

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

ÍNDICE

Direitos do Paciente.....
Unidade de Internação Hospitalar
❖ Tipos de Unidades	
❖ Unidade do cliente	
❖ Observações	
Admissão Hospitalar
❖ Transferência Hospitalar	
❖ Alta Hospitalar	
Preparo do Leito Hospitalar	
❖ Objetivo	
❖ Tipos de Leito	
❖ Material	
Prontuário	
❖ Finalidades do Prontuário	
❖ Componentes Principais de um Prontuário	
Lavagem das Mãos	
❖ Técnica de Lavagem das mãos	
Calçar e retirar luvas estéreis	
❖ Objetivo	
❖ Procedimento	
Sinas Vitais	
❖ Verificação dos sinais vitais:	
❖ Temperatura	
❖ Pulso	
❖ Frequência	
❖ Respiração	
❖ Pressão Arterial	
Medidas Antropométricas	
❖ Objetivo	
❖ Material Procedimento	
Higiene Corporal	
❖ Auto- Imagem	
❖ Nível socioeconômico	
❖ Conhecimento	
❖ Variáveis culturais	
❖ Preferências sociais	
❖ Medidas para realização de higiene	
❖ Higiene e cuidados do couro cabeludo	
❖ Tratamento de pediculose	
❖ Lavagem externa	
❖ Lavagem externa masculina	
❖ Lavagem externa feminina	
❖ Uso de papagaio, comadre e urinol.	
❖ Tricotomia	

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

Conforto

- ❖ Objetivos
- ❖ Movimentos e posicionamento do paciente
- ❖ Assistência de enfermagem
- ❖ Prevenção de escara e deformidades
- ❖ Mudança de decúbito
- ❖ Massagem
- ❖ Finalidades
- ❖ Movimentos comuns
- ❖ Material
- ❖ Método
- ❖ Observações

Movimentação e Posições

- ❖ Técnicas para movimentação
- ❖ Restrições de movimentos
- ❖ Material
- ❖ Procedimento
- ❖ Grades laterais
- ❖ Observações
- ❖ Posições
- ❖ Posição de Fowler
- ❖ Posição Dorsal, horizontal ou posição Supina
- ❖ Decúbito ventral
- ❖ Posição de Sims Direita e Esquerda
- ❖ Posição lateral Direita e Esquerda
- ❖ Posição Ginecológica
- ❖ Posição de trendelenburg

Tratamento de Feridas e Curativas

- ❖ Manuseio de materiais esterilizados
- ❖ Técnicas de enfermagem no manuseio de material esterilizado
- ❖ Tratamento de feridas
- ❖ Feridas
- ❖ Curativo
- ❖ Observações
- ❖ Soluções utilizadas para o tratamento de feridas
- ❖ Tipos de curativos
- ❖ Material
- ❖ Etapas ou fases do curativo
- ❖ Procedimentos
- ❖ Assistência de enfermagem
- ❖ Curativos com drenos
- ❖ Curativos em ostomias abdominais
- ❖ Procedimento para a troca de bolsa
- ❖ Procedimento para a limpeza da bolsa
- ❖ Observações
- ❖ Orientações
- ❖ Curativo de Cateter
- ❖ Curativo de Traqueostomia
- ❖ Retirada de Pontos
- ❖ Definição

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
 São Vicente - São Paulo
 Telefone (13) 3466-1000

- ❖ Material
- ❖ Procedimento

Sonda Nasogástrica

- ❖ Definição
- ❖ Material
- ❖ Procedimento
- ❖ Sondagem nasoenteral
- ❖ Definição
- ❖ Material
- ❖ Procedimento
- ❖ Assistência de Enfermagem

Sondagem Vesical

- ❖ Definição
- ❖ Sondagem Vesical de alívio
- ❖ Sondagem Vesical de demora
- ❖ Técnicas para o sexo masculino
- ❖ Procedimento
- ❖ Técnica para o sexo feminino
- ❖ Procedimento

Lavagem

- ❖ Definição
- ❖ Material
- ❖ Enteroclisma
- ❖ Definição
- ❖ Material
- ❖ Procedimento

Oxigenoterapia

- ❖ Medidas de segurança
- ❖ Cuidados com o umidificador
- ❖ Material básico
- ❖ Meios de administração
- ❖ Canal nasal
- ❖ Cateter nasal
- ❖ Máscara facial
 - Nebulização/ inalação
 - Material
 - Método
 - Observações
- ❖ Aspiração Traqueal
 - Definição
 - Material
 - Procedimento
- ❖ Assistência de enfermagem
- ❖ Cuidados com Traqueostomia
 - Definição
 - Material
 - Procedimento.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

Coleta de Exames

- ❖ Definição
- ❖ Material
- ❖ Procedimento
- ❖ Coleta de escarro
- ❖ Coleta de urucultura
- ❖ Coleta de urina
- ❖ Coleta de sangue para hemocultura
- ❖ Coleta de fezes
- ❖ Assistência de enfermagem
- ❖ Glicosúria
- ❖ Glicemia Capilar

Aplicações de calor e frio

- ❖ Aplicações quentes
 - Finalidades
 - Contra Indicação
 - Bolsa de água quente
 - Compressas Quentes
- ❖ Aplicações Frias
 - Contra Indicações
 - Compressas Geladas

Administração de Medicamentos

- ❖ Vias de administração de medicamentos
- ❖ Regras gerais
- ❖ Cuidados na administração de medicamentos
- ❖ Cuidados em relação ao controle dos medicamentos
- ❖ Via Oral ou bucal
 - Material
 - Método
- ❖ Cuidados na diluição
- ❖ Via sublingual
- ❖ Via gástrica
- ❖ Via retal
- ❖ Via vaginal
- ❖ Via tópica ou cutânea
- ❖ Via nasal
- ❖ Via ocular
- ❖ Via auricular
- ❖ Via parenteral
- ❖ Requisitos básicos
- ❖ Problemas que podem ocorrer
- ❖ Preparo do medicamento em ampola
- ❖ Preparo do medicamento em frasco (pó)
- ❖ Injeção Intradérmica (ID)
- ❖ Injeção subcutânea
- ❖ Injeção Intramuscular (IM)
- ❖ Injeção Endovenosa (EV)
 - Aplicação de injeção endovenosa em pacientes com soro
- ❖ Venóclise
- ❖ Heparinização
- ❖ Cálculo para gotejamento de soluções EV

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

❖ Cateteres Venosos

Cuidados com pacientes graves e agonizantes

Cuidados com o corpo após a morte

- ❖ Finalidades
- ❖ Material
- ❖ Método
- ❖ Observações

Balanço Hídrico.

- ❖ Definição
- ❖ Material
- ❖ Procedimento
- ❖ Assistência de enfermagem

MATERIAL DE BOLSO.

Deveres do aluno ao iniciar o estágio e usar estes deveres até o fim da profissão.

MATERIAL.

- ❖ Caderneta para rascunho.
- ❖ Caneta azul ou preta para dia, caneta vermelha para noite.
- ❖ Garrote.
- ❖ Aparelho de pressão (esfigmomanômetro mais estetoscópio).
- ❖ Termômetro.
- ❖ Relógio de pulso.
- ❖ Não levar nada de valor para estágio.

DEVERES.

- ❖ Cabelos presos (tipo coque) ou curtos.
- ❖ Unhas curtas sem esmalte, somente base.
- ❖ Brincos pequenos, sem argolas ou brinco pendurados.
- ❖ Corrente fininha com pingente pequeno (gargantilha).
- ❖ Sem anéis somente uso de aliança.
- ❖ Proibido o uso de piercing (nariz, orelha, sobrancelha e língua).
- ❖ Uso de tatuagem, lugar não visível.
- ❖ Proibido, uso de branco transparente, blusas de alcinhas, sem mangas, bermudas, mini saia, saia com bainha em cima do joelho.
- ❖ Uso de avental e crachá da escola.
- ❖ Sapato de couro fechado, proibido uso sandálias, chinelos, tamancos, etc.

TÉCNICAS BÁSICAS DE ENFERMAGEM.

DIREITOS DO PACIENTE.

1. O paciente tem direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem direito a um local digno e adequado para seu atendimento.
2. O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.
3. O paciente tem direito a receber dos funcionários adequados, presentes no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu conforto e bem estar.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

4. O paciente tem direito a identificar o profissional por crachá preenchido com nome completo, função e cargo.
5. O paciente tem direito a consultas marcadas, antecipadamente, de forma que o tempo de espera não ultrapasse 30 minutos.
6. O paciente tem o direito de exigir que todo o material seja rigorosamente esterilizado, ou descartável e manipulado segundo normas de higiene e prevenção.
7. O paciente tem direito de receber explicações claras sobre o exame a que vai ser submetido e para qual finalidade irá ser coletado o material para exame de laboratório.
8. O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultura, sobre as ações diagnósticas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia qual o instrumento a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos.
9. O paciente tem direito a ser esclarecido se o tratamento ou diagnóstico é experimental ou faz de pesquisa, e se os benefícios a serem obtidos são proporcionais aos riscos e se existe probabilidade de alteração das condições de dor, sofrimento e desenvolvimento da sua patologia.
10. O paciente tem direito de consentir ou recusar a ser submetido à experimentação ou pesquisas. No caso de impossibilidade de expressar sua vontade, o consentimento deve ser dado por escrito por seus familiares ou responsáveis.
11. O paciente tem direito a consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados. Deve consentir de forma livre, voluntária, esclarecida com adequada informação. Quando ocorrerem alterações significantes no estado de saúde inicial ou da causa pela qual o consentimento foi dado, este deverá ser renovado.
12. O paciente tem direito de revogar o consentimento anterior, a qualquer instante, por decisões livres, conscientes e esclarecidas, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.
13. O paciente tem direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento. Este prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados do histórico do paciente, princípio e evolução da doença e raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica e demais relatório e anotações clínicas.
14. O paciente tem direito a ter seu diagnóstico e tratamento por escrito, identificado com o nome do profissional de saúde e seu registro no respectivo Conselho Profissional, de forma clara e legível.
15. O paciente tem direito de receber medicamentos e equipamentos de alto custo, que mantenham a vida e a saúde.
16. O paciente tem direito de receber os medicamentos acompanhados de bula de forma compreensível e clara e com data de fabricação e prazo de validade.
17. O paciente tem direito de receber as receitas com o nome genérico do medicamento (Lei do genérico), e em código, datilografadas com a caligrafia perfeitamente legível, com a assinatura e carimbo contendo o número do registro do respectivo Conselho Profissional.
18. O paciente tem direito de conhecer a procedência e verificar antes de receber sangue ou hemoderivados para a transfusão, se o mesmo contém carimbo nas bolsas de sangue atestando e sorologia efetuadas e sua validade.
19. O paciente tem direito, no caso de estar inconsciente, de ter anotado em seu próprio prontuário, medicação, sangue ou hemoderivados com dados sobre a origem, tipo e prazo de validade.
20. O paciente tem direito de saber com segurança e antecipadamente, através de testes ou exames, que não é diabético, portador de algum tipo de anemia, ou alérgico a determinados medicamentos (anestésicos, penicilina, sulfas, soro antitetânico, etc...) antes de lhe serem administrados.
21. O paciente tem direito à sua segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados.
22. O paciente tem direito de ter acesso às contas detalhadas referentes às despesas de seu tratamento, exames, medicação, internação e outros procedimentos médicos. (Portaria do Ministério da Saúde nº 1.286 de 26/1-93 – art. 8º e nº 74, de 04/05/1994).
23. O paciente tem direito de não sofrer discriminação nos serviços de saúde por ser portador de qualquer tipo de patologia, principalmente no caso de ser portador do HIV/ AIDS ou doenças infecto-contagiosas.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

24. O paciente tem direito de ser resguardado de seus segredos, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que, mesmo desconhecido pelo próprio cliente, possa o profissional de saúde, ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exame físico, exames laboratoriais e radiológicos.
25. O paciente tem direito a manter sua privacidade, para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação adequada e higiênica, quer quando atendido no leito, ou no ambiente onde esta internado ou aguardando atendimento.
26. O paciente tem direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações. As visitas de parentes e amigos devem ser disciplinadas em horários compatíveis, desde que não comprometam as atividades médicas/ sanitárias. Em caso de parto, a parturiente poderá solicitar a presença do pai.
27. O paciente tem direito de exigir que a maternidade, além dos profissionais comumente necessários, mantenham a presença de um neonatologista, por ocasião do parto.
28. O paciente tem direito de exigir que a maternidade, realize o “ teste do pezinho” para detectar a fenilcetonúria nos recém- nascidos.
29. O paciente tem direito à indenização pecuniária no caso de qualquer complicação em suas condições de saúde motivadas por imprudência, ou imperícia dos profissionais de saúde.
30. O paciente tem direito a assistência adequada, mesmo em períodos festivos, feriados ou durante greves profissionais.
31. O paciente tem direito de receber ou recusar assistência moral, psicológica, social e religiosa.
32. O paciente tem direito a uma morte digna e serena, podendo optar ele próprio (desde de lúcido), a família ou responsável, por local ou acompanhamento e ainda se quer ou não o uso de tratamentos dolorosos e extraordinários para prolongar a vida.
33. O paciente tem direito à dignidade e respeito, mesmo após a morte. Os familiares ou responsáveis devem ser avisados imediatamente após o óbito.
34. O paciente tem o direito de não ter nenhum órgão retirado de seu corpo sem sua prévia aprovação.
35. O paciente tem o direito à órgão jurídico de direito específico da saúde, sem ônus e de fácil acesso..

UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

Uma unidade “é um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, onde são executadas atividades afins. Pode variar em número, dimensão e denominação, em função da capacidade operacional finalidade e técnicas adotadas”. (Ministério da saúde, 1983:9).

FINALIDADES

Proporciona ao cliente adequada à sua recuperação; oferecer à enfermagem condições que favoreçam o desempenho de suas funções.

COMPONENTES

Posto de enfermagem, Sala de Serviço, Expurgo (sala de utilidades), Copa e Expurgo de Limpeza.

TIPOS DE UNIDADES

Enfermarias ou Quartos, rouparia, banheiro de clientes (com chuveiro e vaso sanitário), sala de curativos, banheiro, de funcionários, depósito de materiais de limpeza (Ministério da Saúde, 1983).

As unidades são organizadas de acordo com as especialidades de atendimento.

Desta forma podemos ter:

Unidade de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Pronto Socorro, Berçário, Unidade de Ginecologia e Obstetrícia, Ambulatório, e outros, de acordo com a clientela atendida pela instituição.

UNIDADES DO CLIENTE (QUANTO AO PACIENTE)

É o conjunto de espaço físico e mobiliário destinado a cada cliente.

Componentes Básicos de uma Unidade do Cliente:

- Uma cama com colchão;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Uma mesa de cabeceira com gaveta para material de uso do cliente;
- Uma cadeira;
- Uma Campainha;
- Mesa para refeição;
- Suporte para soro;
- Escadinha;
- Pontos de saída de gases;
- Régua de O2: (ar comprimido, Vácuo).

OBSERVAÇÕES

Os móveis deverão estar dispostos de forma que permita uma boa circulação ao redor dos leito;

Estes são componentes básicos de uma unidade de internação sendo que componentes acessórios são introduzidos de acordo com a especialidade à que a unidade se destina.

ADMISSÃO HOSPITALAR

É a entrada e permanência do cliente em uma instituição (hospital ou clínica) com a finalidade terapêutica, por determinado período.

A internação é uma indicação médica para um tratamento que o cliente não pode receber em casa.

