4. Explique o procedimento ao utente;
5. Faça a higiene das mãos (ver o procedimento na página 6);
6. Adicione água destilada ao humidificador, quando necessário, e ligue-o ao fluxómetro (eviteo uso de solução fisiológica, pois proporciona a acumulação de cristais de sódio na mucosa respiratória, provocando irritação e aumento da secreção);
7. Ligue o humidificador ao tubo preso à máscara ou sonda;
8. Ligue o fluxómetro de oxigénio e observe o borbulhar no humidificador;
9. Regule o fluxómetro conforme a prescrição médica;
10. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
11. Calce as luvas de procedimento;
12. Coloque a sonda de oxigénio ou a máscara no utente:
 - Sonda:
 - Limpe as narinas do utente com algodão húmido em água destilada ou água limpa;
 - Introduza a sonda nas narinas do utente e informe-o sobre a importância de mantê-la;

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

- Limpe a pele do nariz do utente com algodão embebido em álcool a 70%, para retirar a oleosidade;
 - Fixe a sonda no nariz do utente com adesivo;
 - Certifique-se que a sonda esteja bem fixa e que o utente esteja confortável;
 - Coloque rótulo no umidificador e na sonda a constar a data da instalação;
 - Examine as narinas diariamente para certificar-se de alguma irritação e limpar as secreções acumuladas.
- Máscara:
- Coloque a máscara sobre o nariz, a boca e o queixo do utente;
 - Puxe as faixas de elástico para trás da cabeça ou do pescoço.
13. Deite fora as compressas e algodão no recipiente para o lixo infeccioso;
 14. Recolha, descontamine, lave e arrume o material;
 15. Retire as luvas de procedimento e deite-as imediatamente em recipiente para o lixo infeccioso;
 16. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
 17. Posicione o utente de forma que fique confortável;
 18. Oriente o utente a respirar normalmente;
 19. Registe o procedimento no diário de enfermagem.

2. MONITORIZAÇÃO DA DRENAGEM TORÁCICA

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

OBS: Actualmente evita-se trocar o sistema colector de drenagem torácica. Mensura-se e esvazia-se o frasco quando necessário, ou pelo menos a cada 24h, e reutiliza-se o frasco para o mesmo utente, desde que seja adoptada técnica asséptica e se utilize água esterilizada para refazer o selo d'água.

Material Necessário:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ EPI: Luvas de procedimento, máscara, óculos, avental plástico;■ Tabuleiro;■ Compressas, quando necessário, pinças Kocher recta, adesivo, solução fisiológica a 0,9% ou água esterilizada; | <ul style="list-style-type: none">■ Estetoscópio e esfigmomómetro;■ Recipientes com sacos plásticos identificados como lixo infeccioso e lixo comum;■ Copo graduado de 1.000 a 1.500ml. |
|---|---|

Passos do Procedimento:

1. Reúna todo o material e leve-o até o quarto do utente;
2. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas de procedimento;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Explique o procedimento e peça a sua colaboração;
5. Faça a higiene das mãos (ver o procedimento na página 6);
6. Observe o utente em relação as alterações do seu estado respiratório (cianose, padrão respiratório) e verifique e avalie a tensão arterial (ver procedimentos na página 43);
7. Verifique se o dreno:
 - Permanece bem fixado à parede torácica (observe sutura e penso);
 - Permanece sem curvas e não está torcido;
 - Se encontra apoiado junto à cama do utente, sempre abaixo do seu tórax. Use adesivo, se necessário e mantenha um par de fechos com o utente;
8. Assegure-se que o utente mantém a mobilidade do braço do lado do dreno;
9. Oriente o utente a estar em posição Fowler ou semi-Fowler, sentar-se em cadeira na posição erecta e deambular, quando seu estado permitir. Isto auxilia o conforto respiratório do utente, pois promove a expansão pulmonar;
10. Troque o selo de água a cada 24h:
 - Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

- Calce as luvas de procedimento;
 - Pince o dreno próximo ao tórax, com pinça Kocher reta;
 - Abra a tampa do frasco de dreno e deite o seu conteúdo no copo graduado, verifique o volume e características;
 - Lave o frasco com água esterilizada;
 - Coloque água esterilizada no frasco até assegurar a imersão de 4 cm do fundo do frasco colector;
 - Feche o frasco, observando se está bem fechado;
 - Marque o nível do volume com adesivo, anotando a data, a hora da troca e o responsável;
 - Retire a pinça Kocher recta, com o frasco de drenagem abaixo do nível do utente;
 - Observe se há oscilação e drenagem do líquido e, se necessário, faça ordenha na extensão do dreno;
 - Posicione o frasco, para evitar a formações de alças e coloque-o sob a cama, abaixo do nível do tórax (60 a 90 cm), devidamente protegido de quedas acidentais;
 - Deite o conteúdo do copo graduado na sanita;
11. Recolha, lave e arrume o material;
 12. Retire e processe os EPI usados (ver procedimento na página 77);
 13. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
 14. Registe o procedimento, volume, características do conteúdo drenado e ocorrências, no diário de enfermagem.

3. LAVAGEM GÁSTRICA DEVIDO A HEMORRAGIA

Objectivo: Conter a hemorragia e proporcionar conforto ao utente ao eliminar o excesso de sangue na cavidade gástrica.

Material Necessário:

- | | |
|---|--|
| ■ EPI: Luvas de procedimento, máscara, óculos, barrete, avental plástico; | ■ Sonda nasogástrica; |
| ■ Tabuleiro; | ■ Recipiente para colocar a água utilizada na lavagem gástrica; |
| ■ Seringa de 40 a 60ml, saco colector, solução fisiológica 0,9% ou água potável gelada (500ml); | ■ Recipientes, com sacos plásticos; identificados como lixo comum e lixo infeccioso; |
| | ■ Biombos, quando necessário. |

Passos do Procedimento:

1. Reúna todo o material e leve-o até o quarto do utente;
2. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas de procedimento;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Explique o procedimento ao utente e peça a sua colaboração.
5. Faça a higiene das mãos (ver o procedimento na página 6);
6. Calce as luvas de procedimento;
7. Caso o utente não esteja com a sonda, faça a entubação nasogástrica (ver procedimento na página 22).
8. Caso o utente já esteja entubado, inicie a lavagem com 50 a 100 ml solução fisiológica a 0,9% ou água potável gelada;
9. Introduza 200 a 300 ml de solução fisiológica a 0,9% ou água potável gelada na sonda, utilizando a seringa e retire-a em seguida;
10. Repita o procedimento até que se obtenha um líquido de retorno claro (no caso de grande hemorragia comunique ao clínico imediatamente);
11. Deite a água utilizada na lavagem no recipiente para este fim;
12. Observe as condições gerais do utente durante a lavagem;
13. No final do procedimento, adapte a sonda ao saco colector;
14. Avalie os sinais vitais (ver procedimentos na página 40);
15. Fique atento aos sinais de choque: sudorese, palidez, pele fria, agitação e /ou sonolência, assim como possíveis complicações: náuseas, hematemeses, obstrução da sonda, choque, inalação, tosse, dispneia, cianose e paragem cardíaca;
16. Deixe o utente limpo, confortável e peça que este comunique qualquer alteração;
17. Deite a água na sanita;
18. Retire e processe os EPI usados (ver procedimento na página 77);

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

19. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 5);
20. Registe o procedimento e as alterações que possam ter ocorrido, no diário de enfermagem;

4. CLISTER DE LIMPEZA

Objectivo: : Promover a eliminação das fezes. Preparar o intestino para exames complementares de diagnóstico ou intervenções cirúrgicas.