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

- ⇒ Preparar o leito que o cliente irá ocupar, logo após a notificação do serviço de internação;
- ⇒ Verificar o prontuário, certificando-se do leito que o cliente irá ocupar;
- ⇒ Receber o cliente com cortesia, chamando-o pelo nome;
- ⇒ Apresentar-se e apresentar a equipe de enfermagem, elementos que a compõe;
- ⇒ Apresentar a unidade encaminhá-lo ao quarto/ leito que irá ocupar, apresentá-lo aos demais clientes internados;
- ⇒ Orientar sobre as rotinas do hospital, horário das refeições, medicações, controle de sinais vitais, higienização, visitas medicas e de enfermagem, visita de familiares, serviços religiosos e atividades recreativas;
- ⇒ Orientá-lo quanto ao uso da campainha e instalações sanitárias;
- ⇒ Encaminhá-lo ao banho fornecendo-lhe os materiais e roupas necessárias (pijama, camisola, toalha, sabonete);
- ✓ Arrolar pertences (roupas e valores), preenchendo impressos próprios, especificando detalhadamente o que contem, encaminhando os valores arrolados para o local de guarda valores, mediante assinatura do funcionário que recebeu os valores para a guarda. A primeira via do impresso acompanhará os valores, a segunda via devera retornar a unidade a ser arquivada no prontuário do cliente até sua alta, transferência ou óbito. Quando os familiares estiverem presentes, fazer a entrega de todos os pertences aos mesmos:
- ✓ Verificar peso e altura;
- ✓ Acomodar o cliente no leito;
- ✓ Verificar os sinais vitais;
- ✓ Realizar entrevistas;
- ✓ Horário de admissão;
- ✓ Procedência;
- ✓ Condições de admissão (cadeira de rodas, maca, deambulando, acompanhado ou não);
- ✓ Motivo do internamento;
- ✓ Queixas, sinais e sintomas;
- ✓ Acuidade visual e auditiva;
- ✓ Uso de fuma, bebidas, drogas;
- ✓ Eliminações (urinária intestinal)
- ✓ Outras patologias (diabetes, tuberculose, bronquite, etc...);
- ✓ Internamentos anteriores (motivo);

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- ✓ Uso de medicamentos (nome, dosagem, horário). Se o cliente trouxer medicamentos de casa, liste todos os medicamentos, instrua-o a não tomá-los sem previa autorização do médico e enfermeiro, ou rotular e identificá-los guardando-os em lugar seguro ou devolvê-los aos familiares ou acompanhantes.
- ✓ Uso de próteses (dentária etc...).
- ✓ Hemotransfusões (quantas vezes, data, mês).
- ✓ Tipo sanguíneo;
- ✓ Alergias a medicamentos, alimentos, materiais, soluções, etc.

TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR.

É a remoção ou saída do cliente de uma unidade para outra do próprio hospital ou clínica.

INDICAÇÕES.

- ✓ Melhorar clínica (ex.: transferência da UTI para unidade de clínica médica);
- ✓ Mudança de especialidade (exemplo: da clínica neurológica para clínica ortopédica).

PRODECIMENTOS DE ENFERMAGEM.

- ✓ Certificar-se da solicitação da transferência;
- ✓ Preencher o impresso “Aviso de Transferência” em duas vias;
- ✓ Enviar a 1ª via do Aviso de Transferência para o Serviço de Internação, solicitando a vaga para o setor determinado no aviso, mediante assinatura do funcionário do Serviço de Internação;
- ✓ Arquivar no prontuário a Segunda via do Aviso de Transferência;
- ✓ Após a confirmação da vaga pelo Serviço de Internação no setor solicitado, entrar em contato com o enfermeiro da unidade destino, confirmando o horário para transferência do cliente;
- ✓ Preparar o cliente para transferência, fornecendo-lhe todas as orientações necessárias;
- ✓ Reunir medicamentos, prontuário e pertences do cliente;
- ✓ Transferir o cliente assim que a unidade destino estiver pronta (fazer a checagem por telefone).
- ✓ Anotar no relatório de enfermagem: hora de transferência, condições do cliente, setor para o qual foi transferido e assinatura do responsável pela transferência.
- ✓ Transferir o cliente juntamente com o prontuário completo, pertences e medicamentos, em cadeira de rodas ou maca, conforme condições do cliente avaliadas previamente pelo enfermeiro;
- ✓ Informar adequadamente o enfermeiro da unidade destino sobre o estado do cliente, cuidados prestados, medicamentos administrados e outras observações que se fizerem necessárias;
- ✓ Fazer a entrega do prontuário, medicamentos e impresso “Arrolamento de Pertences” mediante assinatura do protocolo;
- ✓ Anotar a transferência no Censo Hospitalar ou Livro de Registros;
- ✓ Providenciar a desinfecção ou limpeza terminal da unidade; Comunicar SND, SFH e S.I.

OBSERVAÇÕES

- Transferir o cliente sempre que possível fora dos horários de refeições e administração de medicamentos;
- Evitar prontuário completo, incluindo os exames complementares;
- A solicitação de transferência deverá ser feita, pelo encaminhamento da primeira via do Aviso de Trans ao Serviço de Internação, que é responsável pelo controle e disponibilizarão das vagas de acordo com as possibilidades, comunicando a unidade destino, sobre o leito a ser reservado para a transferência;
- Deixar sempre a segunda via do “Aviso de Transferência” no prontuário do cliente, sobre todos os impressos para que fique visível a todos os funcionários;
- Registrar no prontuário e passar plantão para os turnos posteriores sobre a situação em que se encontra a transferência do cliente, caso não tenha sido transferido até a troca de plantão;
- Comunicar o S.F.H e S.N.D. da transferência do cliente depois de efetuada a transferência;
- Checar as medicações e cuidados realizados antes de transferir o cliente;
- Fazer os registros de todos os cuidados prestados no prontuário;
- Registrar o material e medicamentos enviados junto com o cliente transferido em livro de protocolo.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

ALTA HOSPITALAR

É a saída do cliente do hospital ou clínica, para casa ou para outro hospital ou clínica.

INDICAÇÃO

- ✓ Melhora clínica;
- ✓ A pedido do cliente e ou familiares;
- ✓ Necessidades de atendimento em outros serviços especializados;
- ✓ Indisciplina;
- ✓ Necessidade de ausentar-se do hospital ou clínica ou para resolução de assuntos particulares;
- ✓ Problemas administrativos.

TIPOS DE ALTA

- ✓ Alta hospitalar Convencional;
- ✓ Alta hospitalar a Pedido;
- ✓ Alta hospitalar Disciplinar;
- ✓ Alta hospitalar Condicional;
- ✓ Alta hospitalar Administrativa.

ALTA HOSPITALAR CONVENCIONAL

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM:

- ✓ Certifica-se da Alta Hospitalar, que deve ser assinada pelo médico;
- ✓ Informar o cliente e familiares;
- ✓ Preencher o impresso “Aviso de Alta”, em duas vias;
- ✓ Encaminhar as duas vias do “Aviso de Alta” ao serviço de internação, entregar ao funcionário responsável, que deverá assinar as duas vias do Aviso;
- ✓ Encaminhar a segunda via do “Aviso de Alta” para a unidade arquivando-a no prontuário do cliente até sua saída;
- ✓ Fazer orientações de alta, ao cliente ou para os familiares, se ele não estiver em condições de receber informações sobre: repouso, uso de medicamentos (entregar receita médica), dieta, curativos, retorno hospitalar, clínica ou ambulatório.
- ✓ Auxiliar o cliente a vestir-se ou fornece-lhes as roupas pra que ele mesmo faça ou aos familiares para que o auxiliem;
- ✓ Fazer a entrega do impresso “Arrolamento de Pertences”, orientando para que retirem os pertences no setor de guarda pertences;
- ✓ Entregar a segunda via do impresso “Aviso de Alta”, ao cliente e ou acompanhante (familiares), orientando para que seja entregue no balcão de saída;
- ✓ Fazer anotações no prontuário, referente a hora da saída, tipos de alta, condições do cliente, presença ou não de acompanhante e orientações fornecidas;
- ✓ Encaminhar o cliente até a saída do hospital em cadeiras de roda ou maca conforme necessidade previamente avaliada pelo Enfermeiro (caso não tenha contra- indicação, o cliente poderá sair deambulando, acompanhado por familiares, acompanhantes, e um funcionário da enfermagem);
- ✓ Registrar a alta no Censo Hospitalar ou Livros de Registros;
- ✓ Retirar o prontuário da prancheta, colocando-o em envelopes, identificados, depositando-o em local estabelecido para os prontuários após a alta ou levá-lo ao setor de internação para fechamento das diárias;
- ✓ Comunicar o Serviço de Nutrição e Dietética (SND) e Serviços de Farmácia Hospitalar (SFH), sobre a saída do cliente;
- ✓ Providenciar para que seja realizada a limpeza ou desinfecção terminal da unidade;
- ✓ Retirar as roupas de cama, toalhas colocando-as no hamper;
- ✓ Retirar comadre, papagaio, cuba-rim, levando-os ao expurgo;

OBSERVAÇÕES

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- ✓ Registrar no prontuário e passar plantão para os outros posteriores sobre a situação em que se encontra a alta do cliente, caso não tenha saído até a troca de plantão;
- ✓ Comunicar S.F.H e S.N.D sobre a alta somente após a saída física do cliente da unidade;
- ✓ Enquanto o cliente estiver internado no hospital, mesmo estando o impresso de alta hospitalar assinada pelo médico, deverá receber todos os cuidados de rotina (sinais vitais, higienização, medicamentos, dieta) nos horários estabelecidos, até que ocorra sua saída física, isto é, até que ele deixe de ocupar o leito;
- ✓ O cliente deixará o hospital, sempre acompanhado da enfermagem;
- ✓ Suspender a Alta Hospitalar, caso haja alguma anormalidade do quadro clínico do cliente, notificando ao médico;
- ✓ Envolver, o familiar no preparo da alta, para garantir a continuidade do tratamento;
- ✓ As orientações para a alta devem ocorrer, durante todo o processo de internação, para facilitar o entendimento de todos os cuidados necessários após deixar o hospital;

ALTA A PEDIDO

É a alta solicitada pelo cliente ou responsável, mesmo sem ter recebido o tratamento necessário ou estar recebendo o tratamento e este ser interrompido. O cliente e /ou responsável assina a alta a pedido, assumindo as responsabilidades do abandono do tratamento.

PREPARO DO LEITO HOSPITALAR

O leito hospitalar compõem-se da cama e do colchão destinado a receber o cliente quando de sua admissão na instituição hospitalar.

Objetivo:

Proporcionar conforto e segurança ao cliente.

TIPOS DE LEITO:

- a) **Leito fechado:** Estende-se por leito fechado o leito vazio, isto é, aquele que aguarda uma pessoa a ser internada, permanecendo fechado até um novo cliente o ocupe.
- b) **Leito Aberto:** É o leito ocupado pelo cliente que pode locomover-se ou o leito que aguarda a chegada de um cliente cuja internação já tenha sido comunicada.
- c) **Leito Ocupado:** (doente acamado)- é aquele ocupado pelo cliente impossibilitando de locomover-se. Para segurança, ele é preparado por duas pessoas, uma para segurar o cliente e outra para arrumar o leito.
- d) **Leito de Operado:** É aquele leito que receberá o cliente após realização de cirurgia ou exames sob anestesia.

MATERIAL

- Luvas de Procedimento (para o caso de leito ocupado);
- 01 lençol;
- 01 lençol de vira ou sobrelençol;
- 01 lençol móvel;
- Fronha;
- Travesseiro;
- Colcha;
- Cobertor;
- Impermeável;
- Hamper.

LEITO FECHADO.

PROCEDIMENTO.

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar à unidade do cliente;
- Disponer a roupa limpa no espaldar da cadeira na ordem em que será posta no leito;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Estender o lençol para os pés do leito, dobrado, ficando ao meio do leito. A seguir o lençol em direção à cabeceira;
- Iniciar a confecção do canto em triângulo: elevar a borda do lençol, segurando-o uns 15 cm acima do colchão, com a outra mão prender a ponta solta sobre o colchão;
- Baixar a borda que fora elevado, prendendo-a sob o colchão firmemente;
- Prender o restante do lençol sob o colchão até os pés do leito;
- Fazer o canto nos pés do leito, usando a mesma técnica do canto superior;
- Estender o lençol móvel no terço médio do leito sobre o impermeável, de forma que não forme rugas ou dobras, e parte do lençol dobrado na metade do leito;
- Estender o lençol de vira ou sobrelençol no sentido longitudinal sobre o leito mantendo a outra até a metade do leito, (sem prender nos cantos);
- Fazer o mesmo com o cobertor e a colcha deixando espaço para a vira no terço superior do leito;
- Passar para o outro lado do leito (esquerdo), prosseguir arrumado o leito, obedecendo a mesma seqüência;
- Rebater o lençol de vira ou sobrelençol sobre a colcha e ou cobertor;
- Prender as pontas distais sob o colchão fazendo o canto em triângulo;
- Colocar a fronha no travesseiro e colocá-lo em pé encostado no espaldar do leito.

LEITO OPERADO.

PROCEDIMENTO.

O procedimento é o mesmo que o leito fechado, porém, não se procede a arrumação dos cantos;

Enrolar o sobrelençol, colcha e cobertor juntos, até o lado oposto da cama, de forma que o leito fique pronto para colocar o cliente sedado, parcialmente consciente.

Incluir ao material 01 toalha para colocar na cabeceira e fazer duas pregas laterais, prendendo as extremidades sob o colchão.

Colocar o travesseiro em pé no espaldar da cabeceira ou junto aos pés do leito.

LEITO OCUPADO (CLIENTE ACAMADO).

PROCEDIMENTO.

- Lavar as mãos;
- Reunir toda a roupa necessária e levá-la até a unidade do cliente;
- Colocar a roupa de cama na seqüência a ser utilizada, no espaldar da cadeira;
- Soltar as pontas dos lençóis, e deixar o lençol protetor sobre o cliente;
- Remover a colcha e o cobertor, colocá-los no hamper, se estiverem sujos;
- Posicionar o cliente no terço distal do leito, apoiando uma das mãos sobre o ombro do cliente;
- Após o posicionamento lateral do cliente, enrolar a roupa de baixo, suja o máximo possível no sentido até junto ao corpo do cliente;
- Proceder a limpeza do leito se necessário;
- Esticar os lençóis limpos prendendo-os sob o colchão, estendendo-os até junto ao corpo do cliente;
- Solicitar ao cliente que se vire para a metade do colchão, já arrumado (ou faça-lo virar-se com ajuda de outra pessoa), observando as normas de segurança;
- Passar para o outro lado do leito, remover a roupa a ser trocada, colocá-la no saco de hamper, havendo duas pessoas, ajudar o cliente a se virar e segurá-lo solicitando para que a pessoa que está auxiliando arrume o leito do lado oposto;
- Esticar o lençol de baixo e prender os cantos sob o colchão;
- Reposicionar o cliente de forma confortável;
- Trocar o lençol de vira ou sobrelençol;
- Trocar a fronha se necessário;
- Levantar o saco de hamper com a roupa suja para o expurgo;
- Deixar o ambiente em ordem.

LEITO ABERTO

PROCEDIMENTO:

O leito aberto será arrumado, observando a mesma seqüência do leito fechado.

Difere no final da seqüência, nos itens seguintes:

- a) O sobrelençol é dobrado na parte superior, sobre a colcha;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- b) O travesseiro fica posicionado na parte superior do leito (cabeceira) para que seja usado pelo cliente;
c) Descer o sobrelençol, cobertor, colcha juntos, dando uma dobra diagonalmente, para facilitar a entrada do cliente no leito.

OBSERVAÇÕES

- Abrir portas e janelas antes de iniciar o trabalho;
- Utilizar lençóis limpos, sem pregas e sem rugas;
- Não deixar migalhas de pão, fios de cabelo, etc, nos lençóis a serem utilizados;
- Limpar o colchão impermeável e travesseiro se estiverem sujos;
- Virar o colchão, quando necessário, e deixar o estrado na posição horizontal;
- Ter cuidado com os drenos, sondas, fios e curativos para não tracioná-los;
- Observar o estado de conservação do colchão, travesseiro e impermeável (o impermeável, deve ser guardado limpo, entalcado e enrolado, evitando que estraguem provoquem desconforto ao cliente);
- Não arrastar as roupas de cama do chão;
- Evitar contato das roupas de cama e peças do mobiliário da unidade do cliente e com o uniforme;
- Não sacudir as roupas de cama;
- Não alisar as roupas de cama, mas ajeitá-las pelas pontas;
- A operação da arrumação do leito, deverá ser iniciada pela direita do leito, começando a seqüência pela cabeceira;
- Devemos imaginar uma linha reta dividindo o leito em duas metades no seu sentido longitudinal (no seu comprimento);
- Toda a seqüência do trabalho deverá ser executada na metade direita do leito, somente ao terminar este lado, o operador fará a outra metade, deslocando-se para a esquerda do leito. Lençóis, que tenham elásticos devem ser vestidos na cabeceira (lado direito e esquerdo e nos pés da cama lado direito e esquerdo);
- As roupas de cama deverão ser dispostas no espaldar da cadeira na ordem em que serão usados;
- A seqüência na arrumação da roupa na cadeira é a seguinte:
 - Toalha;
 - Fronha;
 - Colcha;
 - Cobertor;
 - Sobrelençol;
 - Lençol móvel;
 - Impermeável;
 - Lençol;
 - Dobrar as roupas de cama na seguinte seqüência:
 - Duas vezes no sentido da largura, uma vez no sentido do comprimento, colocando na cadeira as peças com as pontas laterais voltadas para o lado do leito:
 - O cobertor é optativo na arrumação do leito;
 - Ao levantar o lençol da cadeira para o leito, estendê-lo sobre o centro do colchão, ou seja, deverá corresponder ao meio do leito;
 - A abertura da fronha deverá situar-se do lado oposto á porta de entrada da enfermaria;
 - Fazer uso da mecânica corporal.

PRONTUÁRIO

É o conjunto de documentos escritos, formulário padronizado, destinados aos registros da assistência prestada ao cliente, desde a sua admissão até sua alta ou óbito.

FINALIDADES DO PRONTUÁRIO

- Registrar toda a assistência prestada ao cliente durante o período de internação;
- Documentos a vida do cliente sob o ponto de vista clinico, facilitando o tratamento atual e futuro;
- Oferecer importante subsidio à justiça, para instruir um processo jurídico;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Propiciar um excelente campo de pesquisa, estudo e aprimoramento aos profissionais (médico, enfermeiros, estudantes, etc.);
- Servir como embasamento para o médico e enfermeiro planejar a abordagem diagnóstica e terapêutica do cliente;
- Servir como forma de comunicação aos profissionais envolvidos na assistência ao cliente;
- Servir como fonte de informações para o enfermeiro no estabelecimento do plano de assistência ao cliente;
- Servir como fonte para auditoria de enfermagem e médica;
- Constituir fonte de informações estatísticas usadas pelo governo na complicação de informações acerca do estado de saúde das pessoas, bem como das condições de saúde do Município, Estado e País;
- Servir como base para elaboração de planos para o futuro e antecipação das necessidades de saúde do povo como as informações estatísticas: nº de nascimentos, internações hospitalares e óbitos;
- Servir como fonte de dados para prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Servir como fonte de informação sobre a ocorrência de doenças infecto- contagiosas, alimentando os dados epidemiológicos.

COMPONENTES PRINCIPAIS DE UM PRONTUARIO

- Formulário de admissão/ internação;
- Formulário de evolução;
- Formulário de exames complementares;
- Formulário de parecer de especialidades;
- Formulário de C.C.I.H (comissão e controle de infecção hospitalar);
- Formulário para prescrição;
- Formulário para relatório de enfermagem;
- Formulário para histórico e exame físico.

LAVAGEM DAS MÃOS

Lavar as mãos:

- Após qualquer trabalho de limpeza;
- Ao verificar sujeira visível nas mãos;
- Antes e após utilizar o banheiro;
- Após tossir, espirrar ou assoar o nariz;
- Antes e após atender o cliente;
- Após o término de trabalho;
- Antes e após de qualquer procedimento com o cliente;
- Evitar o uso de jóias, elas são possíveis depósitos de microorganismos;
- Não sentar no leito do paciente, pois se podem carregar-se germes para casa ou deixar os próprios no leito do cliente;
- Manter o avental sempre abotoado, sua finalidade é a própria proteção, funcionando como barreira, isolando os germes da comunidade dos germes hospitalares.

LAVAGEM DAS MÃOS

- Lavagem das mãos é a fricção manual vigorosa de toda a superfície das mãos e punhos, utilizando-se sabão/ detergente, seguida da enxágüe abundante em água corrente,
- A lavagem das mãos é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares;
- O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após contatos que envolvam mucosas, sangue ou outros fluidos corpóreos, secreções ou excreções;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- A lavagem das mãos deve ser realizada tantas vezes quanto necessária, durante a assistência a um único cliente, sempre que envolver contato com diversos sítios corporais, entre cada uma das atividades;
- A lavagem anti-sepsia cirúrgica das mãos realizadas sempre antes dos procedimentos cirúrgicos;
- A decisão para a lavagem das mãos com uso de anti-séptico deve considerar o tipo de contato, o grau de contaminação, as condições do cliente e o procedimento a ser realizado:
 - Realização de procedimentos invasivos;
 - Prestação de cuidados a clientes críticos;
 - Contato direto com feridas e ou dispositivos invasivos, tais como cateteres e drenos.
- Devem ser empregadas medidas e recursos com o objetivo de incorporar a prática da lavagem das mãos em todos os níveis da assistência hospitalar;
 - A distribuição e a localização de unidades ou pias para lavagem das mãos, de forma a atender á necessidade nas diversas áreas hospitalares, além da presença dos produtos, é fundamental para a obrigatoriedade da prática (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998)

TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS

- Abrir a torneira com a mão dominante e molhar as mãos, sem encostar-se a pia;
- Ensaboar as mãos, friccionando-as por aproximadamente 15 a 30 segundos, atingindo Palma, Dorso das mãos, - Espaços Interdigitais, Polegar, Articulações, Unhas e extremidades dos dedos e Punhos;
- Enxaguar as mãos;
- Enxugar com papel-toalha;
- Fechar a torneira utilizando o papel-toalha.

CALÇAR E RETIRAR LUVAS ESTÉRIES.

OBJETIVO:

- Prevenção e evitar infecções hospitalares;
- Proteção individual.

PROCEDIMENTO:

- Abrir o pacote de luva, posicioná-la com a palma da mão virada para cima;
- Com a mão direita, levantar a parte de cima do pacote à direita, e com a mão esquerda retirar a luva pela parte interna do punho.
- Calçar a luva na mão direita, atentando para não contaminar a sua parte externa;
- Com a mão esquerda, levantar a parte de cima do pacote à esquerda e colocar a mão direita enluvada dentro do punho dobrado;
- Calçar a luva na mão esquerda, cuidando para não contaminar a mão enluvada;
- Ajeitar as luvas externamente com as mãos enluvada;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Após o uso, retirar a luva de uma mão puxando-a externamente sobre a mão, virando-a pelo avesso. Quanto á outra mão enluvada, segurá-la pela parte interna, puxando-a e virando-a pelo avesso.

SINAIS VITAIS.

VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS;

a) TEMPERATURA:

A temperatura corpórea é o grau de calor que o corpo humano apresenta, indicando o equilíbrio entre a produção e eliminação do calor. A temperatura normal do corpo humano varia ente 36 e 37°C. Por razões patológicas, podemos encontrar variações para mais ou menos.

OBJETIVOS:

- Obter dados sobre o estado do paciente;
- Auxiliar no diagnóstico;
- Auxiliar o tratamento;

TIPOS DE FEBRE;

- Constante;
- Remitente;
- Ondulante ou intermitente.

CONSTANTE: Quando a variação de sua curva não ultrapassar de 1 (um) grau, permanecendo alta durante 24 horas.

M = Manhã.
T = Tarde.
N =Noite.

REMITENTE: Quando a variação de sua curva de temperatura apresenta de 1 ou 2 graus durante 24 horas, porém não chega ao normal.

M = Manhã.
T = Tarde.
N = Noite.

ONDULANTE OU INTERMITENTE: É uma febre que alternam dias de temperatura, com dias de temperatura normal.

M = Manhã
T = Tarde
N = Noite

VARIAÇÕES DE TEMPERATURA:

- Hipertemia: Temperatura acima do normal ($\geq 37,7^{\circ}\text{C}$)
- Hipotermia: Temperatura abaixo do normal ($< 36^{\circ}$)
- Febrícula ou Estado Febril: Temperatura entre 37° a $37,5^{\circ}\text{C}$.
- Normotermia: Temperatura normal ($36,1$ a 37°C).

LOCAIS UTILIZADOS PARA VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA:

ORAL: O termômetro deverá ser colocado sob a língua, posicionando-o no canto dos lábios. A verificação da temperatura oral é contra indicada em crianças, idosos, doentes graves, inconscientes e psiquiátricos, portadores de lesões orofaríngeas, após fumar, após ingestão de alimentos gelados ou quentes.

O uso do termômetro deverá ser individual.

RETAL: O termômetro possui bulbo arredondado e calibre grosso.

Também é de uso individual, sendo contra indicado a sua verificação, nos seguintes casos:

- intervenções cirúrgicas do reto e períneo.
- processos inflamatórios locais.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

O termômetro deve ser lubrificado e posicionado no paciente, em decúbito lateral, passar vaselina e flexionar a perna e levantar, introduzindo-o cerca de 1 cm. Após o uso deverá ser lavado com água e sabão. A verificação mais freqüente no nosso meio, porém, oferece menor precisão que a tomada por via oral ou retal.

AXILAR: É a verificação mais freqüente no nosso meio, porém oferece menor precisão que a tomada por via oral ou retal.

PROCEDIMENTO:

- Avisar o paciente
- Deixar o paciente deitado ou recostado confortavelmente na cama ou na cadeira;
- Colocar a bandeja já preparada sobre a mesa de cabeceira, com: termômetro, bolas de algodão embebidas em álcool, saco para algodão limpo e saco para depositar algodão sujo;
- Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool;
- Enxaguar a axila do paciente, com a própria vestimenta;
- Descer a coluna de mercúrio até o ponto mais baixo, segurando o termômetro firmemente e sacudindo-o com cuidado para não quebrá-lo;
- Colocar o termômetro na axila do paciente mantendo-o com o braço bem encostado ao tórax;
- Depois de 5 a 7 minutos, retirar o termômetro;
- Ler a temperatura na escala;
- Limpar com algodão embebido em álcool;
- Anotar a temperatura verificada.

b) **PULSO:** É a concentração e expansão alternada de uma artéria, correspondendo aos batimentos cardíacos. O pulso joga o sangue.

c) **FREQÜÊNCIA:** É o número de batimentos cardíacos por minuto.
Quanto à freqüência o pulso ser:

- Taquicárdico.
- Bradicárdico.
- Normocárdico – Normal.

TAQUICÁRDICO: É o número de batimentos cardíacos acima do normal.

BRADICÁRDICOS: É o número de batimentos cardíacos abaixo do normal.

Média Normal dos Batimentos Cardíacos:

- Primeira infância: 120 a 130 batimentos/ minuto.
- Segunda infância: 80 a 100 batimentos/ minuto.
- Adulto: 60 a 80 batimentos/ minuto.

TENSÃO: É a resistência da artéria á pressão dos dedos devido a pressão do sangue dentro dos vasos.

RITMO: É a cadência com que o pulso bate.

Quanto ao ritmo o pulso pode ser:

- Regular ou Rítmico: batimentos uniformes;
- Irregular ou Arrítmico: batimentos não uniformes (sempre será não rítmico).

MATERIAL:

Usado com marcador de segundos.
Papel para fazer anotações.

LOCAL:

O local mais usado para ser verificar o pulso é sobre artéria radial.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

PROCEDIMENTO:

- Colocar o dedo médio e o indicador sobre a artéria, comprimindo-a levemente;
- Verificar a frequência, ritmo e tendão do pulso;
- Contar durante 1 minuto inteiro;
- Anotar no prontuário.

OBSERVAÇÕES:

- Ter as mãos aquecidas;
- Nunca fazer pressão muito forte sobre a artéria;
- Certificar-se primeiro do ritmo, depois contá-lo;
- Em casos de pacientes atletas, o pulso poderá apresentar-se frequência diminuída (condicionamento físico).

A) RESPIRAÇÃO:

Respiração é a troca dos gases dos pulmões com meio exterior.
Consiste na absorção do oxigênio (O₂) e eliminação de Gás Carbono (CO₂).

MÉDIA NORMAL DA RESPIRAÇÃO:

- Crianças: 30 a 40 movimentos/ minuto.
- Adultos: 14 a 20 movimentos/ minuto.

ALTERAÇÕES DA RESPIRAÇÃO:

- Apnéia: parada respiratória;
- Dispnéia: respiração dificultosa;
- Taquipnéia: respiração acelerada;
- Ortopnéia: paciente só consegue respirar sentado;
- Hipopnéia: diminuição da frequência respiratória;
- Hiperpnéia: aumento da frequência respiratória;
- Respiração Cheynes – Stockes: respiração agônica ou estertosa.

MATERIAL:

- Relógio com ponteiro de segundos;
- Material para anotar.

PROCEDIMENTO:

- Não deixar que o paciente perceba que estão sendo contados os movimentos respiratórios, para isso segurar como se estivesse verificando o pulso;
- Fazer anotações no prontuário.

B) PRESSÃO ARTERIAL:

É a pressão exercida pelo sangue nas paredes dos vasos sanguíneos. Depende da força da contração do coração, da quantidade de sangue e da resistência das paredes dos vasos.

OBJETIVOS:

Determinar a pressão sistólica e diastólica.

MATERIAL:

- Aparelho de pressão (esfigmomanômetro);
- Estetoscópio.

ALTERAÇÕES DE PRESSÃO:

- Hipertensão: significa pressão arterial elevada;
- Hipotensão: significa pressão arterial abaixo do normal.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

OBSERVAÇÕES:

A pressão arterial (PA) pode ser:

- **Convergente:** é quando há aproximação da máxima e mínima.

EX: 120 x 100 mmHg.

- **Divergente:** é quando há afastamento entre a máxima e mínima.

Ex: 120 x 70 mmHg.

- **Normal:** é quando a pressão arterial está aproximadamente 120 x 80 mmHg.

PROCEDIMENTO:

- Arrumar o material em uma bandeja, e levar junto ao paciente;

- Explicar o que vai ser feito;

- Colocar o paciente deitado ou sentado com o apoiado;

- Colocar o manquito no braço e ajustá-lo acima do cotovelo;

- Colocar o estetoscópio sobre a artéria branquial;

- Fechar a válvula de ar e insuflar ritmadamente o manquito, através da “Pêra” até aproximadamente 200 mmHg;

- Abrir a válvula vagorosamente;

- Observar no manômetro o ponto em que o 1º ruído é ouvido (Pressão Sistólica Máxima);

- Observar o ponto onde o som foi ouvido por último (Pressão Diastólica – Mínima).

- Anotar no relatório de enfermagem.

TIPOS DE PADRÕES RESPIRATÓRIOS

<u>TIPO</u>	<u>CARACTERÍSTICA</u>	<u>PADRÃO</u>	<u>CAUSAS POSSÍVEIS</u>
Apnéia	Ausência periódica de respiração		Obstrução mecânica das vias aéreas.
Apnêustica	Inspiração prolongada e entrecortada, seguida por uma expiração extremamente curta e ineficiente.		Lesões no centro respiratório.
Bradipnéia	Respiração lenta e regular de igual profundidade.		Padrão normal durante o sono. Condições afetando o centro respiratório: tumores, desordens metabólicas, descompensação respiratória; utilização de opiáceos e álcool.
Cheyne-Stockes	Respirações rápidas e profundas de 30 a 170 segundos pontuados por períodos de apnéia durante 20 a 60 segundos.		Elevação da pressão intracraniana, insuficiência cardíaca congestiva grave, insuficiência renal, meningite, dose excessiva de drogas ou remédios, anóxia cerebral.
Eupnéia	Ritmo e frequência normais		Respiração normal.
Kussmau	Respiração rápida (acima de 20 respirações/minuto), profundas (lembrando suspiros) e trabalhosas sem pausa.		Insuficiência renal ou acidosa metabólica, em particular cetoacidose diabética.
Traquiplnéia	Respirações rápidas. A frequência aumenta com a temperatura do corpo ao redor de duas batidas/ minuto para cada 2 graus Celsius acima do norma.		Pneumonia, alcalose respiratória compensatória, insuficiência respiratória, lesões do centro respiratório e intoxicações (ou envenenamento) por salicilatos.

FATORES QUE INFLUENCIAM A PRESSÃO SANGUÍNEA

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
 São Vicente - São Paulo
 Telefone (13) 3466-1000

IDADE	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)
Recém-Nascido (3 kg)	Sistólica= 50-52 Diastólica= 25-30 Média= 35-40
4 anos	85/60
6 anos	95/62
10 anos	100/65
12 anos	108/67
16 anos	118/75
Adulto	120/80
Idoso	140-160/90-100

Ansiedade, Medo, Dor e Estresse Emocional: Podem aumentar a pressão sanguínea devido ao aumento da frequência cardíaca e resistência vascular periférica.

Drogas: Podem aumentar ou diminuir a pressão sanguínea, dependendo de sua ação farmacológica.

Hormônios: As variações da pressão sanguínea podem se manifestar com o passar dos anos, devido às alterações hormonais normais. A gravidez pode provocar elevações discretas ou graves da pressão sanguínea.

Cotidiano: As variações podem incluir pressão sanguínea mais baixa pela manhã, aumentando durante o dia, tendo seu pico no final da tarde ou começo da noite e diminuindo a seguir, as variações individuais são significantes.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS*

Para Bueno (s.d.) a antropométrica se refere ao “conhecimento das dimensões das diversas partes do corpo humano”. Dentro das medidas antropométricas serão abordados o peso e a altura.

Objetivo:

- avaliar o estado nutricional;
- subsidiar cálculos de medicamentos;
- monitorizar ganho e perda de líquidos em quadros patológicos (ICC, Insuficiência Renal, Insuficiência Hepática, etc.)

Material:

- ✓ Balança antropométrica;
- ✓ Régua antropométrica ou fita métrica;
- ✓ Papel toalha;
- ✓ Caderneta ou formulário para os registros.