Material Necessário:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ EPI: Luvas de procedimento, máscara, óculos, avental plástico;■ Tabuleiro;■ Arrastadeira, suporte para o irrigador, biombo, resguardo plástico;■ Material para higiene íntima depois da eliminação; | <ul style="list-style-type: none">■ Sonda rectal, lubrificante hidrossolúvel, tubo de ligação, irrigador, pinça Kocher reta para fechar o tubo de ligação, recipiente com a solução prescrita, compressas;■ Recipientes com sacos plásticos, devidamente identificados para lixo infeccioso. |
|--|---|

Passos do Procedimento:

1. Reúna todo o material necessário e leve-o para o quarto do utente;
2. Coloque os EPI descritos acima, menos as luvas de procedimento;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Explique o procedimento e peça sua colaboração;
5. Faça a higiene das mão (ver procedimento na página 6);
6. Posicione o utente em decúbito lateral esquerdo, com o membro inferior direito flectido e o membro inferior esquerdo estendido ou levemente flexionado,
7. Coloque o resguardo sob as nádegas;
8. Mantenha a privacidade do utente com biombo ou cortinas;
9. Coloque o irrigador no suporte a uma altura entra 30-45 cm do nível da cama;
10. Coloque no irrigador a solução prescrita, previamente preparada;
11. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
12. Calçe as luvas de procedimento;
13. Adapte a sonda rectal à tubagem do irrigador e retire o ar do sistema;
14. Lubrifique a sonda;
15. Afaste as nádegas, visualize o ânus e introduza sonda cerca de 7,5 a 10 cm no momento da expiração, direccionando-a para o umbigo;
16. Segure a sonda, abra a torneira e deixe correr lentamente a solução;

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

17. Eleve o irrigador até cerca de 50cm, caso a solução não baixe de nível;
18. Feche a torneira quando a solução terminar;
19. Feche o sistema com pinça Kocher recta e retire a sonda;
20. Deite a sonda imediatamente no lixo infeccioso;
21. Aguarde a necessidade do utente de desloca-se à casa de banho e ofereça apoio, se necessário;
22. Caso o utente esteja impossibilitado de deslocar-se, ofereça a arrastadeira e faça os cuidados de higiene do utente após eliminações (ver procedimento na página 9);
23. Retire, lave e arrume o material;
24. Retire e processe os EPI usados (ver procedimento na página 77);
25. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
26. Registe o procedimento no diário de enfermagem.

5. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Objectivo: Auxiliar o tratamento por acção local ou sistémica.

VIA ORAL

Material Necessário:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ Cardex;■ Tabuleiro;■ Recipiente com medicamento prescrito; | <ul style="list-style-type: none">■ Almofariz, colher, seringa ou recipiente medidor, quando necessário;■ Copo com água. |
|--|---|

OBS:

- Cumpra com os cinco sinais de certeza: utente certo, medicamento certo, hora certa, dose certa e via certa.
- As cápsulas nunca devem ser abertas, e o seu conteúdo não deve ser administrado diluído, para evitar a possibilidade de alteração terapêutica.

Passos do Procedimento:

1. Confira a prescrição, reúna e leve o material até o quarto do utente;
2. Cumprimente o utente e identifique-se;
3. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
4. Confira o nome do utente e a terapêutica correspondente no cardex;
5. Peça ao utente que se posicione ou ajude-o a posicionar-se em Fowler ou semi-Fowler, se a sua situação clínica o permitir;
6. Oriente o utente sobre os medicamentos que está a tomar e os seus benefícios para o seu tratamento;
7. Retire o medicamento da embalagem, na presença do utente, evitando tocá-lo e ofereça-o ao utente;
8. Ofereça água e permaneça junto ao utente até a deglutição;
9. Para medicamentos líquidos utilize seringa ou recipiente medidor;
10. Deite os medicamentos líquidos pelo lado oposto ao do rótulo do recipiente para evitar a danificação deste;
11. Caso o utente tenha dificuldade para deglutir medicamentos sólidos, utilizar o almofariz.
12. Deixe o utente confortável;
13. Rubrique o medicamento administrado no cardex;
14. Recolha o material;
15. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6).

VIA INTRAMUSCULAR

Material Necessário:

- | | |
|---|---|
| ■ Cardex; | ■ Algodão, álcool a 70%; |
| ■ Tabuleiro; | Caixa incineradora; |
| ■ Cuvete com a seringa com medicamento a administrar e algodão; | ■ Recipiente com solução de hipoclorito a 0,5% para descontaminação da seringa. |

OBS: Cumpra com os cinco sinais de certeza: utente certo, medicamento certo, hora certa, dose certa e via certa.

Passos do Procedimento:

PREPARO DO MEDICAMENTO:

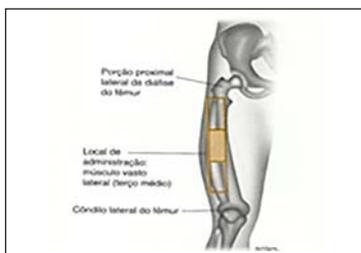
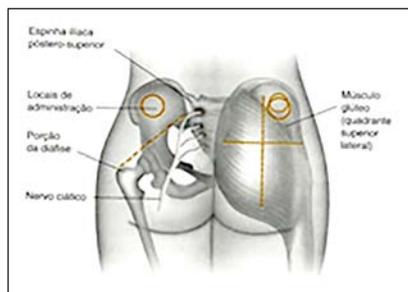
1. Confira no cardex o medicamento a administrar;
2. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
3. Desinfecte a borda de abertura do frasco de medicamento ou o gargalo da ampola com álcool a 70% e espere que seque;
4. Frascos hermeticamente fechados:
 - aspire o diluente e em seguida injecte no frasco;
 - Friccione o frasco entre as mãos para homogeneizar o soluto; caso o medicamento já venha diluído,
 - Agite o frasco entre as mãos para homogeneizar e introduza a agulha na borracha, contendo na seringa o volume de ar correspondente ao volume a ser aspirado. Assim, o medicamento entra espontaneamente na seringa;
 - Troque a agulha para a aplicação quando o medicamento for irritante, para evitar lesão tecidual;
 - Ampolas: proteja o gargalo com algodão e parta na direcção oposta a si; aspire o medicamento completamente, sem contaminar a agulha;
 - Reencepe a agulha com a técnica de uma mão só, caso seja necessário;

ADMINISTRAÇÃO DA TERAPÊUTICA

1. Reúna e leve o material até o quarto do utente;
2. Cumprimente o utente e apresente-se;
3. Explique ao utente o medicamento que será aplicado e seus efeitos, e peça a sua colaboração;
4. Confira o nome do utente e a terapêutica correspondente no cardex;
5. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

- Peça ao utente que se posicione ou ajude-o a se posicionar de acordo com o músculo de aplicação. Exponha todo o músculo;
 - Vasto lateral da coxa ou deltóide: utente sentado ou deitado em decúbito lateral;
 - Deltóide: utente sentado ou deitado em decúbito lateral, dorsal ou ventral;
 - Glúteo: utente em decúbito ventral com os pés voltados para dentro, promovendo o relaxamento do músculo; quando não for permitido, utente em decúbito lateral;
- Observe o local de aplicação para identificar qualquer alteração;
- Quando o utente estiver a fazer injeções repetidas, promova o rodízio dos locais de aplicação, respeitando a opinião do mesmo, sempre que possível;
- Exponha toda a área de aplicação e lave com água e sabão, se visivelmente suja;
- Visualize o local de aplicação com segurança:
 - Músculo deltóide: 4 dedos abaixo do acrómio;
 - Músculo dorso glúteo: contra-indicado em crianças; passe uma linha vertical imaginária descendo da espinha íliaca postero-superior até o trocanter maior do fémur; e uma linha horizontal partindo da altura do cóccix. Aplicar no centro do quadrante superior externo;
 - Músculo vasto lateral: terço médio da região antero-lateral da coxa;
 - Músculo ventroglúteo (Hochester): localiza-se o local da injeção colocando-se o dedo indicador sobre a espinha íliaca antero-superior e, com a palma da mão sobre a cabeça do fémur (trocanter), em seguida desliza-se o adjacente (médio) para formar um V. A injeção deve ser aplicada no centro do V.



INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

11. Segure o músculo com os dedos indicador e polegar da mão oposta a que segura a seringa;
12. Introduza a agulha com movimento firme e único, a um ângulo de 90° em relação ao músculo.
13. Aspire o êmbolo para estar seguro de não haver puncionado nenhum vaso (caso ocorra retire a agulha e aplique a injeção em outro local);
14. Injecte a medicação lentamente e observe as reações do utente;
15. Apoie o ponto de aplicação com algodão e retire a agulha com um único movimento, exercendo, ao mesmo tempo, pressão com o algodão;
16. Descontamine a seringa e agulha a lavar três vezes em solução de hipoclorito a 0,5%;
17. Deite a seringa com a agulha, imediatamente, na caixa incineradora;
18. Recolha, lave e arrume o material;
19. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
20. Rubrique no cardex.

VIA ENDOVENOSA

Material Necessário:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">■ EPI: Luvas de procedimento;■ Cuvete contendo garrote, seringa com medicamento a administrar, algodão, compressas e cateter periférico;■ Anti-séptico (Clorexidina – Hibitane® ou Clorexidina e■ Cetrimida – Savlon®, ou álcool etílico a 70%); | <ul style="list-style-type: none">■ Cardex;■ Tabuleiro;■ Caixa incineradora;■ Recipiente com solução de hipoclorito a 0,5% para descontaminação da seringa;■ Recipiente, com saco plástico, identificado como lixo infeccioso. |
|---|--|

OBS: Cumpra com os cinco sinais de certeza: utente certo, medicamento certo, hora certa, dose certa e via certa.

Passos do Procedimento:

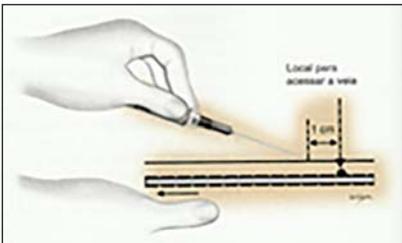
PREPARO DO MEDICAMENTO:

1. Confira no cardex o medicamento a administrar;
2. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
3. Desinfecte a borda de abertura do frasco de medicamento ou o gargalo da ampola com álcool a 70% e espere que seque;
4. Frascos hermeticamente fechados:
 - aspire o diluente e em seguida injecte no frasco;
 - fricção o frasco entre as mãos para homogeneizar o soluto; caso o medicamento já venha diluído;
 - Agite o frasco entre as mãos para homogeneizar e introduza a agulha na borracha, contendo na seringa o volume de ar correspondente ao volume a ser aspirado. Assim, o medicamento entra espontaneamente na seringa;
 - Troque a agulha para a aplicação quando o medicamento for irritante, para evitar lesão tecidual;
 - Ampolas: proteja o gargalo com algodão e parta na direcção oposta a si. Aspire o medicamento completamente, sem contaminar a agulha;
 - Reencepe a agulha com a técnica de uma mão só, caso seja necessário;
5. Reúna e leve o material até o quarto do utente;
6. Cumprimente o utente e apresente-se;
7. Explique o procedimento e peça a sua colaboração;

8. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
9. Calce as luvas de procedimento;
10. Coloque o utente na posição mais adequada ao procedimento;

ADMINISTRAÇÃO DA TERAPÊUTICA POR PUNÇÃO VENOSA

1. Examine a rede venosa do utente, dando preferência ao dorso da mão, antebraço e dobra do cotovelo, respectivamente; quando possível no membro não dominante do utente. Evite puncionar veias lesadas, locais próximos de um local recentemente puncionado e membro superior do lado de mastectomia;
2. Caso a punção seja nos membros superiores, coloque o garrote 5-10 cm acima do local da punção e peça ao utente para fechar a mão e manter o braço imóvel;
3. Lave a zona de inserção com água e sabão, se visivelmente suja;
4. Realize a anti-sepsia;
5. Espere que a pele seque antes de intervir;
6. Puncione o vaso, com o cuidado de ter o bisel da agulha voltado para cima, em um ângulo de 30 a 45°;



7. Perceba o fluxo venoso, retire o garrote e administre a medicação lentamente;
8. Observe os sinais de reacções a cada 5 a 10 ml injectados;
9. Apoie o ponto de aplicação com gaze estéril e retire a agulha com um único movimento, exercendo, ao mesmo tempo, pressão;
10. Oriente o utente a não dobrar o braço e manter a pressão por 1 minuto;
11. Descontamine a seringa e agulha, a lavar três vezes em solução de hipoclorito a 0,5%;
12. Deite a seringa com a agulha, imediatamente, na caixa incineradora;
13. Recolha, lave e arrume o material;
14. Retire as luvas e deite no recipiente para lixo infeccioso;
15. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
16. Rubrique no cardex.

POR ACESSO VENOSO INSTALADO

1. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
2. Calce as luvas de procedimento;
3. Verifique a permeabilidade do cateter antes de administrar qualquer terapêutica;
4. Avalie o local de punção, detectando precocemente possíveis complicações (edema, rubor, calor, dor);
5. Substitua o cateteres periféricos, quando necessário (a cada 72h - ver procedimento na página 56);
6. Faça a limpeza da conexão do cateter com álcool a 70%;
7. Remova a tampinha do cateter, protegendo-a com gaze estéril;
8. Bloqueie a administração do soro durante a administração do medicamento;
9. Conecte a seringa com o medicamento ao cateter venoso;
10. Traccione o êmbolo da seringa até que reflua uma pequena quantidade de sangue;
11. Injecte todo o medicamento, no tempo recomendado na prescrição;
12. Observe sinais de infiltração, hematomas, além de queixas de dor, desconforto ou alterações no utente;
13. Mantenha a permeabilidade do cateter, a injectar 10 ml de solução fisiológica a 0,9% ao final da administração da terapêutica;
14. Descontamine a seringa e agulha, a lavar três vezes em solução de hipoclorito a 0,5%;
15. Deite a seringa com a agulha, imediatamente, na caixa incineradora;
16. Deite o cateter no lixo infeccioso, quando necessário;
17. Recolha, lave e arrume o material;
18. Retire as luvas e deite no recipiente para lixo infeccioso;
19. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
20. Rubrique no cardex.

1. CATETER OU AGULHA EM VEIA PERIFÉRICA

Objectivo: Colecta de sangue, infusão contínua de soluções, administração de medicamentos, manutenção de via de acesso venoso.