Procedimento

Verificação do peso

- Explicar ao cliente o procedimento;
- Aferir a balança;
- Forrar a balança com papel toalha;
- Colocar a pessoa sobre a balança;
- Destruar a balança e deslocar os medidores até o peso correspondente;
- Fazer os registros no prontuário.

Verificação de Altura

- Posicionar o cliente de costas para o antropômetro em posição ereta e os olhos voltados para frente;
- Soltar a régua do antropômetro;
- Posicionar a extremidade superior da régua sobre a cabeça;
- Travar a régua e proceder a leitura;
- Deixar o ambiente em ordem;
- Fazer os registros.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

HIGIENE CORPORAL

A higiene corpora constitui-se em atividades diariamente pela maioria das pessoas.

AUTO- IMAGEM

O modo como os clientes aparentam e sentem-se indica a importância dos hábitos de higiene. O profissional não deve transmitir sentimentos de desaprovação se a higiene do cliente for satisfatória. Quando o aspecto geral é alterado devido a cirurgia ou doença, o profissional deve realizar cuidados extras para higiene pessoal.

NÍVEL SOCIOECÔNOMICO

Os hábitos de higiene são influenciados pelos recursos econômicos disponíveis do cliente.

CONHECIMENTO

A extensão do conhecimento dos clientes quanto á importância da higiene apropriada influenciada sua motivação e prática. Geralmente, a aprendizagem sobre sua doença ou condição irá incentivar o cliente a melhorar a higiene.

VARIÁVEIS CULTURAIS

As crenças culturais, a idade, os valores pessoais e os hábitos familiares do cliente influenciam nos cuidados de higiene. As pessoas de diversas formações culturais seguem diferentes hábitos de cuidados pessoais. Os adolescentes podem ficar mais preocupados com as medidas de higiene á medida que se interessam por relacionamentos sociais.

PREFERÊNCIAS SOCIAIS

Cada cliente tem seus desejos pessoais e preferências relativas aos hábitos de higiene. O profissional pode incorporar o horário e os hábitos pessoais do cliente em um plano individualizado.

OBJETIVOS

- ✓ Realizar a limpeza corporal;
- ✓ Promover o conforto;
- ✓ Estimular a circulação e os exercícios;
- ✓ Proporcionar oportunidade ao enfermeiro de observar a pele ou os seus anexos, os estados motores, nutricionais e respiratórios e um momento, oportuno de se oferecer orientações sobre medidas higiênicas.

MEDIDAS PARA REALIZAÇÃO DE HIGIENE

BANHO DE ASPERSÃO OU BANHO DE CHUVEIRO

É uma opção quando não existe nenhuma contra indicação para locomoção do cliente até o chuveiro.

MATERIAL:

Pertences de uso pessoal (sabonete, desodorante, creme dental, escova de dente, pente, etc...);

- ✓ Toalha de banho;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Luva atoalhada;
- ✓ Saco de lixo;
- ✓ Cadeira de banho.

PROCEDIMENTO:

- ✓ Reunir o material e levá-lo ao banheiro;
- ✓ Encaminhar o cliente ao banheiro e acompanhá-lo quando necessário;
- ✓ Orientar o cliente a iniciar pela higiene oral e a seguir lavar a face, couro cabeludo, tórax e abdômen anteriores e posteriores, genitália, MMSS e MMII;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- ✓ Ajudar o cliente a secar-se e vestir-se (quando necessário), e encaminhá-lo ao leito ou cadeira;
- ✓ Reunir os pertences pessoais do cliente e guardá-lo na mesa de cabeceira;
- ✓ Acondicionar a roupa suja no saco de hamper e encaminhá-lo para o expurgo;
- ✓ Deixar a unidade em ordem
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Fazer registros no prontuário.

OBSERVAÇÕES:

Curativos podem ser retirados durante o banho após este, desde que não haja restrição; quando não puder ser retirado, proteger a região do curativo envolvendo-o com saco plástico preso nas extremidades com fita crepe.

BANHO NO LEITO

É a higiene realizada no próprio leito, devido á impossibilidade, por alguma razão, por parte do cliente, em locomover-se.

MATERIAL:

- ✓ Jarro;
- ✓ Bacias;
- ✓ Bolas de algodão;
- ✓ Cubarem;
- ✓ 3 luvas atalhadas ou panos de banho;
- ✓ Toalhas de banho;
- ✓ Toalhas de rosto;
- ✓ Roupas de cama;
- ✓ Sabonete (barra ou líquido);
- ✓ Escova de dente/ espátula para H. O;
- ✓ Creme dental ou solução dentifrícia;
- ✓ Pente;
- ✓ Camisolas ou pijamas;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Comadre;
- ✓ Saco de lixo;
- ✓ Hamper.

PROCEDIMENTO:

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Reunir o material necessário e levá-lo junto ao leito do cliente;
- ✓ Colocar o hamper pelo lado de fora do quarto;
- ✓ Fechar as janelas evitando correntes de ar;
- ✓ Fazer uso de biombos, mantendo o máximo sua privacidade, se estiver em enfermaria com vários leitos;
- ✓ Orientar o cliente quanto ao que vai ser efetuado, solicitando sua colaboração no que for possível;
- ✓ Calçar as luvas de procedimento;
- ✓ Encher o jarro com água quente, utilizando chuveiro do próprio quarto, experimentando a temperatura com o dorso da mão;
- ✓ Despejar parte da água em duas bacias, sendo que uma servirá para água e sabão e outra para o enxágüe (água sem sabão);
- ✓ Perguntar se o cliente quer fazer uso do papagaio ou comadre, antes do banho;
- ✓ Afrouxar as roupas de cama;
- ✓ Erguer a cabeceira do leito, mais ou menos 30º, se não houver contra indicação;
- ✓ Colocar a toalha de rosto sobre o tórax do cliente, descer o lençol até a região pubiana;
- ✓ Proceder a higiene oral;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- ✓ Abaixar a cabeceira do leito;
- ✓ Remover o travesseiro e as roupas pesadas de cama, tirar a camisola ou pijama, mantendo o cliente coberto com o lençol;
- ✓ Lavar o rosto, olhos, orelhas, ouvidos e parte anterior o pescoço do cliente.
- ✓ Ao lavar os olhos, iniciar o ângulo interno para o externo, usando partes distintas da luva de banho para cada olho, enxugar com a toalha de rosto;
- ✓ Proceda a higiene das mãos, braços e axilas, enxugando-as após ser lavado;
- ✓ Ensaboar o tórax, abdômen, removendo o excesso de sabão, com luva atalhada molhada, e após, enxágüe com água a vontade, até remover todo o sabão, e vista a camisola na parte anterior do tórax;
- ✓ Descubra os MMII e lave as pernas e os pés, ensaboando e enxaguando até remover todo o sabão, sacando-os bem, principalmente entre os dedos;
- ✓ Posicionar o cliente em decúbito lateral, procedendo a higiene da região cervical posterior até as nádegas, ensaboando no sentido crânio-caudal. Enxaguar e enxugar a região lavada;
- ✓ Amarrar a camisola nas costas;
- ✓ Proteger o leito com a toalha, encaixando a comadre e virando o cliente em decúbito dorsal sobre a mesma;
- ✓ Solicite ao cliente que afaste as pernas. Molhe os genitais com água do jarro, ensaboe-se com o terceiro pano limpo, removendo as secreções no sentido Antero-posterior (caso seja do sexo masculino, afaste o prepúcio e limpe a glândula, removendo secreções), culminando com a limpeza do ânus. Deixar a luva na comadre, enxaguar os genitais com água limpa até remover todo o sabão.
- ✓ Secar os genitais com a toalha que está estendida na cama;
- ✓ Virar o cliente em decúbito lateral;
- ✓ Retirar a comadre;
- ✓ Proceder a limpeza da cama com água e sabão e enxágüe com água limpa;
- ✓ Proceder a arrumação do leito de um dos lados (conforme técnica);
- ✓ Deitar o cliente no lado arrumado, mantendo-o em decúbito lateral, arrumando a outra parte de leito;
- ✓ Posicionar o cliente em decúbito dorsal, deixando-o confortável no leito;
- ✓ Cobrir o cliente com o lençol protetor, cobertor e colcha, arrumando o leito conforme técnica,
- ✓ Acondicionar a roupa suja no saco de hamper;
- ✓ Deixar a unidade limpa em ordem;
- ✓ Encaminhar o material utilizando ao expurgo;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Fazer registros no prontuário.

OBSERVAÇÕES:

- ✓ Anotar no prontuário as condições dos dentes, cabelos, pelos, tônus muscular, escoriações, feridas, presença de cicatriz cirúrgica, alterações apresentadas durante o banho;
- ✓ Caso seja feita a higiene do couro cabeludo (xampu), deverá ser realizado após a higiene oral e rosto, conforme a técnica;
- ✓ Mergulhar as mãos e os pés na bacia com água e sabão e enxaguar com água limpa;
- ✓ Trocar a água das bacias sempre que estiverem sujas;
- ✓ Clientes que se cansam com poucos movimentos (como em IRA e ICC) devem ser submetidos a banho parcial onde são lavados a face, axilas, genitálias e as mãos, deixando um banho completo para quando estiverem fora da crise;
- ✓ Podemos aplicar ainda os banhos terapêuticos, dentre eles o banho de água fria e banho de assento.

HIGIENE E CUIDADOS COM COURO CABELUDO

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

LAVAGEM DOS CABELOS NO LEITO

OBJETIVO:

- ✓ Prevenir lesões e infestações, estimular a circulação e promover a limpeza do couro cabeludo

MATERIAL:

- ✓ Saco plástico de lixo;
- ✓ Suporte para lavar cabelo;
- ✓ Luva de procedimento;
- ✓ 01 toalha;
- ✓ Xampu, sabonete ou sabão neutro;
- ✓ 02 bolas de algodão;
- ✓ Jarro;
- ✓ Coxim ou travesseiro;
- ✓ Pente ou similar;
- ✓ 01 balde.

PROCEDIMENTO:

- ✓ Reunir o material e levar à unidade do cliente;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Explicar ao cliente o que será feito;
- ✓ Calçar as luvas de procedimento;
- ✓ Colocar a toalha de rosto sobre os ombros de modo a contornar o pescoço do cliente e a outra sob a cabeça. Colocar o coxim ou travesseiro sob a região escapular;
- ✓ Adaptar a bacia ou suporte para lavar cabelo sob a cabeça do cliente de gorma confortável, sobre a toalha;
- ✓ Colocar o balde para receber a água sobre a escadinha embaixo do leito;
- ✓ Proteger os ouvidos do cliente com as bolas de algodão;
- ✓ Umedecer os cabelos com água morna utilizando o jarro;
- ✓ Aplicar o xampu ou sabonete massageando o couro cabeludo;
- ✓ Enxaguar os cabelos com água morna, tendo o cuidado de não molhar o rosto do cliente;
- ✓ Retirar o suporte de lavagem ou a bacia;
- ✓ Envolver a cabeça do cliente na toalha, fazendo uma touca;
- ✓ Pentear os cabelos;
- ✓ Deixar o cliente em posição confortável no leito;
- ✓ Encaminhar o material ao expurgo;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Fazer o registro no prontuário

OBSERVAÇÕES:

- ✓ Quando não houver contra-indicação quanto a movimentação da coluna cervical os cabelos podem ser lavados dentro da bacia;
- ✓ O suporte para a lavagem dos cabelos pode ser confeccionado utilizando-se um cobertor, um saco de lixo de 100 litros, e uma atadura de crepe. Enrolar o cobertor e fazer um círculo fixando-o com a atadura de crepe e fixando nas pontas com fita-crepe. Corte uma das extremidades do saco e envolva o círculo formado pelo cobertor com o saco plástico de forma que a ponta cortada alcance até o balde que receberá a água suja de lavagem dos cabelos.

TRATAMENTO DE PEDICULOSE.

Os pedículos são parasitas hematófagos que podem viver no corpo humano. São encontrados nos cabelos (*Pediculus humanus capitis*) e nas regiões do corpo (*Pediculus humanus corporis*).

OBJETIVO:

- Higiene e conforto do cliente;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Evite a propagação de ectoparasitos;
- Evitar infecções e secundárias.

MATERIAL:

- Cuba-rim;
- Gaze;
- Cuba redonda com a solução indicada;
- Toalha grande;
- Fita crepe;
- Luvas de procedimento;
- Biombo, se necessário;
- Pente fino.

PROCEDIMENTO:

- Reunir o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Dirigir-se ao quarto do cliente;
- Dispor do material sobre a mesa de cabeceira;
- Explicar o que será feito;
- Orientar o cliente para o procedimento a ser realizado;
- Cercar o leito com biombo;
- Calçar as luvas;
- Colocar o impermeável sobre o travesseiro e sobre este, a toalha;
- Aplicar a solução Pediculicida no couro cabeludo, embebendo os cabelos em solução;
- Prender bem o cabelo amarrado a toalha na cabeça, fixando-a com fita-crepe;
- O impermeável deve permanecer a fim de não molhar o travesseiro;
- Deixar o cliente confortável no leito;
- Encaminhar o material utilizado ao expurgo;
- Lavar as mãos;
- Fazer o registro no prontuário.

LAVAGEM EXTERNA.

É a limpeza dos genitais para procedimentos específicos como: sondagem vesical, coleta de material e preparo pré-operatório, ou nas eliminações (sujidade em geral – fezes, secreções, odor, etc.).

OBJETIVOS:

- Proporcionar conforto;
- Evitar infecções;
- Auxiliar nos tratamentos perianais.

LAVAGEM EXTERNA MASCULINA.

MATERIAL:

- Bandeja;
- Sabão neutro ou sabonete;
- Comadre;
- Jarro;
- Toalha de banho;
- Luvas de procedimento;
- Luvas de banho;
- Impermeável.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

PROCEDIMENTO:

- Reunir o material necessário e colocá-lo em uma bandeja;
- Lavar as mãos;
- Dirigir-se ao quarto do cliente;
- Dispor do material sobre a mesa de cabeceira;
- Explicar o que será feito;
- Forrar o leito com impermeável;
- Colocar água morna no jarro;
- Calçar as luvas descartáveis e a luva de banho;
- Colocar o cliente sobre a comadre e solicitar que afaste as pernas;
- Molhar os genitais e ensaboar a área no sentido Antero-posterior. Afastar o prepúcio e remover toda secreção que houver na glande e pregas do pênis.
- Ensaboar também a bolsa escrotal e, por fim, a região anal;
- Enxaguar o local jogando a água com o jarro no sentido Antero-posterior;
- Secar a região;
- Remover a comadre;
- Deixar o cliente confortável no leito;
- Encaminhar o material utilizando ao expurgo;
- Lavar as mãos;
- Fazer os registros no prontuário.

OBSERVAÇÕES:

Anotar no prontuário: Condições da pele, presença de secreção (cor, odor, e quantidade).

LAVAGEM EXTERNA FEMININA.

MATERIAL:

- Bandeja;
- Sabão ou sabonete líquido;
- Comadre;
- Jarro;
- Toalha;
- Luvas descartáveis;
- Luvas de banho;
- Impermeável.

PROCEDIMENTO:

- Reunir o material necessário e colocá-lo em uma bandeja;
- Lavar as mãos;
- Dirigir-se ao quarto do cliente;
- Dispor o material sobre a mesa de cabeceira;
- Explicar o que será feito;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Forrar o leito com impermeável;
- Colocar a toalha de banho sobre o cliente;
- Colocar a água morna no jarro;
- Colocar o cliente em posição ginecológica e colocar a comadre sob a mesma;
- Molhar os genitais e ensaboar a área no sentido Antero-posterior;
- Afastar os grandes e pequenos lábios e remover secreções e sujidade;
- Ensaboar a região perianal;
- Enxaguar o local, jogando água com o jarro;
- Secar a região;
- Remover a comadre;
- Posicionar a cliente de forma confortável;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Retirar o material usado, deixando a unidade em ordem;
- Fazer os registros no prontuário.

OBSERVAÇÕES:

- Anotar no prontuário: condições da pele (presença de secreção: cor, odor quantidade);

USO DE PAPAGAIO, COMADRE OU URINOL E COMADRE.

OBJETIVO:

Promover um adequado acondicionamento de excretas eliminadas pelo cliente, quando incapacidade de fazê-lo no vaso sanitário ou para efeito de controle ou coleta de material para exames.

MATERIAL:

- Papagaio;
- Comadre;
- Papel higiênico;
- Protetor para comadre (pano, papel ou toalha).

PROCEDIMENTO:

Papagaio.

- Oferecer o papagaio ao cliente, ensinando-o ao adaptar o pênis no local apropriado;
- Caso o cliente esteja acamado, elevar o decúbito para facilitar a eliminação da urina pela força da gravidade;
- Desprezar a urina no vaso sanitário ou acondicioná-la para o exame e lavar o papagaio;
- Deixá-lo no banheiro ou na parte inferior da mesa da cabeceira.

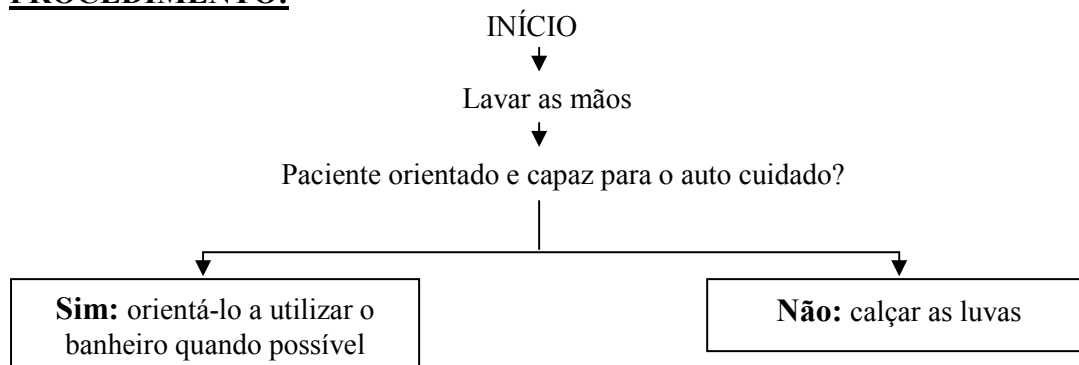
Comadre.

- Procurar aquecer com água morna antes de oferecer ao cliente ou protegê-la com um pano;
- Caso a pele da nádega esteja macerada, proteger as saliências da comadre com uma compressa;
- colocar a parte baixa da comadre sob as nádegas do cliente;
- Oferecer papel higiênico e saco plástico para desprezar o mesmo após o uso;
- Caso o cliente não tenha condições de proceder a higiene, fazer lavagem externa;
- Desprezar o conteúdo no vaso sanitário, lavar a comadre com água e sabão;
- Deixá-lo no banheiro ou na parte inferior da mesa da cabeceira.

OBSERVAÇÕES:

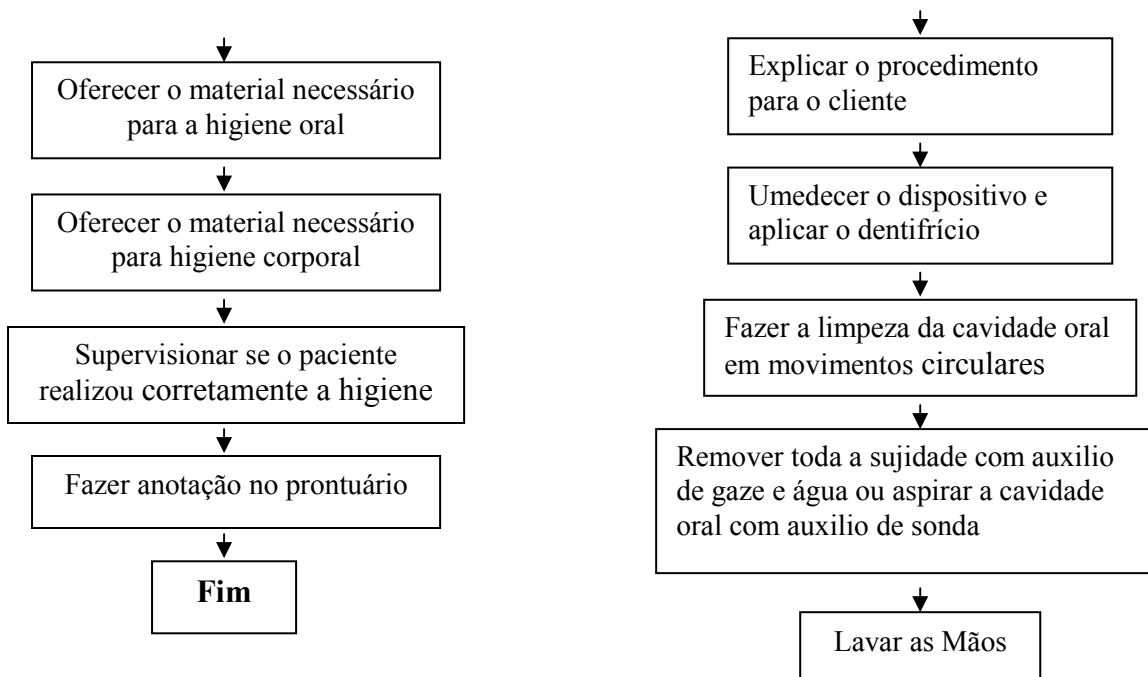
- O papagaio e a comadre são utilizados para adultos e crianças acima de 5 anos. O urinol para crianças com idade inferior 5 anos e maiores de 1 ano.
- Estes três utensílios são de uso individual (um para cada cliente que necessitar);
- Mantê-los, após uso, sempre limpos e acessíveis;
- Anotar no prontuário o aspecto e volume das eliminações;
- Utilizar comadres e papagaios estéreis para coleta de urina ou fezes para exames;

PROCEDIMENTO:



Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

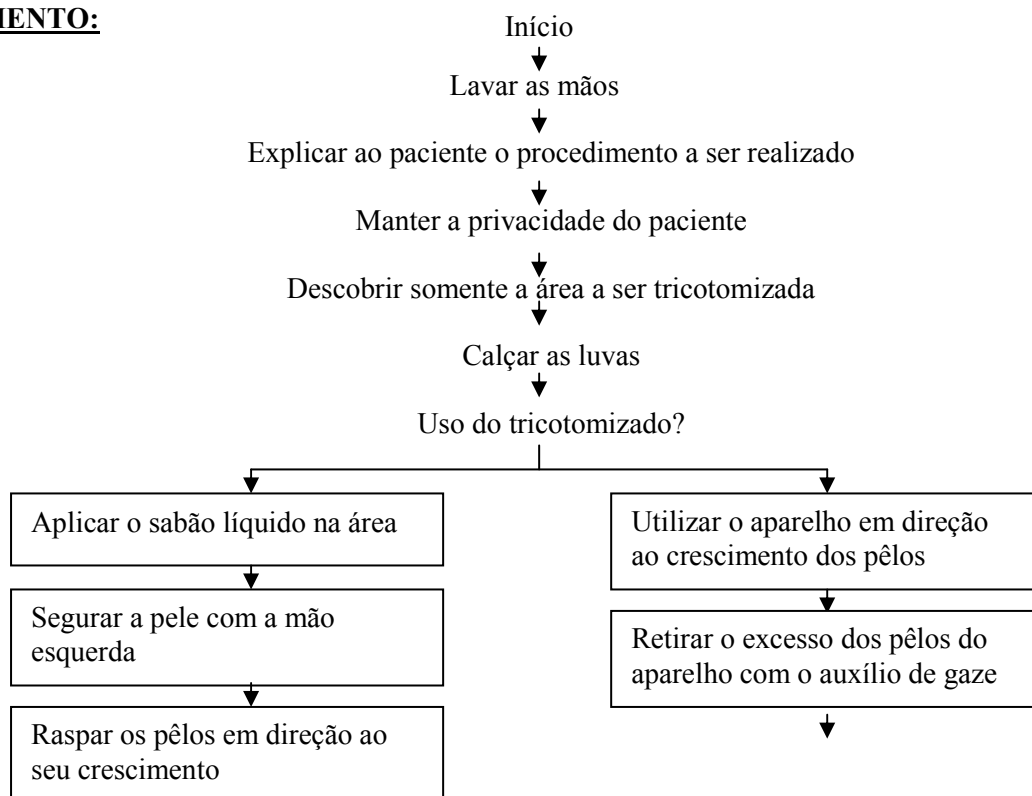


TRICOTOMIA.

DEFINIÇÃO: Retirado dos pelo de certa região.

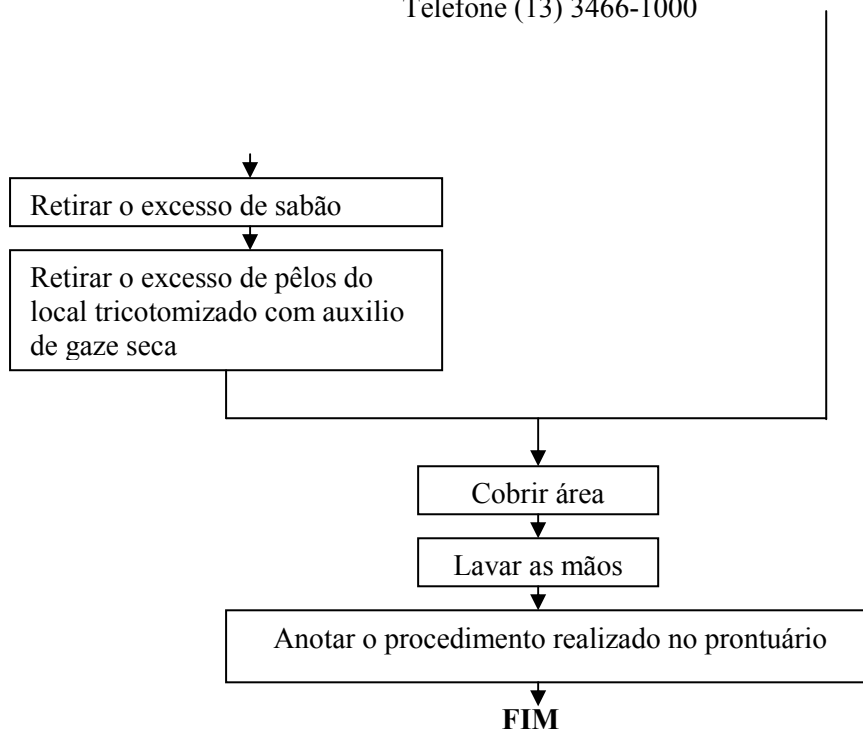
- Um aparelho de barbear.
- Uma lâmina de barbear mais aparelho.
- Um par de luvas de procedimentos.
- Dois pacotes de gaze (de 10 unidades cada).
- Sabão líquido.
- Biombo.
- Cubarin.

PROCEDIMENTO:



Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000



CONFORTO.

O conforto pressupõe que a pessoa mantenha suas funções equilibradas em um nível satisfatório. Engloba os estados físicos, psicológicos e espirituais.

OBEJTIVOS:

- Proporcionar alívio de possíveis angústias da pessoa que passa por período de doença;
- Proporcionar condições para manter uma circulação adequada à todos os tecidos e órgãos;
- Manter a integridade cutânea de forma a prevenir lesões;
- Manter as atividades muscular prevenindo contratura e atrofia;
- Facilitar e manter a função respiratória.

As causas de desconforto espiritual podem estar relacionadas a medo da morte, dificuldade em conversar com alguém sobre os aspectos espirituais.

No que se refere ao desconforto psicológico as mesmas autoras elegem como possíveis causas à saudade da família, a solidão, falta de recreação, exposição indevida do corpo, medo da dor, da morte, preocupação financeira, restrição da liberdade, mudança repentina de ambiente e hábitos, falta de atenção da equipe de saúde, receio de sua reabilitação, timidez para expressar suas necessidades, desconhecimento do tratamento e prognóstico de sua patologia, falta de respeito à sua identidade e individualidade.

As causas de desconforto físico, por sua vez, podem relaciona-se ao frio ou calor excessivos, longo tempo em uma mesma posição inadequada no leito, atrito de roupas sobre locais doloridos ou sensíveis, roupa de cama suja, enrugada ou úmida, ambiente desagradável (desordem, ruídos, excesso de luz, odores, falta de conservação do prédio e mobiliário), falta de habilidade por parte da equipe de saúde ao prestar assistência ao cliente, ausência de movimentação e exercício físico, dor e falta corporal.

MOVIMENTO E POSICIONAMENTO DO PACIENTE.

MOVIMENTAÇÃO OU MUDANÇA DE DECUBITO.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

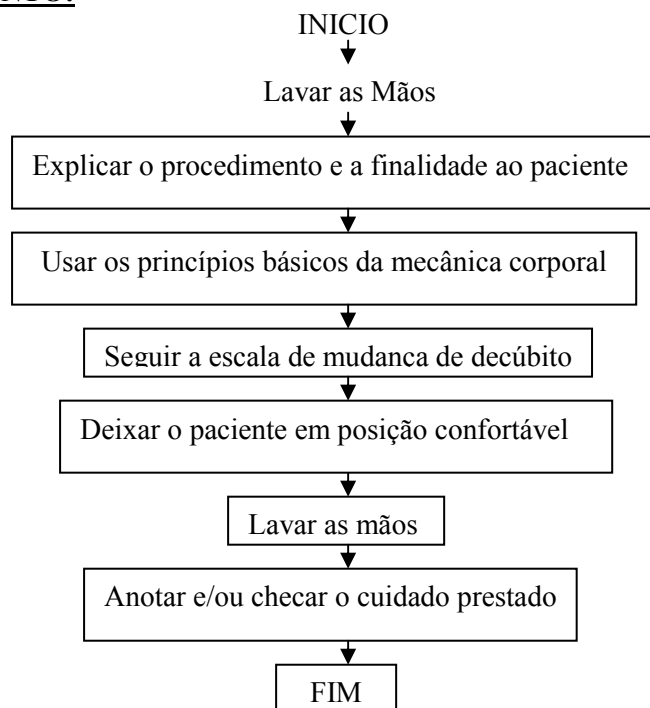
DEFINIÇÃO:

Manipulação passiva do paciente dependente, tanto no leito quanto do leito para a cadeira e/ou poltrona. Os pacientes necessitam ser mudados de decúbito freqüentemente, com o objetivo de evitar a formação de úlceras de pressão, o aparecimento de atelectasias e a diminuição da motilidade intestinal.

MATERIAL:

- Lençóis.
- Biombo.
- Luva de procedimento, se necessário.
- Coxins (travesseiros).

PROCEDIMENTO:

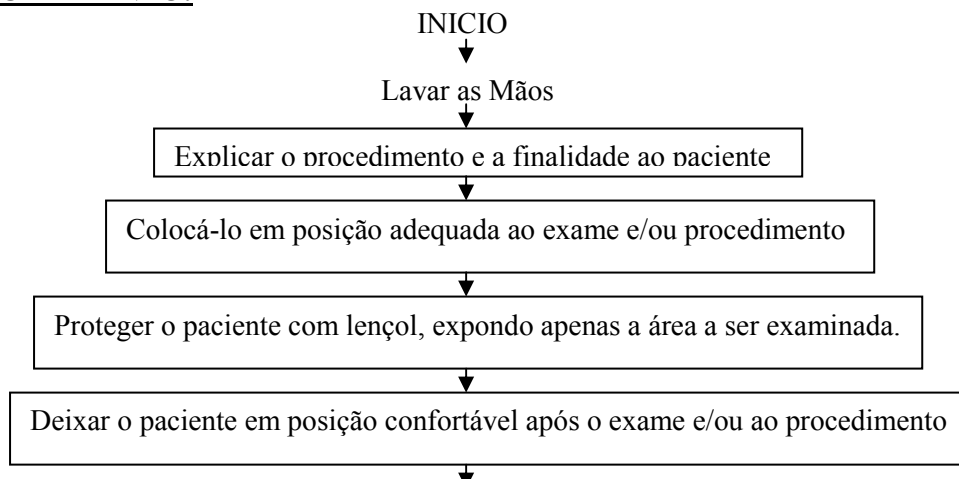


ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Ao posicionar o paciente tomar cuidado para não tracionar drenos, sondas, cateteres, e circuito de respiratórios.

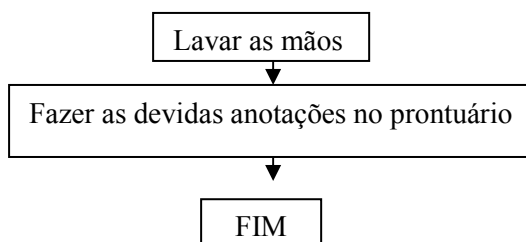
POSICIONAMENTO.

PROCEDIMENTO:



Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000



PREVENÇÃO DE ESCARAS E DEFORMIDADES.

Paciente que permanecem muito tempo acamado requerem uma atenção especial. Pacientes inconscientes geralmente apresentam reflexos alterados, com diminuição ou abolição de movimentos voluntários. A imobilização pode facilitar complicações pulmonares pelo acúmulo e estagnação de secreções traqueobrônquica pode se tornar deficientes em determinados pontos da área corpórea, onde sofre maior pressão, provocando ulcerações (escaras de decúbito); o relaxamento muscular e a posição incorreta de vários segmentos do corpo podem provocar deformidades. A mudança de decúbito, exercício passivos e massagens de conforto são medidas utilizadas para prevenir deformidades e escaras de decúbito.