COLOCAÇÃO

Material Necessário:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">■ EPI: Luvas de procedimento;■ Anti-séptico (Clorexidina – Hibitane® ou Clorexidina e■ Cetrimida – Savlon®, ou álcool etílico a70%);■ Tabuleiro;■ Compressas, algodão, garrote, adesivo, cuvete, cateter ou epicraniana de acordo com a idade e com o tipo da solução a injectar e adesivo;■ Suporte para o balão de solução, quando necessário; | <ul style="list-style-type: none">■ Recipiente com água e sabão;■ Balão de solução e/ou medicamento a ser administrado, sistemas de acordo com solução ou medicamento;■ Rótulo de soro devidamente preenchido, quando necessário;■ Baldes para lixo, com sacos plásticos, identificado como lixo comum e lixo infeccioso;■ Caixa incineradora. |
|---|--|

OBS:

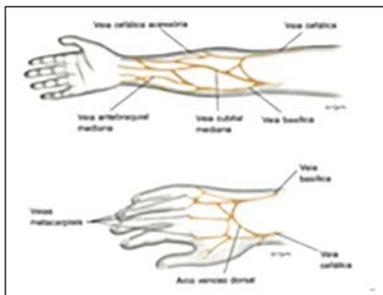
- Para a escolha da veia, leve em consideração as condições das veias, o tipo de solução a ser infundida e o tempo de infusão. Se possível, escolha o membro superior não dominante;
- As veias mais indicadas para receber infusão são: metacarpianas, basilica, cefálica inferior e cefálica acessória. Evite usar veias antecubitais, pela limitação de movimento do utente;
- Os dispositivos intravenosos devem ser substituídos a cada 72h;
- Os balões ou frascos de soro não devem ser perfurados.

Passos do Procedimento:

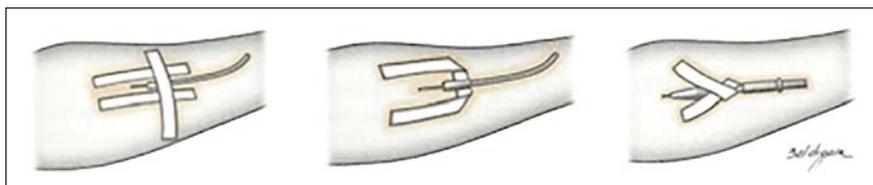
1. Confira no processo clínico a prescrição do procedimento;
2. Reúna todo o material necessário e leve para o quarto do utente;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Explique o procedimento;
5. Posicione o utente confortavelmente, conforme o local da punção;
6. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
7. Calce as luvas de procedimento;

PROCEDIMENTOS INTRAVASCULARES

8. Caso a punção seja nos membros superiores, coloque o garrote 5–10 cm acima do local da punção e peça ao utente que feche a mão e mantenha o braço imóvel;
9. Palpe o trajecto da veia;



10. Lave a zona de inserção com água e sabão, se visivelmente suja;
11. Faça a anti-sepsia com um dos anti-sépticos descritos acima, com movimentos circulares de dentro para fora;
12. Espere que a pele seque antes de intervir;
13. Segure o cateter com a mão dominante e com a outra, fixe o membro a punccionar;
14. Introduza o cateter na pele, com bisel voltado para cima, em um ângulo de 30 a 45°;
15. Direcione o cateter obliquamente, diminuindo o ângulo até que este fique paralelo à pele depois de penetrar a veia. A confirmação da punção é o sinal de sangue no cateter;
16. Coloque uma compressa debaixo do canhão do cateter para absorver qualquer derrame de sangue e retire o mandril para fazer deslizar o cateter até o canhão;
17. Desaperte o garrote e despreze imediatamente o mandril na caixa incineradora;
18. Adapte o sistema de solução, sangue ou medicamentos;
19. Ajuste a infusão para o tempo e velocidade prescritos, se necessário;
20. Seque o local com compressas, se necessário;
21. Coloque uma compressa por cima do cateter e fixe-a com adesivo com a data, hora e responsável pela colocação (troque o cateter a cada 72h; e o penso quando estiver sujo ou húmido - ver procedimento na página 16);



PROCEDIMENTOS INTRAVASCULARES

CÁLCULO DE GOTAS/MINUTO PARA INFUSÃO ENDOVENOSA

PRESCRIÇÃO		GOTAS / MINUTO
Volume	Tempo	
1000ml	4 horas	83
1000ml	6 horas	56
1000ml	8 horas	42
1000ml	12 horas	28
1000ml	24 horas	14
500ml	2 horas	83
500ml	3 horas	56
500ml	4 horas	42
500ml	6 horas	28
500ml	8 horas	21
500ml	12 horas	14
500ml	24 horas	7
300ml	4 horas	25
350ml	2 horas	58

Fórmula:

O número de gotas é igual ao volume (v) da solução a ser infundida, dividido pelo tempo (t) que a perfusão vai levar, multiplicado pela constante 3.

$$\text{Número de gotas} = \frac{v}{t \times 3}$$

MANUTENÇÃO

Material Necessário:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">■ EPI: Luvas de procedimento;■ Anti-séptico (Clorexidina – Hibitane® ou Clorexidina e Cetrimida – Savlon®, ou álcool etílico a 70%);■ Cápsula com algodão;■ Baldes para lixo, com sacos plásticos, identificado como lixo comum e lixo infeccioso;■ Tabuleiro; | <ul style="list-style-type: none">■ Caixa incineradora;■ Ampolas de Cloreto de Sódio a 0,9%, seringa de 10 ml, agulhas de 40 mm x 12 mm, sistema e cateter ou epicraniana que correspondam ao que está a ser utilizado (caso seja necessário efectuar a troca);■ Recipiente com solução de hipoclorito a 0,5% para descontaminação da seringa. |
|--|--|

Passos do Procedimento:

1. Faça a higiene das mãos;
2. Aspire 10 ml de cloreto de sódio a 0,9% (com a seringa conectada a agulha de 40 mm x 12 mm);
3. Reúna o material e leve-o ao quarto do utente;
4. Cumprimente o utente e identifique-se;
5. Explique o procedimento e peça a sua colaboração, se possível;
6. Observe se há sinais de infiltração, extravasamento do líquido infiltrado ou hematoma no local da punção, além de queixas de dor ou desconforto;
7. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
8. Calce as luvas de procedimento;
9. Desconecte o sistema do cateter, assegurando que a ponta do sistema se mantenha fechada e sem contaminação;
10. Injecte 3 ml de cloreto de sódio a 0,9% no cateter, com pressão e rapidez (salinização do cateter);
11. Para manter a permeabilidade do acesso venoso é recomendável injectar 10 ml de cloreto de sódio a 0,9% após a realização de cada procedimento (administração de medicamentos, retirada de amostras de sangue, etc);
12. Desconecte a seringa e reconecte o sistema;
13. Verifique se a infusão está a correr de acordo com a prescrição e se não há sinais de infiltração;
14. Caso a obstrução permaneça ou se observe sinais de infiltração, hematoma ou dor, troque o local da inserção do cateter;
15. Descontamine a seringa e agulha, a lavar três vezes em solução de hipoclorito a 0,5%;

PROCEDIMENTOS INTRAVASCULARES

16. Descarte o material perfurocortante imediatamente após o uso na caixa incineradora;
17. Deixe o utente confortável;
18. Recolha e arrume o material;
19. Faça a higiene das mãos (ver procedimento página 6);
20. Retire as luvas e deite no lixo infeccioso;
21. Registe o procedimento no processo clínico.