MUDANÇA DE DECÚBITO.

As mudanças de decúbito têm que por finalidades:

- Mobilizar o paciente;
- Prevenir escaras de decúbito, complicações pulmonares e circulatórios;
- Aliviar fadiga muscular;
- Tem que ser feito em 2 / 2 horas.

PODEM SER:

- Lateral direito ou esquerdo;
- Ventral;
- Dorsal.

MATERIAL:

- Travesseiros.
- Aros de borracha ou espuma (coxins).
- Rolos improvisados com cobertores e lençóis.

PROCEDIMENTO:

- Orientar o paciente;
- Descobrir o paciente e proceder à mudança de decúbito;
- Deixar a unidade em ordem;
- Anotar no prontuário hora e posicionamento.

DECÚBITO LATERAL (D ou E):

- Posiciona-se do lado ao qual se quer virar o paciente;
- Virar o paciente com movimentos firmes e suaves;
- Apoiar o dorso com travesseiros ou rolo de cobertor;
- Colocar travesseiro sob a cabeça e pescoço;
- Flexionar o membro inferior quês está por cima e apóia-lo sobre travesseiro.

ESCARAS DE DECÚBITO:

É uma lesão caracterizada por necrose tecidual conseqüência à deficiência de circulação sanguínea local. Certos fatores podem propiciar o desenvolvimento de escaras, como:

- Rugas no lençol;
- Deformidades do colchão;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Umidade;
- Imobilidade;
- Resíduos alimentares.

MASSAGEM

É a compressão manual, metódica, dos tecidos corporais, com fins terapêuticos e de conforto.

FINALIDADES:

1. Produzir relaxamento muscular.
2. Ativar a circulação sanguínea.
3. Evitar formação de úlceras de pressão.
4. Reduzir risco de atrofia.

MOVIMENTOS COMUNS:

1. **Deslizamento:** pode ser superficial ou profundo. O superficial consiste em movimentos longos, leves e rítmicos. O profundo é mais forte, sendo em geral centrípeto. Visa principalmente melhorar a circulação sanguínea e linfática ou estimular o peristaltismo intestinal, por pressão mecânica.
2. **Amassamento:** consiste em agarrar o músculo, revolvê-lo e apertá-lo, de acordo com o contorno da massa muscular.
3. **Fricção:** é um profundo movimento circular, em que os dedos não deslizam sobre a pele, mas a pele se move com os dedos.
4. **Percussão:** consiste em dar palmadas ou bater de leve no tecido, com as mãos cerradas.
5. **Vibração:** é um impulso vibratório ou agitante comunicado aos tecidos do paciente por meio de contínua vibração do ombro, braço, mão e dedos do executante.

MATERIAL:

Creme para facilitar o deslizamento das mãos.

MÉTODO:

- 1- Aquecer o ambiente.
- 2- Explicar ao paciente o que vai ser feito e colocá-lo em posição confortável.
- 3- Organizar o material.
- 4- Descobrir a área a ser massageada e untá-la com creme.
- 5- Executar o cuidado delicadamente, fazendo alguns ou todos os movimentos de massagem.
- 6- Colocar o material em ordem.
- 7- Anotar o cuidado prestado.

OBSERVAÇÕES:

- 1- O ideal é que a massagem seja feita sobre uma mesa firme e de altura adequada.
- 2- A massagem, como tratamento, deve ser prescrita e feita por pessoal especializado.

MOVIMENTAÇÃO E POSIÇÕES

TÉCNICAS PARA MOVIMENTAÇÃO

Movimentando o Cliente para a Cabeceira do Leito com ajuda de um lençol móvel ou travessa (sem a colaboração do cliente).

- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento, caso haja perigo de contato com matéria orgânica;
- Explicar ao cliente o que vai ser feito;
- Colocar a cama em posição horizontal;
- Posicionar o travesseiro na cabeceira;
- Enrolar o lençol móvel até próximo ao corpo do cliente;
- Em duas pessoas uma de cada lado do leito, segurar firmemente o lençol e, em movimento ritmado, movimentar o cliente para a cabeceira;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Arrumar novamente o lençol e demais roupas de leito, deixando o cliente confortável;
- Lavar as mãos.

Movimentando para cabeceira do leito sem Ajuda de Lençol (Sem a colaboração do cliente)

- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Explicar ao cliente o que vai ser feito;
- Colocar a cama em posição horizontal;
- Posicionar o travesseiro na cabeceira da cama;
- Em duas pessoas, uma de cada lado do leito, posicionar uma mão sob a cabeça e a outra sob a região lombar do cliente e com movimentos coordenados movimentá-lo para cima.
- Deixar o cliente confortável no leito;
- Lavar as mãos.

Movimentando para a cabeceira do leito com a Colaboração do cliente.

- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento, caso haja risco de contato com matéria orgânica;
- Explicar ao cliente o procedimento;
- Colocar a cama em posição horizontal;
- Solicitar ao cliente para que flexione os joelhos e firme os pés sobre o leito;
- Se o cliente alcançar com as mãos na grade da cabeceira, solicitar que segure firmemente ajudando na movimentação;
- Enrolar o lençol móvel até bem próximo ao corpo do cliente;
- Em duas pessoas, uma de cada lado do leito, segurar no lençol móvel e movimentar para a cabeceira solicitando ao cliente que auxilie com os pés;
- Deixar o leito em ordem e o cliente confortável;
- Lavar as mãos.

Movimentando o Cliente na Beira do Leito

- Lavar as mãos;
- Orientar o cliente sobre o procedimento;
- Colocar em decúbito lateral, voltado para o lado em que vai sentar-se;
- Levantar a cabeceira do leito e deixar nesta posição por alguns minutos;
- Solicitar ao cliente que coloque a mão esquerda sobre o ombro direito do enfermeiro segurando firmemente;
- Com uma das mãos sob a região lombar e a outra segurando os quadris, sentar o cliente no leito;
- Lavar as mãos.

Transferindo o Cliente da Cama para a Maca

- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Trazer o cliente para o lado da cama;
- Soltar toda a roupa do leito;
- Reunir 4 pessoas (duas de cada lado do leito);
- Colocar a maca paralela ao leito;
- Enrolar os lençóis até próximo ao corpo do cliente, duas pessoas (uma de cada lado);
- Segurar a parte superior do lençol com uma mão na altura e a outra na altura da região lombar;
- As outras duas pessoas (uma de cada lado) seguram o lençol na região lombar e na altura das pernas;
- Passar o cliente para a maca em um movimento coordenado,
- Obs.: Para voltar o cliente ao leito proceder da mesma forma que para retirá-lo do leito.

Transferindo o Cliente do Leito para a Cadeira de Rodas

- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao cliente;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar a cadeira ao lado do leito com as costas para os pés da cama e travar as rodas;
- Sentar o cliente na beira do leito;
- Levantar o apoio para os pés da cadeira;
- Calçar os sapatos do cliente;
- Solicitar ao cliente que se apóie com as mãos no ombro do enfermeiro;
- Segurar o cliente pela cintura e posicionar os joelhos do cliente e os pés de encontro aos joelhos e pés do enfermeiro;
- Colocar o cliente em pé;
- Virá-lo de costas para a cadeira;
- Sentar o cliente na cadeira;
- Proceder da mesma forma para voltar à cama;
- Lavar as mãos.

Transferindo um Cliente Incapacitado do Leito para a Cadeira de Rodas

- Elevar a cabeceira da cama;
- Colocar o cliente sentado no lado do leito;
- Colocar a cadeira paralela ao leito com encosto voltado para cabeceira da cama;
- Travar a cadeira de rodas;
- Posicionar uma pessoa atrás da cadeira de forma que segure o cliente pelas axilas;
- Duas pessoas (uma de cada lado do cliente) seguram o lençol móvel e todas, em um só movimento transferem o cliente para a cadeira;
- Lavar as mãos.

RESTRICÇÕES DE MOVIMENTO

Deverá ser utilizada como uma medida de segurança ao cliente e às pessoas envolvidas no tratamento:

- Evitar a queda da cama de clientes agitados, semi-consciente, inconscientes ou com convulsões;
- Casos de agitação pós-operatória, principalmente em operados do crânio;
- Alguns tipos de exames e tratamentos;
- Doentes mentais que constituem perigo para si e para os demais clientes;
- Crianças ou adultos com afecções na pele, para evitar que cocem;
- Casos em que o cliente não colabora, para a manutenção de sondas, cateteres, curativos e soro;
- Clientes com alteração de comportamento e lucidez prejudicada.

Restrição de Movimento por meio Lençol

Restrição de Ombro

- Dobrar o lençol na diagonal a uma largura aproximada de 20cm;
- Colocar o lençol dobrado sob as costas do cliente passando pelas axilas;
- Cruzar o lençol sob o travesseiro e amarrar ao estrado da cabeceira da cama.

Restrição de Abdômen

- Dobrar 2 lençóis;
- Colocar 1 dos lençóis sobre o abdômen e o outro sob a região lombar;
- Torcer as pontas dos lençóis unidas e amarrá-las ao estrado da cama.

Restrição de Joelhos

- Passar o lençol dobrado em diagonal sob os joelhos;
- Passar a ponta do lençol do lado direito sobre o joelho direito e por baixo do joelho esquerdo;
- Passar a ponta do lençol do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito;
- Amarrar as pontas do lençol no estrado da cama.

Restrição de Membros Superiores e Membros Inferiores Usando Ataduras ou Faixas.

Material:

- Chumaço de Algodão;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Atadura de crepe de 15 cm ou faixa de contenção.

Procedimento:

- Proteger a área a ser contida (tornozelo ou punho) com o chumaço de algodão;
- Solte a atadura aproximadamente 50 cm e envolva firmemente a região com a atadura sobre o chumaço de algodão deixando livre os 50cm restantes de atadura;
- Dê um nó nas duas pontas livres;
- Amarrar no estrado da cama;
- Proceda da mesma forma nas extremidades dos demais membros.

Grades Laterais

- São grades que acompanham as laterais de leitos hospitalares para impedir queda do leito ou ajudá-lo a se locomover dentro do leito. Constitui-se em uma imprescindível forma de manter a segurança física do cliente devendo ser mantidas erguidas.

Observações

- Em todas as regiões restritas observar sinais de hiperemia, edema, cianose, maceração da pele a restrição se necessário;
- Suspender a restrição tão logo seja desnecessário, ou seja, nunca deixe um cliente restrito sem que seja realmente necessário;
- Afrouxar e retirar as contenções a cada duas horas para realizar exercícios e prevenir complicações circulatórias;
- As restrições exacerbam as manifestações de ansiedade. Sendo assim, exige maior atenção do enfermeiro para proporcionar estratégias baseando-se na psicologia e fisiologia visando diminuir a ansiedade;
- A responsabilidade legal pela segurança do cliente é do pessoal que o assiste no ambiente hospitalar, tendo implicações legais e éticas quando ocorrem problemas, inclusive, podendo ser enquadrado por lesões corporais no código penal.

POSICÕES :

O posicionamento do cliente no leito pode ter diversas finalidades como:

- Proporcionar conforto;
- Realização de exames;
- Procedimento cirúrgico;
- Medida terapêutica: manter a postura do corpo, facilitar a respiração, prevenir contraturas e

úlceras e auxiliar na drenagem de secreções.

POSIÇÃO DE FOWLER

OBJETIVOS:

- Proporcionar conforto;
- Facilitar a expansão pulmonar, e o débito cardíaco;
- Posição adequada para alimentação.

MATERIAL:

- 1 travesseiro;
- Rolo de conforto.

PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao cliente;
- Colocar o cliente em decúbito dorsal;
- Elevar a parte superior do leito até formar um ângulo de 45° a 60° utilizando a manivela;
- Girar a manivela da parte inferior do leito até que flexione levemente os pés e a cama;
- Arrumar os lençóis no leito;
- Deixar o ambiente em ordem;
- Lavar as mãos;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Registrar no prontuário do cliente.

POSIÇÃO DORSAL, HORIZONTAL OU POSIÇÃO SUPINA

OBJETIVOS:

- Manter o alinhamento corporal;
- Realizar exame físico;
- Relaxamento dos músculos abdominais.

MATERIAL:

- Travesseiro;
- Rolo de conforto.

PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos;
- Explicar o que será feito;
- Colocar a cama em linha horizontal;
- Posicionar o cliente no centro do leito com toda a região dorsal em contato com a cama e os MMSS inferiores estendidos ao longo do corpo;
- Colocar um travesseiro sob a região poplíteica e outro entre os pés e a cama;
- Arrumar os lençóis no leito;
- Lavar as mãos;
- Fazer os registros no prontuário.

DECÚBITO VENTRAL

OBJETIVOS:

- Aliviar a pressão na parte posterior do corpo;
- Exames de coluna vertebral e das nádegas;
- Proporcionar conforto.

MATERIAL:

- Travesseiros.

PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos;
- Explicar o que vai ser feito;
- Colocar o cliente em decúbito ventral com a cabeça voltada para o lado;
- Colocar os membros superiores estendidos ao longo do corpo ou voltados para cima;
- Colocar um travesseiro sob o tórax para evitar a pressão das mamas (em mulheres);
- Colocar um travesseiro sob as pernas elevando os pés para que não toquem no colchão causando lesões e deformidades;
- Alinhar os membros inferiores;
- Arrumar os lençóis no leito sobre o cliente;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

POSIÇÃO DE SIMS DIREITA E ESQUERDA

OBJETIVOS:

- Exames vaginais e retais;
- Aplicação de lavagem intestinal.

MATERIAL:

- Travesseiro.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao cliente;
- Colocar o cliente em decúbito lateral;
- Apoiar a cabeça em um travesseiro;
- Posicionar o braço direito (quando estiver em decúbito lateral esquerdo) voltado para trás;
- Colocar o braço livre a frente do cliente;
- Flexionar o membro inferior direito quando o cliente estiver em decúbito lateral esquerdo e o membro inferior esquerdo quando o cliente estiver em decúbito lateral direito;
- Colocar um travesseiro entre o membro flexionado e a cama;
- Colocar uma proteção entre a palma da mão e a cama;
- Arrumar os lençóis sobre o cliente;
- Lavar as mãos;
- Fazer os registros no prontuário.

POSICÃO LATERAL DIREITA E ESQUERDA.

OBEJTIVOS:

- Proporcionar conforto;
- Prevenção de escaras de decúbito;
- Prevenir deformidades.

MATERIAL:

- Travesseiros;
- Luvas de água;
- Rolos de conforto.

PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao cliente;
- Colocar o leito em posição horizontal;
- Colocar o paciente em um dos lados do leito com o auxílio do lençol móvel;
- Virar o cliente em decúbito lateral;
- Liberar o braço que está sob o corpo;
- Flexionar o membro inferior que estiver livre colocando-o sobre um travesseiro.
- Colocar um rolo de conforto na região dorsal para evitar que o cliente retorne ao decúbito dorsal.
- Posicionar as luvas de água sob os tornozelos e calcâneos;
- Esticar os lençóis.
- Registrar o procedimento;

POSICÃO GINECOLÓGICA.

OBJETIVOS:

- Exames;
- Tratamento retal e vaginal.

MATERIAL:

- Travesseiro;
- Perneiras;
- Lençol.

PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Explicar o que será feito;
- Colocar o cliente em decúbito dorsal sobre a mesa ginecológica com as nádegas a 4 cm da extremidade da mesa;
- Manter o cliente protegido com um lençol durante o exame;
- Retirar da posição após o exame.

OBSERVAÇÃO:

- Quando o exame ou procedimento for realizado no leito flexionar as pernas sobre as coxas, apoiar a planta dos pés sobre o colchão e afastar os joelhos.

POSICÃO DE TRENDELENBURG.

OBJETIVOS:

- Drenagem de secreções brônquicas;
- Melhorar o retorno venoso (em casos de choque, hemorragias, hipertensão, varizes);
- Prevenção de aborto em casos de insuficiência istmo-cervical;
- Cirurgias da região pélvica.

PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos;
- Explicar ao cliente o que será feito;
- Colocar o cliente em decúbito dorsal, ventral ou lateral;
- Posicionar o leito em declive de 30° a 45° (a cabeça em plano inferior ao resto do corpo). Isso pode ser feito elevando a parte inferior do estrado da cama ou elevando-se os pés da cama na figura.
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento.

TRATAMENTO DE FERIDAS E CURATUVOS.

MANUSEIO DE MATERIAL ESTERILIZADO.