RETIRADA

Material Necessário:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ EPI: Luvas de procedimento;■ Anti-séptico (Clorexidina – Hibitane® ou Clorexidina e■ Ceftriaxona – Savlon®, ou álcool etílico a 70%);■ Tabuleiro;■ Caixa incineradora; | <ul style="list-style-type: none">■ Cápsula com algodão, éter ou benzina, tesoura e adesivo;■ Recipiente com solução de hipoclorito a 0,5% para descontaminação da seringa;■ Baldes para lixo, com sacos plásticos, identificado como lixo comum e lixo infeccioso. |
|--|---|

Passos do Procedimento:

1. Reúna todo o material e leve-o para o quarto do utente;
2. Cumprimente o utente e identifique-se;
3. Explique o procedimento;
4. Prepare uma tira de adesivo para fixação;
5. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
6. Calce as luvas de procedimento;
7. Passe algodão com éter ou benzina sobre o adesivo do penso de protecção;
8. Retire o penso de protecção do local da punção;
9. Deite o penso no lixo infeccioso;
10. Coloque algodão embebido com um anti-séptico sobre o local da punção e retire o cateter ou a epicraniana;
11. Limpe a pele com algodão com éter ou benzina para retirar os resíduos de adesivo;
12. Faça uma compressão firme durante 2 a 3 minutos para evitar sangramento;
13. Deite o algodão usado e o cateter em recipiente para lixo infeccioso e a epicraniana na caixa incineradora;
14. Aplique algodão e cubra com adesivo o local da punção;
15. Recolha, lave e arrume o material;
16. Retire as luvas de procedimento e deite-as imediatamente em recipiente para o lixo infeccioso;
17. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
18. Registe o procedimento no diário de enfermagem.

2. INSTALAÇÃO DE SISTEMA DE TRANSFUÇÃO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Objectivo: Aumentar a capacidade do sangue de transportar o oxigénio, restaurar os níveis de sangue no organismo, melhorar a imunidade ou corrigir distúrbio da coagulação sanguínea.

Material Necessário:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ EPI: Luvas de procedimento;■ Anti-séptico (Clorexidina – Hibitane® ou Clorexidina e■ Cetrimida – Savlon®, ou álcool etílico a 70%);■ Tabuleiro;■ Compressa , cateter de calibre entre 16 e 20, sistema para transfusão de sangue, garrote, tesoura, adesivo, suporte; | <ul style="list-style-type: none">■ Produto sanguíneo ou outro derivado na temperatura ambiente;■ Esfigmomanómetro, estetoscópio e termómetro;■ Recipientes para o lixo, com sacos plásticos, devidamente identificados como lixo comum e infeccioso, caixa incineradora. |
|---|---|

Passos do Procedimento:

PREPARAÇÃO:

1. Confira os dados do rótulo anexo ao frasco de sangue ou hemoderivado com os do processo clínico, verificando se constam e estão correctos: identificação do utente (nome, número de registo, número da cama, serviço), tipo e quantidade do produto, identificação do grupo sanguíneo e factor RH;
2. Prepare o sistema de transfusão de sangue:
 - Retire a tampa protectora do saco ou frasco de sangue ou derivados, sem tocar a abertura;

- Conecte o sistema na ponta de inserção do frasco ou bolsa de sangue ou derivados, tendo o cuidado de não tocar a ponta do sistema;
- Encha o filtro do sistema;
- Fixe o rótulo da bolsa ou frasco de sangue ou hemoderivado;
- Assegure que o início da transfusão não exceda 30 minutos após o recebimento da bolsa.

ADMINISTRAÇÃO DA TRANSFUSÃO:

1. Reúna todo o material necessário e leve-o até o quarto do utente;
2. Cumprimente o utente e identifique-se;
3. Explique o procedimento;
4. Verifique e avalie sinais vitais (ver procedimentos na página 40);
5. Comunique imediatamente ao clínico a presença de variação de parâmetros dos sinais vitais, antes de prosseguir com a instalação do sistema de transfusão de sangue e hemoderivados;
6. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
7. Calce as luvas de procedimento;
8. Quando o utente tem veia canalizada recentemente:
 - Verifique se o calibre do cateter é adequado para a transfusão (entre 16 a 20);
 - Em caso negativo, identifique outra veia para instalar o acesso para transfusão (ver procedimento na página 58);
 - Em caso positivo, avalie a permeabilidade do acesso e instale o sistema de transfusão de sangue ou derivados;
 - Assegure que não se administre nenhum tipo de medicamento concomitantemente com a transfusão (exceto solução fisiológica a 0,9%);
9. Quando utente não tem veia canalizada:
 - Identifique uma veia de bom calibre e faça a anti-sepsia da área de punção;
 - Canalize a veia utilizando o cateter adequado (16 a 20) e fixe o cateter (ver procedimento na página 58).
10. Instale o sistema de sangue ou hemoderivados:
 - Coloque a bolsa ou frasco de sangue ou hemoderivado no suporte;
 - Conecte o sistema no cateter do utente;
 - Verifique a permeabilidade;
 - Ajuste o gotejamento para que nos primeiros 15 minutos corram 5 gotas/minutos para que se possa observar possíveis reacções transfusionais;
 - Caso não apresente reacções transfusionais, após esse tempo, ajuste a velocidade do gotejamento de acordo com a prescrição médica ou, deixe correr 30 gotas/minuto nos adultos (desde que nunca ultrapasse 4 horas para os frascos ou bolsas de 500 ml).
11. Recolha, lave e arrume o material utilizado;
12. Retire as luvas de procedimento e deite-as no recipiente para lixo infeccioso;
13. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);

14. Mantenha a observação contínua do utente até o final da transfusão:
 - Verifique sinais vitais:
 - A cada 15 minutos na primeira meia hora;
 - Depois da primeira meia hora, a cada 30 minutos durante uma hora;
 - Depois, a cada hora até o término da transfusão.
15. Verifique a presença de reacções transfusionais (calafrios, taquicardia, erupções cutâneas, sensação de calor, febre, entre outras);
16. Em caso de reacção transfusional:
 - Pare imediatamente a transfusão, obstruindo a extremidade do sistema de transfusão;
 - Mantenha o acesso venoso com solução salina a 0,9 % com gotejamento moderado;
 - Colha 02 amostras de sangue em outro sítio (01 tubo com EDTA para hemograma e 01 tubo seco);
 - Envie a bolsa de sangue, o sistema e as amostras colhidas para o Banco de Sangue;
 - Comunique imediatamente ao clínico assistente.
17. Verifique constantemente se o gotejamento está de acordo com a prescrição médica;
18. Registe o procedimento, as reacções transfusionais, se ocorrerem, e a conduta adoptada pelo médico e Banco de Sangue, no processo clínico e diário de enfermagem.

1. PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIO

Objectivo: Promover o melhor estado físico e psicológico do utente, para evitar complicações no período pós-operatório.