O manuseio de material esterilizado de forma correta é uma importante ação na prevenção e controle das infecções hospitalares e na conseqüente proteção do cliente que está sob nossos cuidados. Para tanto, algumas normas devem ser obedecidas de forma a garantir que o material seja mantido estéril:

- É fundamental lavar as mãos com água e sabão antes de manusear o material esterilizado;
- Utilizar material com embalagem íntegra, seca, sem manchas, com identificação (tipo de material e data da esterilização);
- Trabalhar de frente para o material;
- Manipular o material ao nível da cintura para cima;
- Não fazer movimento sobre a área esterilizada;
- Certificar-se da validade e adequação da embalagem;
- Trabalhar em ambiente limpo, calmo, seco e sem corrente de ar;
- Manter certa distância entre o corpo e o material a ser manipulado;
- Obedecer aos demais princípios da assepsia (KAWAMOTO, 1997).

TÉCNICAS DE ENFERMAGEM NO MANUSEIO DE MATERIAL ESTERILIZADO.

a) Pacote:

- Abri-lo, iniciando-se pela extremidade oposto ao manipulador;
- Proteger o material exposto com o campo esterilizado que o envolvia;
- Tocar com as mãos somente na parte externa do pacote;
- Não guardar como material esterilizado um pacote aberto anteriormente.

b) Seringa descartável:

- Rasgar os invólucros no local onde se encontra a parte terminal do êmbolo;
- Manter estéril a parte interna do êmbolo, a parte interna do cilindro e a ponta de seringa.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

TRATAMENTO DE FERIDAS.

FERIDA:

É qualquer interrupção da continuidade do tecido corpóreo, independente do tecido envolvido.

CURATIVO:

É o tratamento local dos vários tipos de feridas.

FINALIDADES:

- Proteger o ferimento;
- Absorver secreções e facilitar a drenagem;
- Promover hemostasia;
- Minimizar o acúmulo de fluídos;
- Imobilizar o ferimento;
- Evitar o aparecimento de infecção em feridas assépticas;
- Promover uma melhor e precoce cicatrização;
- Aliviar a dor.

OBSERVAÇÕES:

- Lavar e degermar as mãos antes e após a realização de cada curativo;
- Utilizar sempre material esterilizado;
- Usar luvas esterilizadas na troca de curativos de feridas infectadas extensas;
- As trocas de curativos devem ser feitos de acordo com o potencial de contaminação da ferida, independente de ser vários clientes ou num mesmo cliente. Um mesmo cliente pode ter uma fistula, um cateter venoso central e uma incisão cirúrgica limpa/ asséptica. Deve-se, portanto, primeiramente iniciar pelo curativo do cateter, seguindo-se pela realização do curativo da incisão cirúrgica e finalmente o curativo da fistula;
- Seguir o principio básicos da técnica de curativo, começando pela área menos contaminada e na seqüência, para a mais contaminada;
- Curativos de incisões cirúrgicas limpas não necessitam de troca quando secos. Após 72 horas da cirurgia, devem ser deixados abertos;
 - Curativos úmidos (seja por secreções ou pelo banho) devem ser trocados quantas vezes forem necessários, não ultrapassam o tempo de seis horas (tempo provável de multiplicação de bactérias);
 - As drenagens de feridas infectadas devem ser feitas por incisão preferencialmente em local adjacente à ferida e com sistema de drenagem por sucção fechada;
 - Coletores de drenagens devem ser colocados em plano inferior ao do cliente;
 - Os drenos devem ser de tamanho que permitem a sua permanência na posição vertical, livres de dobras e curvas;
 - Nunca colocar o material contaminado na cama do cliente, na mesa de cabeceira ou no recipiente de lixo do cliente;
 - Ao remover o curativo deve-se inspecionar a ferida quanto a sinais de infecção (hiperemia, secreção purulenta, edema, calor e dor);
 - Colher amostras de secreção presente em qualquer ferida em que haja suspeita de infecção, enviar amostra a bacterioscopia e cultura com antibiograma. Anotar no prontuário que foi colhido material, necessário ao curativo, no próprio quarto;
 - Anotar no prontuário o aspecto da ferida e da secreção ou drenagem se houver;
 - A solução fisiológica utilizada para limpeza do ferimento deve ser aquecida a uma temperatura de 37° C;
 - Evitar movimentos de vai e vem que possibilitara contaminação do local não contaminado;
 - Aplicar o anti-séptico primeiramente na ferida e após nas áreas adjacentes, em feridas limpas. Nas feridas contaminadas, iniciar a aplicação do anti-séptico nas áreas adjacentes;
 - Em feridas abertas recomenda-se irrigá-las com soro fisiológico aquecido, utilizando-se seringas.

SOLUÇÕES UTILIZADAS PARA O TRATAMENTO DE FERIDAS

Solução Salina Isotônica (Soro Fisiológico, S.S. I).

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

Possui a mesma osmolaridade do sangue. Tem por finalidade a limpeza da ferida e área adjacente. Deve sempre ser aquecido a uma temperatura de 37° C antes do uso. Após aberto o frasco de soro, devesse permanecer com sua protegida tampa estéril e sua validade será de no Máximo 24 horas em geladeira ou 12 horas em temperatura ambiente. Para este controle é necessário que se anote no próprio frasco o horário e a data em que foi aberto, além do nome de quem abriu o frasco.

- Polvidine (PVPI):

Possui três formas de apresentação:

- A) PVP-I tintura- PVP-I + álcool- indicado para anti- sepsia da pele e demarcação de campo operatório;
- B) PVP-I detergente- PVP-I + solução degermante- indicação para degermação das mãos e preparo da pele no pré- operatório;
- C) PVP-I tópico – PVP-I + água- para realização de curativos. Indicado para anti-sepsia de mucosas e curativos. Por ser solução aquosa e passível de contaminação por gram-negativos, principalmente pseudomonas é necessário haver rotina rigorosa de troca de soluções fracionadas em frascos, bem como esterilização dos frascos para fracionamento, semanalmente. Pela presença de água em sua formula, não há necessidade de friccionar a solução na ferida durante a aplicação.

OBSERVAÇÃO: O PVP-I só é usado em limpeza de área que ira ser cirurgiada;

Em curativos com pontos;

Nunca em ferida aberta o PVP-I inibe a cicatrização

TIPOS DE CURATIVOS:

A classificação dos curativos é feita em função das características da lesão, podendo ser:

- **Aberto:** curativo em feridas sem infecção, que após tratamento permanecem abertos (sem proteção de gaze).

Ex.: Curativos de intracath, ferida cirúrgica limpa;

- **Ocluso:** curativo que após a limpeza da ferida e aplicação do medicamento é fechado ou ocluído com gaze ou atadura;

- **Compressivo:** é o que faz compressão para estancar hemorragia ou vedar uma incisão;

- **Com irrigação:** nos ferimentos com infecção dentro da cavidade ou fistula, com indicação de irrigação com soluções salinas ou anti-sépticas. A irrigação é feita com seringa;

- **Com drenagem:** nos ferimentos com grande quantidade de exsudato. Coloca-se drenos, tubos, cateteres ou bolsas de colostomia.

Material:

- Solução anti-séptica;
- Soro fisiológico a 0,9% aquecido;
- Gaze esterilizada;
- Chumaço de algodão (se necessário);
- Atadura de crepom (se necessário);
- Fita adesiva (micropore, fita crepe, esparadrapo);
- Pacote de curativo com 03 pinças (01 anatômica, 01 dente de rato e 01 Kelly ou Kocher);
- Cuba rim (se necessário);
- Forro para o leito;
- Biombo (se necessário).

ETAPAS OU FASES DO CURATIVO:

1ª fase: remoção do curativo anterior com as pinças Kocher e dente de rato.

2ª fase: limpeza da ferida com a pinça anatômica e Kelly.

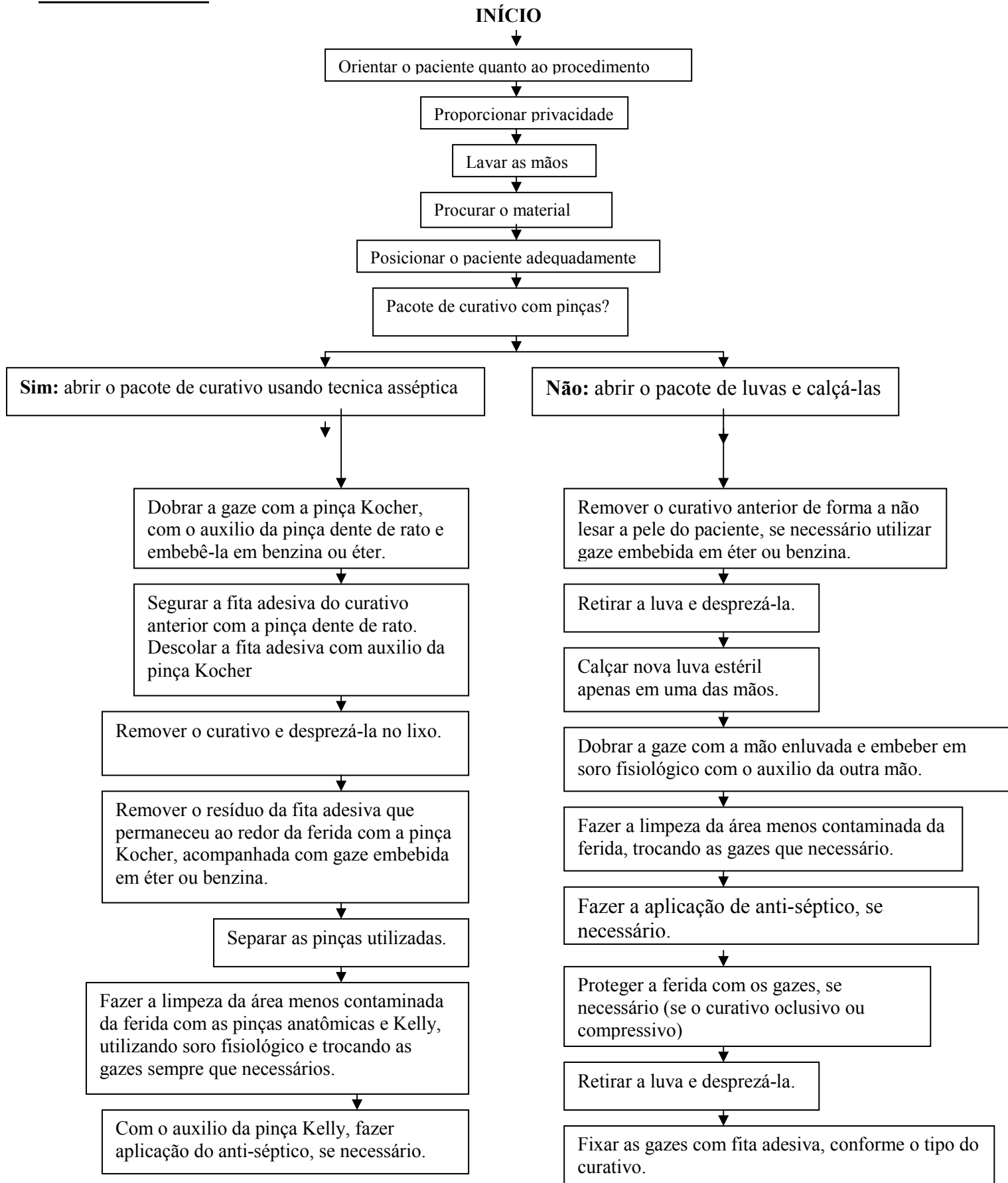
3ª fase: tratamento da ferida com a pinça anatômica e Kelly.

4ª fase: proteção da ferida com a pinça anatômica e Kelly.

Circuito Escola

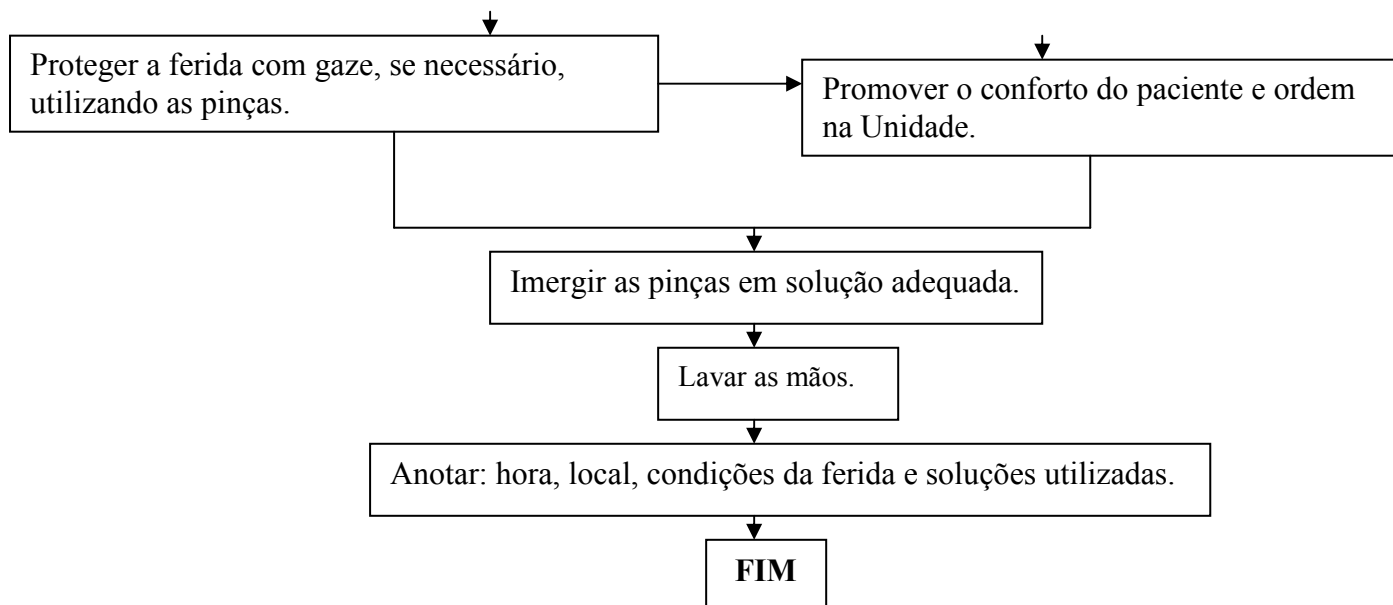
R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

PROCEDIMENTO:



Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

- Atentar para a data da esterilização dos materiais utilizados, principalmente o pacote de curativo.
- Abrir o material no momento do uso.
- Desprezar a porção inicial de anti-séptico quando utilizado pela 1ª vez.
- Dispor o material de modo a evitar o cruzamento do campo estéril.
- Não falar ou tossir sobre a ferida e ao manipular o material estéril.
- Considerar contaminado qualquer material que toque em locais não esterilizados.
- Caso as gazes estejam aderidas à ferida, umedecê-las com soro fisiológico antes de sua retirada.
- Caso haja mais de uma ferida, iniciar a limpeza pela ferida menos contaminada. A limpeza da ferida deverá sempre iniciar da área menos contaminada para a mais contaminada; nas feridas não-infectadas, a pele ao redor da lesão é considerada mais contaminada que a ferida; nas feridas infestadas, a ferida é área considerada mais contaminada.
- A gaze utilizada deve ser movimentada em um único sentido e não em movimentos de vaivém.
- Nunca desprezar material sujo do curativo no lixo existente no quarto do paciente.
- Orientar o paciente para não tocar a ferida com as mãos, durante o curativo.
- As pinças utilizadas devem estar voltadas para baixo, para que as soluções não escorram para o cabo das mesmas, evitando o risco de contaminação.
- Observar aspecto e evolução da ferida para posteriores anotações.

CURATIVOS COM DRENOS

Os drenos mais comuns são o de Penrose, Kehr e os drenos de tórax e requerem alguns cuidados especiais:

- Proceder a limpeza do dreno primeiramente nas áreas adjacentes e depois no dreno;
- Colocar uma gaze sob o dreno e limpá-lo;
- Aplicar a solução anti-séptica;
- Colocar gazes dobradas ao meio ao redor do dreno e fechar o curativo;
- Tracionar os drenos todos os dias e cortar o excesso colocando um alfinete de segurança estéril

com o auxílio de pinças;

- Os drenos torácicos devem ser trocados rapidamente e ser mantidos com curativos oclusivos para impedir a entrada de ar.

CURATIVOS EM OSTOMIAS ABDOMINAIS

MATERIAL:

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Bandeja;
- Bolsa coletora adaptável ao ostoma;
- Água esterilizada (frasco esterilizado em autoclave)
- Material de curativo;
- Luvas de procedimento;
- Comadre;
- Forro para leito.