Material Necessário:

- | | |
|---|--|
| ■ Material para: <ul style="list-style-type: none">■ banho na cama, quando necessário;■ higiene oral, quando necessário; | ■ cama de anestesia. <ul style="list-style-type: none">■ Tabuleiro;■ Roupa hospitalar de uso do utente no bloco operatório. |
|---|--|

Passos do Procedimento:

1. Verifique se todos os exames e avaliações necessárias foram realizados;
2. Certifique-se da indicação do procedimento cirúrgico e necessidade de cuidados especiais;
3. Cumprimente o utente e identifique-se;
4. Certifique-se da assinatura do termo de consentimento informado;
5. Converse com o utente sobre medo, dúvidas e preocupações com a cirurgia;
6. Converse sobre as condições do pós-operatório de acordo com o tipo de cirurgia. Apoie-se nas informações do processo clínico de forma a não confundir o utente;
7. Oriente o utente sobre o jejum (não ingestão de alimentos, água e medicamentos) de 8 a 12 horas antes da intervenção, a depender do tipo de cirurgia;
8. Administre medicação oral laxativa ou realize clister de limpeza, quando prescrito;
9. Não realize tricotomia da pele, pois caso seja necessário será realizada no bloco operatório;
10. Explique ao utente a importância do banho rigoroso com água e sabão antes da cirurgia, como medida de prevenção de infecções, com especial atenção para o umbigo, a região perineal e as unhas (retirar verniz);
11. Realize o banho na cama, quando necessário (veja procedimento na página 10);
12. Oriente ou faça, quando necessário, a higiene oral do utente (ver procedimento na página 7);
13. Oriente o utente a ir à casa de banho ou ofereça urinol e arrastadeira, quando necessário;
14. Ofereça roupa hospitalar limpa ao utente e ajude-o a vesti-la, quando necessário;
15. Peça ao utente para retirar as próteses, as jóias e outros adereços e registre no livro de ocorrências;
16. Administre medicação pré-operatória, quando prescrita;

CUIDADOS PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NA ENFERMARIA

17. Providencie o transporte confortável, em tempo previsto, numa maca, carrinha de rodas ou andando, a depender da condição do mesmo e o do tipo de cirurgia;
18. Despeça-se do utente dando palavras de confiança e positivismo;
19. Encaminhe o processo do utente com todos os resultados de exames e RX para o bloco operatório, respeitando a confidencialidade dos dados;
20. Registe o procedimento no processo clínico e diário de enfermagem;
21. Faça a cama de anestesia.

1. PROCEDIMENTOS PÓS-OPERATÓRIO

Objectivo: Prevenir e tratar precocemente complicações relacionadas ao procedimento cirúrgico, para uma recuperação mais rápida do utente.

Material Necessário:

- | | |
|--|--|
| ■ Tabuleiro; | ■ Relógio com ponteiro de segundos; |
| ■ Termómetro, cápsula com algodão, frasco com álcool a 70%, cuvete, esfigmomanómetro e estetoscópio; | ■ Ataduras, quando necessário; |
| | ■ Caneta e folha de gráficos de sinais vitais, que devem estar junto à cama do utente. |

Passos do Procedimento:

1. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
2. Receba o utente pós-operado, felicitando-o pelo sucesso da cirurgia;
3. Avalie o estado de consciência do utente;
4. Transfira o utente para a cama, protegendo-o adequadamente para evitar o aumento do desconforto;
5. Posicione o utente de acordo com a indicação médica;
6. Aqueça o utente com um cobertor, quando necessário;
7. Verifique a permeabilidade das vias aéreas superiores, administrando oxigenioterapia, quando necessário (ver procedimento na página 44);
8. Verifique a permeabilidade das vias endovenosas, dos sistemas de infusão e de drenagem (algália, sonda nasogástrica, dreno abdominal, dreno torácico e outros);
9. Observe a coloração da pele, unhas e mucosas, para identificação de sinais de cianose;
10. Conecte os drenos nos frascos colectores;
11. Observe o penso para identificar sinal de edema e hemorragia;
12. Imobilize o utente de modo a garantir-lhe maior segurança, quando necessário;
13. Avalie sinais vitais com a seguinte frequência:
 - Primeira hora: 15/15 minutos;
 - Segunda hora: 30/30 minutos;
 - Terceira e quarta hora: 45/45 minutos;
 - Depois a cada 4 horas.
14. Revise as anotações médicas no processo do utente e administre a terapêutica prescrita;
15. Ofereça líquidos e alimentos segundo prescrição médica;

CUIDADOS PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NA ENFERMARIA

16. Fique atento para sinais de dor, retenção urinária, hipovolémia, obstipação, sinais de infecção, tromboflebite e sinais de úlcera por pressão;
17. Encoraje o utente a fazer exercícios respiratórios (tossir, inspirar profundamente), fazer exercícios passivos na cama, levantar-se e andar após 24h da cirurgia, a depender do seu estado geral e indicação médica;
18. Oriente o utente a chamar o enfermeiro, caso necessite;
19. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
20. Registe os procedimentos no processo clínico e diário de enfermagem.

OUTROS PROCEDIMENTOS

1. COMO SE RELACIONAR COM O UTENTE

Objectivo: Promover a humanização e contribuir para a melhoria da atenção, adesão ao tratamento e recuperação mais rápida do utente.

Passos do Procedimento:

1. Cumprimente o utente chamando-o pelo nome;
2. Identifique-se dizendo seu nome e a sua categoria profissional;
3. Respeite a cultura de cada utente (língua, práticas familiares, preferências alimentares, hábitos de higiene, maneira de se vestir, crenças e outros);
4. Não julgue o utente;
5. Escute o utente com atenção;
6. Seja cortês (use um tom de voz moderado e uma linguagem compreensível ao utente);
7. Compreenda os anseios do utente gerados pela hospitalização;
8. Respeite a privacidade e a dignidade do utente.

2. COMO SE RELACIONAR COM OS FAMILIARES

Objectivo: Promover a humanização e contribuir para a melhoria da atenção, adesão ao tratamento e recuperação mais rápida do utente, assim como contribuir para reduzir a ansiedade dos familiares com relação ao internamento do utente.

Passos do Procedimento:

1. Cumprimente os familiares;
2. Identifique-se dizendo seu nome e a sua categoria profissional;
3. Converse com os familiares sobre o estado geral do utente (como passou o dia, como se alimentou, como vem participando do seu tratamento, como podem ajudar o utente e outros);
4. Caso tenha que realizar algum procedimento na hora da visita, peça educadamente que os familiares e visitantes aguardem na sala de espera;
5. Compreenda e proteja a ansiedade dos familiares, pois estes estão preocupados com a saúde do utente e necessitam de apoio.

3. ADMISSÃO DO DOENTE

Objectivo: Reduzir a ansiedade quanto ao internamento, promover sua adaptação ao novo ambiente e identificar aspectos que possam auxiliar nos cuidados e tratamento do utente.

Material Necessário:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ Bracelete de identificação do utente;■ Processo de internamento devidamente preenchido e assinado pelo médico contendo os seguintes itens:<ul style="list-style-type: none">■ Diário Clínico;■ Diário de Enfermagem;■ Folha de Arquivo de Meios■ Auxiliares de Diagnóstico;■ Protocolo operatório e folha de anestesia (se aplicáveis); | <ul style="list-style-type: none">■ Folha de gráficos de sinais vitais;■ Boletim de Urgência com a Guia de■ Transferência agrafada (este último no caso do utente tenha vindo transferido de outro serviço de saúde).■ Livro de Entrada;■ Cardex preenchido pelo médico;■ Tabuleiro com material para avaliação dos sinais vitais. |
|--|---|

Passos do Procedimento:

1. Cumprimente o utente e seu(s) acompanhante(s) chamando-os pelos nomes;
2. Identifique-se dizendo o seu nome e a sua categoria profissional;
3. Receba o processo de internamento, verifique que esteja completo e confirme os dados pessoais do utente e registos;
4. Atribua uma bracelete de identificação ao utente;
5. Apresente o serviço de internamento (casa de banho, sala de tratamento, localização do bebedouro, e outros), se as condições clínicas do utente permitirem;
6. Acompanhe-o até a cama e apresente-o aos outros utentes que estejam no quarto;
7. Informe ao(s) acompanhante(s) os horário(s) de visitas, o tipo de dieta do utente e os utensílios pessoais que podem trazer;
8. Despeça-se do(s) acompanhante(s);
9. Apresente a equipa de serviço ao utente;
10. Preste os primeiros cuidados (avaliar o estado geral do utente, certifique o diagnóstico médico, verifique os sinais vitais, providencie os medicamentos prescritos);
11. Registe as informações no processo clínico, no livro de entradas e diário de enfermagem (sinais vitais e nota de entrada);
12. Informe ao utente sobre o seu tratamento, como colaborar e como se auto-cuidar;
13. Identifique e conserve os bens do utente em local seguro e registe no livro apropriado. Caso o utente esteja acompanhado, entregue os seus pertences aos familiares;
14. Deixe o utente numa posição confortável.

4. ALTA DO UTENTE

Objectivo: Dar informações ao utente e/ou familiares sobre cuidados a serem seguidos, tratamentos e referências.

Material Necessário:

- | | |
|---|--|
| ■ Cartão de identificação do utente; | ■ Atestado de hospitalização; |
| ■ Cartão de operação; | ■ Atestado de doença, quando necessário; |
| ■ Guia de transferência para marcar consulta externa de controlo no hospital, e/ou Guia de transferência para Centro de Saúde, quando necessário; | ■ Recibo de pagamento da hospitalização; |
| | ■ Guia de alta; |
| | ■ Receitas médicas. |

Passos do Procedimento:

1. Informe o utente sobre a sua alta, com antecedência, sempre que possível;
2. Contacte o Serviço Social, quando necessário;
3. Explique com clareza sobre os cuidados no domicílio:
 - dieta indicada;
 - repouso, se necessário;
 - uso correcto de medicamentos;
 - higiene geral;
 - cuidados com a ferida, se necessário;
 - cuidados especiais, de acordo com a condição clínica, se necessário;
4. Oriente sobre a necessidade de fazer penso ou medicação no Centro de Saúde, se necessário;
5. Oriente sobre visitas de controlo para acompanhamento do seu problema de saúde, se necessário;
6. Entregue e explique a Guia de transferência, se necessário;
7. Entregue ao utente os bens que estavam na posse da enfermaria. Solicite que o utente confira os bens que está a receber e assine o livro de registo de recebimento;
8. Oriente o utente e familiares sobre procedimentos adicionais, se necessários (pagamento de taxas, atestado de doença, atestado de internação);
9. Providencie o transporte do utente em maca ou em carrinha de rodas, quando necessário;
10. Forneça a primeira medicação a ser tomada em casa, se necessário;
11. Verifique se existe dúvida e esclareça o utente e/ou a familiares;

OUTROS PROCEDIMENTOS

12. Preencha uma ficha, em duplicado, com as informações oferecidas ao utente. Entregue a original ao utente e anexe a cópia ao processo do mesmo;
13. Despeça-se do utente e dos seus familiares;
14. Registe a alta no Livro de Altas, conforme a rotina;
15. Encaminhe o processo do utente à Secretaria do Serviço, para procedimentos administrativos;
16. Receba o processo do utente da Secretaria, para o seguimento do mesmo até a saída da enfermaria;
17. Providencie a limpeza terminal da unidade do utente.

OUTROS PROCEDIMENTOS

5. EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL - EPI

Objectivo: Ajudar a evitar a disseminação de microrganismos de uma pessoa para outra (utentes ou trabalhadores de saúde) e do equipamento, instrumentos e ambiente para as pessoas.

EPI	QUANDO USAR
Luvas cirúrgicas	Procedimentos cirúrgicos e invasivos, em que o profissional entrará em contacto com tecido subepitelial ou sangue do utente (ex.: cirurgias, drenagem torácica, punção de acesso venoso central).
Luvas de procedimento	Procedimentos de contacto com sangue ou fluidos corporais, membranas mucosas e pele não íntegra (ex.: pensos, inserção e remoção de cateter intravenoso, recolha de sangue, aspiração, banho na cama, sempre que cuidar de doentes com diarreia, alterações na pele e para transportar amostras de laboratório).
Luvas de borracha para limpeza	Durante o manuseamento de instrumentos que tiveram contacto com sangue ou fluidos corporais, manuseamento de lixo e roupas hospitalares sujas, preparo de soluções de limpeza desinfectantes, limpeza de áreas de cuidados de utentes, limpeza de salpicos de sangue ou salpicos de fluidos corporais.
Máscara cirúrgica	Para conter as gotículas de humidade expelidas quando os utentes ou trabalhadores de saúde falam, tosem ou espirram; para prevenir que os salpicos de sangue ou fluidos corporais penetrem acidentalmente no nariz ou na boca dos trabalhadores de saúde.
Respirador (N95)	Nos cuidados a uma pessoa com tuberculose pulmonar e outras afecções de transmissão por aerossóis (ex.: varicela e sarampo).
Óculos e protectores faciais	Ao realizar tarefas em que seja provável um salpico acidental no rosto (ex.: cirurgias, partos, limpeza de instrumentos, pensos com exsudato, aspiração, banho na cama, limpeza do tecto).

OUTROS PROCEDIMENTOS

EPI	QUANDO USAR
Barrete	Durante tarefas em que haja possibilidade de salpicos de sangue ou de fluidos corporais no cabelo e também para evitar queda de fragmentos de pele ou cabelos durante o procedimento (ex.: cirurgias, partos, pensos com exsudato, aspiração, preparo de materiais para esterilização).
Avental plástico	Para proteger o vestuário de sangue, fluido amniótico, vômitos e outros fluidos corporais. (ex.: cirurgias, partos, pensos com exsudato, aspiração, lavagem de materiais contaminados, banho na cama).
Sapatos fechados	Para proteger os pés de lesões por objectos cortantes ou pesados e para limpar áreas contaminadas.
Botas de borracha	Durante actividades nas quais se utilizam muita água; para lavar materiais e instrumentos, ambientes, paredes, bancadas, e para actividades na lavanderia e cozinha.

COMO RETIRAR E TRATAR OS EPI APÓS O USO

Objectivo: Evitar a contaminação dos trabalhadores de saúde e a contaminação cruzada.

Material Necessário:

- | | |
|--|-------------------------|
| ■ Recipientes, com sacos plásticos, identificadas como lixo comum e lixo infeccioso; | ■ Compressas ou escova; |
| ■ Recipiente com solução de hipoclorito de sódio a 0,5%; | ■ Água e sabão. |

Passos do Procedimento:

1. Retire as luvas virando-as pelo avesso e deite-as imediatamente no recipiente para o lixo infeccioso;
2. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
3. Retire o barrete a segurá-lo pela parte interna, e vá colocando a parte externa para dentro, evitando tocar-lhe; em seguida, deite-o no recipiente para o lixo infeccioso;
4. Retire os óculos a segurá-los pelas suas partes que recobrem as orelhas. Coloque-os no recipiente com hipoclorito a 0,5% para ser descontaminado e limpo;
5. Retire a máscara a segurá-la pelas tiras e coloque a parte externa para dentro, evitando tocar-lhe. Em seguida deite-a no recipiente para o lixo infeccioso;
6. Retire o avental plástico a segurar pelas tiras. Exponha-o sobre uma superfície, pela parte que estava em contacto com o seu corpo;
7. Faça a higiene das mãos (ver procedimento página 6);
8. Calce luvas de borracha para limpeza ou luvas de procedimento e faça a limpeza dos óculos, do avental e dos sapatos (seguindo essa ordem):
9. Óculos: Limpe os salpicos de sangue ou secreções com uma compressa com hipoclorito a 0,5%, e depois lave-os com água e sabão;
10. Avental: Limpe os salpicos de sangue ou secreções com uma compressa com hipoclorito a 0,5% , e depois passe uma escova ou compressa com água e sabão e em seguida passe uma compressa com água limpa até retirar o sabão;
11. Bota ou sapato fechado impermeável: Limpe os salpicos de sangue ou secreções com uma compressa com hipoclorito a 0,5%, e depois passe uma escova ou compressa com água e sabão e em seguida passe uma compressa com água limpa até retirar o sabão;
12. Retire e deite fora as luvas de procedimento ou lave as luvas de borracha;
13. Seque todo o material, de preferência ao sol, e guarde em local limpo e seco.

6. PREPARAÇÃO DE MATERIAL PARA ESTERILIZAÇÃO

Objectivo: Tornar mais segura a manipulação e remover fisicamente toda a sujidade, sangue e outros fluidos corporais, para otimizar o processo de esterilização dos materiais.

Material Necessário:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ EPI: Máscara, óculos, avental plástico, sapatos fechados impermeáveis e luvas de borracha para limpeza;■ Recipiente plástico com solução de hipoclorito de sódio a 0,5%;■ Água, sabão líquido, de preferência, escova de cabeça pequena (pode ser escova de dentes);■ Adesivo; | <ul style="list-style-type: none">■ Teste;■ Pano para colocar sobre uma bancada ou mesa (para escorrer a água dos materiais);■ Pano para secar o material;■ Papel pardo/caqui, Kraft, manga mista, crepado, tecido não tecido (TNT): embalagem dupla ou tripla (lembre-se que este material é de uso único). |
|---|---|

Passos do Procedimento:

DESCONTAMINAÇÃO:

1. Mergulhe completamente o material na solução de hipoclorito de sódio a 0,5%, por 10 minutos (a solução deve estar limpa e em recipiente plástico para evitar oxidar/enferrujar);

LIMPEZA:

1. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
2. Coloque todos os EPI acima descritos;
3. Pegue em cada material ou instrumento individualmente e lave com água e sabão, utilizando uma escova pequena, limpando cuidadosamente as suas dobras e reenreentrâncias e desmontando tudo que for possível. Não utilize esponja (contamina facilmente), nem palha-de-aço (forma micro fissuras no material que dificulta a esterilização);
4. Passe o material em bastante água limpa para retirar todo o sabão;
5. Ponha o material aberto e desmontado sobre um pano limpo para escorrer a água;
6. Seque rigorosamente cada material com um pano limpo, sem deixar qualquer bolha de água.

EMPACOTAMENTO:

1. Coloque o material no centro do papel, em diagonal e proceda ao empacotamento seguindo a técnica de envelope;

OUTROS PROCEDIMENTOS

2. Os pacotes não devem estar muito apertados, pois isto irá dificultar a penetração do vapor;
3. Coloque o teste de acordo com as normas da esterilização;
4. Identifique o tipo de material do pacote, serviço, data e responsável, com letra legível;
5. Providencie o envio do material para a Central de Esterilização, conforme a rotina do sector.

7. PREPARAÇÃO DO CORPO APÓS A MORTE

Objectivo: Evitar perda de secreções e excreções durante o funeral e posicionar o corpo de forma a não ferir a dignidade do morto.

Material Necessário:

- | | |
|---|--|
| ■ EPI: máscara, óculos, barrete, luvas de procedimento, avental plástico e sapatos impermeáveis fechados; | ■ Tabuleiro; |
| ■ Bacia, água, sabão, algodão, compressas, toalha, éter ou benzina, ataduras e adesivo; | ■ Dois lençóis; |
| | ■ Biombo, quando necessário; |
| | ■ Recipientes com sacos plásticos identificados para o lixo comum e o lixo infeccioso. |

Passos do Procedimento:

1. Verifique se o preenchimento do processo clínico está correcto;
2. Confirme que o “certificado de óbito” foi preenchido correctamente conforme os dados do processo clínico e esteja assinado pelo médico;
3. Prepare os rótulos para a identificação do corpo: duas tiras largas de adesivos (uma para a testa e outra para o peito) com: serviço onde ocorreu o óbito, nome completo do utente, idade, filiação, hora, data;
4. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
5. Coloque os EPI descritos acima;
6. Retire a roupa, cateteres, sondas, sistemas de drenagem, ligaduras, gessos e outros materiais inseridos no corpo;
7. Limpe com éter ou benzina as marcas de adesivo, se necessário;
8. Retire anéis, brincos e outras jóias e identifique-os para entregar aos familiares;
9. Faça a higiene do corpo;
10. Feche as pálpebras e a boca do falecido, colocando uma atadura sob o queixo até à cabeça;
11. Tape todos os orifícios corporais com algodão para evitar a saída de secreções;
12. Fixe as mãos e os pés com ataduras;
13. Identifique o corpo com os rótulos já preparados (um para a testa e outro para o peito);
14. Envolve o corpo com um lençol colocado no sentido diagonal, deixando-o em decúbito dorsal;
15. Cubra o corpo com outro lençol;
16. Recolha e organize os materiais usados;

OUTROS PROCEDIMENTOS

17. Retire os EPI usados (ver procedimento na página 77);
18. Faça a higiene das mãos (ver procedimento na página 6);
19. Anote no diário de enfermagem a ocorrência, data, hora, e assine;
13. Acolha os familiares que vierem à enfermaria em local privativo, seja amável e respeitoso ao dar a notícia;
14. Entregue todos os bens do falecido ao familiar, que deverá assinar um termo de responsabilidade em duplicado;
15. Informe que o corpo está na morgue e que neste serviço será feita a entrega do certificado de óbito;
16. Faça os registros necessários.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: fundamentos de enfermagem. 2.^a ed. rev., Brasília (DF): MS; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

DOUGHERTY, L.; MALLETT, J. Manual de procedimentos clínicos de Enfermagem, 5.^a ed. Medicina e saúde/Instituto Piaget. Reino Unido: Hospital Royal Marsden; 1999.

GUDDO, J. S. Normas sobre a prática clínica transfusional em Moçambique. MISAU/DNS; 1994.

PAUCHET-TRAVERSAT, A. F. ; BESNER, E. ; BONNERY, A. M. ; GABA-LEROY, C. Cuidados de Enfermagem—Fichas técnicas, 3.^a ed. Paris: Edições Maloine; 2001.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B (Org.). Feridas: fundamentos e atualizações em Enfermagem. 2.^a ed. rev. e ampliada. Brasil. São Caetano do Sul (SP): Yendis editora; 2007.

SWERRINGEN, P. L.; HOWARD, C. A. Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem. 3.^a ed. São Paulo: Artmed Editora; 2002

TRALDI, MARIA CRISTINA. Fundamentos de Enfermagem na Assistência Primária de Saúde. Editora Alinea, Campinas, SP, 2004.

TIETJEN, L.; McINTOSH, N.; BOSSEMEYER, D.; Prevenções de Infecções: Directrizes para unidades de saúde com recursos limitados. E.U.A.; Baltimore: JHPIEGO; 2005.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde; Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos; 2.^a Edição revisada; Lisboa, 2011.

CARMAGNANI, MARIA ISABEL. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. Guanabara Koogan LTDA, Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL, Governo do Distrito Federal, Secretaria do Estado de Saúde, Subsecretaria de Atenção à Saúde, Gerência de Enfermagem. Manual de Procedimentos de Enfermagem,; Brasília, DF, 2012.

MOÇAMBIQUE, Ministério da Saúde; Prevenção Controlado de Infecções nas Unidades Sanitárias; actualização e revisão das Directrizes para Unidades de Sanitárias com Recursos Limitados – Prevenção e Controlado de Infecções de 2003, elaboradas por Linda Tietjen; Débora Bossemeyer e Noel McIntosh – JHPIEGO, Maputo, 2013.