PROCEDIMENTO PARA A TROCA DA BOLSA

- Reunir o material e colocá-lo sobre a bandeja;
- Lavar as mãos;
- Dirigir-se ao quarto do cliente;
- Dispor o material sobre a mesa de cabeceira;
- Explicar ao cliente o que será feito;
- Calçar as luvas;
- Colocar o forro sobre o leito;
- Retirar a bolsa em uso;
- Proceder a limpeza e o tratamento do ostoma com o material e técnica de curativo;
- Secar a pele ao redor do ostoma;
- Adaptar a nova bolsa;
- Deixar o cliente confortável e o ambiente em ordem;
- Desprezar o material no expurgo;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Fazer os registros no prontuário.

PROCEDIMENTO PARA A LIMPEZA DA BOLSA

- Reunir o material;
- Calçar as luvas;
- Colocar o forro sobre o leito;
- Colocar a comadre sobre o forro;
- Abrir o fecho oclusivo da extremidade da bolsa;
- Desprezar o conteúdo da bolsa dentro da comadre;
- Lavar o interior da bolsa dentro da comadre;
- Lavar o interior da bolsa com água estéril até que fique sem registro;
- Fechar novamente o fecho da extremidade;
- Desprezar o conteúdo da comadre no vaso sanitário e lavar a comadre;
- Levar o material utilizado ao expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações no prontuário.

OBSERVAÇÕES

- No período pré-operatório de uma cirurgia para ostomia o cliente deve ser informado e preparado para todas as modificações que irão acontecer na sua rotina;
- No período intra-operatório o enfermeiro do centro cirúrgico deve posicionar a bolsa cirúrgica num ângulo de 45° pois isso prevenirá transtornos, inclusive as infecções da ferida cirúrgica;
- Fornecer todas as informações sobre a ostomia visando auto cuidado após a alta.

ORIENTAÇÕES:

- Limpar a bolsa com água tratada ou fervida;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Sempre esvaziar a bolsa quando estiver com um terço de sua capacidade, inclusive eliminar os gases que estiverem na bolsa pois eles propiciam o seu deslocamento;
- Recortar o orifício da bolsa o mais próximo possível do ostoma;
- Colocar o fecho da extremidade adequadamente para que não danifique a bolsa;
- Não usar a benzina ou outro produto que retire a proteção natural da pele;
- Deixar a bolsa ou em ângulo de 45° para as primeiras trocas e após o cliente estar habilitado a trocá-las deixar em ângulo de 90°;
- Retirar pelos em excesso com tesoura evitando o uso de aparelhos de tricotomia pois eles diminuem a resistência e podem lesar a pele;
- Encaminhar o ostomizado a um grupo ou associação onde ele possa encontrar apoio emocional e ter acesso a material (bolsa) de qualidade como também a orientações;

CURATIVO DE CATETER

MATERIAL:

- Bandeja;
- Gaze estéril;
- Soro fisiológico;
- PVP-I tópico;
- Fita adesiva;
- Saco para lixo;
- Toalha;
- Luvas de procedimento.

PROCEDIMENTO:

- Reunir o material necessário colocando em uma bandeja;
- Lavar as mãos;
- Dirigir-se ao quarto do cliente;
- Dispor o material sobre a mesa de cabeceira;
- Explicar ao cliente o que será feito;
- Fixar o saco de lixo em local de fácil acesso;
- Expor a área para realização do curativo;
- Forrar o leito se necessário;
- Calçar as luvas;
- Abrir o material de curativo, expondo as pinças conforme técnica;
- Abrir o invólucro dos cotonetes e gaze, depositando-os sobre o campo;
- Umedecer o curativo com soro fisiológico, removendo-o com auxílio das pinças e desprezando-o no saco de lixo;
- Limpar o local da inserção do intracath com cotonete embebido em soro fisiológico;
- Limpar as áreas adjacentes com gaze e soro fisiológico;
- Secar o local e aplicar o anti-séptico;
- Cobrir o local com gaze cortada ou dobrada, fixando com fita adesiva;
- Deixar o cliente confortável no leito e o ambiente em ordem;
- Encaminhar o material utilizado para o expurgo;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Fazer os registros no prontuário.

OBSERVAÇÕES:

- Iniciar a limpeza e anti-sepsia da área contaminada para a mais contaminada. No caso do intracath, o local da inserção do cateter é o menos contaminado e a pele o mais contaminado;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Na ausência do cotonete a limpeza pode ser feita apenas com as gazes embebidas em soro fisiológico.

CURATIVO DE TRAQUEOSTOMIA

MATERIAL:

- Bandeja;
- Gaze estéril;
- Pacote de curativo;
- Luvas de procedimento;
- Saco de lixo;
- Forro protetor ou toalha;
- Cânula de traqueostomia;
- Cadastrar;
- Máscara;
- Óculos protetor;
- Luva estéril – 01 par.

PROCEDIMENTO:

- Reunir o material necessário colocando em uma bandeja;
- Lavar as mãos;
- Dirigir-se ao quarto do cliente;
- Dispor o material sobre a mesa de cabeceira;
- Explicar ao cliente o que será feito;
- Fixar o saco de lixo em local de fácil acesso;
- Expor a área para a realização do curativo;
- Forrar o tórax do cliente;
- Abrir os invólucros dos materiais e colocá-los sobre o campo;
- Colocar máscara e óculos protetor;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Desamarrar o cadarço do pescoço do cliente, retirar a cânula de traqueostomia delicadamente desprezando-a no saco de lixo, se for uma cânula descartável.
- Retirar as luvas de procedimento, desprezando-a no saco de lixo;
- Abrir o material de curativo, conforme técnica;
- Calçar as luvas esterilizadas;
- Limpar o traqueostoma com soro fisiológico, com auxílio das pinças;
- Amarrar o cadarço na cânula de traqueostomia;
- Colocar a cânula esterilizada no traqueostoma com cuidado, amarrar o cadarço;
- Envolver o traqueostoma com gazes esterilizadas dobradas;
- Deixar o cliente confortável no leito e o ambiente em ordem;
- Encaminhar o material utilizado ao expurgo;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Fazer os registros nos prontuário.

OBSERVAÇÕES:

- Em clientes com cânula metálica, realizar da cânula interna periodicamente para evitar obstrução devido ao acúmulo das secreções;
- Em caso de não ter cânula para a troca, remover a cânula interna com auxílio de pinças e material estéril (cuba rim,campo,gaze), soro fisiológico para limpeza;
- Após, recolocá-la no cliente.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

RETIRADA DE PONTOS

DEFINIÇÃO:

Consiste na remoção de pontos de uma incisão, geralmente no 7º ao 10º pós-operatório ou nos posteriores, seguindo sempre uma orientação médica.

MATERIAL:

- Um pacote de curativos, com 2 pinças ou 1 pinça e 1 tesoura;
- Uma lâmina cortante e estéril;
- Soro fisiológico;
- Gaze;
- Micropore

OBSERVAÇÃO:

Depois da retirada dos pontos, não tem necessidade de deixar o curativo fechado. Caso a incisão cirúrgica começar a deiscências (abrir) parar de retirar os pontos e comunicar a enfermeira.

PROCEDIMENTO:

INÍCIO:

- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Respeitar a privacidade do paciente;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Retirar o curativo anterior;
- Realizar a limpeza incisão com SF a 0,9%, gaze e pinça Kelly;
- Com a pinça de dente de rato, tracionar e o ponto pelo nó, mobilizando-o cortando-o com a lâmina (que deve estar presa a uma pinça Kelly ou Kocher) em um dos lados junto a pele.
- Remover os pontos e colocá-los sobre uma gaze, observando a cicatrização.
- Realizar a limpeza da incisão com SF a 0,9% gaze e pinça Kelly.
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Lavar as mãos;
- Fazer as anotações no prontuário do paciente;

FIM

SONDAGEM NASOGÁSTRICA.

DEFINIÇÃO:

É a introdução de uma sonda pelo orifício nasal ou pela cavidade oral até o estômago. Tem como objetivo alimentar o paciente, aliviar a distensão abdominal, administrar medicamentos, examinar o conteúdo gástrico ou prepará-lo para cirurgia.

MATERIAL:

- Uma sonda gástrica adequada;
- Uma toalha;
- Um anestésico tópico (xylocaina gel 2%).
- Um pacote de gaze;
- Uma seringa de 20 ml;
- Um pedaço de fita adesiva;
- Um estetoscópio;
- Um para de luvas de procedimento;
- Um copo com água.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

PROCEDIMENTO:

INÍCIO

- Orientar o paciente sobre o procedimento, solicitando sua colaboração;
- Promover privacidade ao paciente com o uso de biombo;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material;
- Posicionar o paciente sentado ou em fowler, caso o paciente não poder levantar frente a cabeça para frente encostando o queixo no peito.
- Cobrir o tórax do paciente com toalha;
- Calçar as luvas;
- Medir a sonda do nariz ao lóbulo da orelha, deste até o apêndice xifóide, acrescentando 2 cm, marcando com fita adesiva;
- Lubrificar a sonda com anestésico tópico com auxílio de gaze;
- Introduzir a sonda lentamente sem forçar em uma das narinas;
- Fletir a cabeça do paciente que faz movimento de deglutição enquanto a sonda é introduzida até atingir a marca nela estipulada;
 - Verificar se a sonda esta no estomago pelo posicionamento do estetoscópio abaixo do apêndice xifóide, introduzindo 20 ml de ar pela sonda com auxílio da seringa, que provocara um ruído, auscultado com o estetoscópio, ou fazer aspiração do conteúdo gástrico com a seringa e por final colocar a ponta da sonda dentro do copo com água, se borbulhar é sinal que a sonda esta dentro do pulmão, retirar imediatamente;
 - Tem duvida no posicionamento da sonda?
 - Se **SIM**, retire a sonda e reinicie o procedimento;

SONDAGEM NASOENTERAL.

DEFINIÇÃO: É a introdução de uma sonda pelo orificio nasal até o duodeno. Tem como objetivo alimentar o paciente e administrar medicamentos. A sonda utilizada neste procedimento de uso prolongado, maleável, radiopaca e em cuja extremidade possui um peso de tungstênio, também radiopaco, que permite a progressão da sonda.

MATERIAL.

- Uma sonda nasoenteral com fio-guia;
- Uma toalha;
- Um anestésico local tópico (xylocaina 2%);
- Uma seringa de 20 ml;
- Um estetoscópio;
- Um copo com água para teste;

OBSERVAÇÃO:

Essa técnica só é realizada por médico e enfermeiros.

PROCEDIMENTO:

- **INÍCIO**
- Verificar prescrição médica
- Orientar o paciente sobre o procedimento, solicitando sua colaboração.
- Promover privacidade ao paciente
- Lavar as mãos
- Preparar o material
- Calçar as luvas
- Posicionar o paciente sentado ou em posição Fowler
- Cobrir o tórax do paciente com toalha

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Medir a sonda da asa do nariz ao lóbulo da orelha, do lóbulo da orelha até a cicatriz umbilical, marcar com fita adesiva
- Lubrificar a sonda com anestésico com o auxílio de gaze
- Certificar-se de que a sonda esteja com fio-guia
- Introduzir a sonda lentamente, sem forçar, em uma das narinas.
- Fletir a cabeça do paciente quando a sonda ultrapassar 1º obstáculo
- Solicitar ao paciente que faça movimentos de deglutição, enquanto a sonda é introduzida até atingir a marca estipulada
- Testar a sonda, certificando-se de que esteja no estômago, aspirando com a seringa. Só algum tempo depois ela migrará para o duodeno
- Retirar o fio- guia da sonda com cuidado
- Fixar a sonda com a fita adesiva, evitando a compressão da asa do nariz ou narina, de modo que fique segura
- Promover conforto do paciente e ordem na unidade
- Retirar as luvas
- Lavar as mãos
- Anotar o procedimento no prontuário do paciente
- **FIM**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

- Encaminhar o paciente para controle radiológico, conforme solicitação.

ADMINISTRAÇÃO DE DIETAS POR SONDAS.

DEFINIÇÃO:

É a introdução de alimentos por sondas com o objetivo de proporcionar nutrição a pacientes impossibilitados de se alimentar por via oral ou que necessitam de complemento nutricional. Esta alimentação pode ser realizada por determinado tipo de sonda e sua localização. Os tipos mais freqüentes utilizados são: a SNG ou a SNE, que são sondas de sylastic ou de Levine, sendo que a de sylastic pode ter localização gástrica ou duodenal, e a de Levine somente gástrica; a gastrostomia é realizada com uma abertura cirúrgica ou por via endoscópica no estomago pela parede abdominal. Nas gastrostomia e nas jejunostomia são utilizadas sondas de diversos materiais.

As dietas utilizadas nestas sondas líquidas e podem ser industrializadas ou não.

MATERIAL:

- Frasco de dieta em temperatura ambiente;
- Uma equipe própria (diferenciados pela coloração);
- Seringa e 50 ml de 20 ml;
- Frasco de água filtrada.
- Uma bomba de infusão para dieta.

OBSERVAÇÃO:

O equipo de dieta tem por obrigação ser trocado em 24 horas.

PROCEDIMENTO:

- INÍCIO

- Lavar as mãos
- Orientar o paciente sobre o procedimento
- Preparar o material
- Posicionar o paciente: se deambulando, orientar para sentar-se; se acamado, colocar o paciente em posição semi-Fowler.
- Dieta Industrializada?
- Se **SIM**: Retirar o lacre do frasco e conectar o equipo, retirando o ar
- Conectar o equipo a sonda
- Controlar o gotejamento da infusão, cujo tempo mínimo não seja inferior a 30 minutos.
- Se **NÃO**: utilizar as seringas para aspiração do conteúdo

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Conectar esta seringa na sonda, injetando seu conteúdo lentamente.
 - Repetir este procedimento até que acabar a dieta prescrita
 - Fechar a sonda nos intervalos enquanto estiver aspirando novo conteúdo
 - **EM AMBOS:** Após o término do valor infundido, lavar a sonda com água filtrada através da seringa ou com água já condicionada em frasco preparado com o equipo. A quantidade necessária para lavar a sonda é de no mínimo 50 ml.
 - Checar o horário da dieta prescrita, anotando as intercorrências, se houver.
- FIM.**

ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM.

- Observar intercorrências como: náuseas, vômitos, sudorese, dor abdominal, diarréias.
- Comunicar todas as intercorrências ao médico e anotar no prontuário do paciente.
- Controle rigoroso da bomba de infusão.

SONDAGEM VESICAL.

DEFINIÇÃO:

Tem como finalidade esvaziar a bexiga.

OBEJTIVO:

- Tratamento cirúrgico.
- Controle de diurese.
- Tratamento clínico.

SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO.

MATERIAL:

- Uma sonda uretral descartável estéril;
- Um par de luvas estéril;
- Um pacote de gaze (10 unidades);
- Um kit de sondagem vesical estéril;
- Uma cuba rim;
- Uma cúpula;
- Uma pinça;
- Um campo fenestrado;
- 5 ml de anestésico gel estéril;
- 10 ml de anti-séptico P.V.P. I – tópico;
- Uma seringa de 5 ml.

SONDAGEM VESICAL DE DEMORA.

MATERIAL:

- Uma cúpula estéril;
- Uma sonda Foley estéril;
- Um coletor de urina sistema fechado;
- Uma seringa de 20 ml;
- Uma seringa de 5 ml;
- Uma agulha 40 x 10 mm;
- 5 ml de anestésico gel estéril;
- 20 ml de água destilada;
- Esparadrapo;
- Um par de luvas estéril;
- Um pacote de gaze;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- 10 ml de anti-séptico P.V.P. I – Tópico;
- Uma cuba rim estéril;
- 01 campo fenestrado estéril;
- 01 pinça longa Sheron;
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 pacote de gaze;
- 10 ml de anti-séptico;
- P.V.P.I tópico;
- 01 cuba rim estéril;

TECNICA PARA O SEXO MASCULINO

PROCEDIMENTO:

1. Preparar o material necessário;
2. Orientar o paciente quanto ao procedimento;
3. Lavar as mãos;
4. Colocar o paciente em decúbito dorsal com as pernas esticadas e ligeiramente afastadas;
5. Tracionar o prepúcio, expondo a glândula e realizar anti-sepsia com gaze+ anti-séptico no sentido do meato uretral para a periferia. Por ultimo fazer anti-sepsia em movimento circular no meato uretral;
6. Se for Sondagem de Demora, testar o balão da sonda;
7. se não, com a mão esquerda segurar o corpo do pênis e com a mão direita introduzir a ponta da seringa no meato uretral, injetando o anestésico gel;
8. Introduzir a sonda cuidadosamente até o fim, observando o refluxo da urina;
9. Quando for Sondagem de Demora, insuflar o balão com o volume de água recomendado, tracionar levemente a sonda, até encontrar resistência, conectar o coletor de sistema fechado e fixando-o á lateral da cama.
10. Se não, deixar drenar a urina na cuba rim, retirar a sonda lentamente e medir op volume drenado e desprezar.
11. Deixar a unidade em ordem;
12. Lavar as mãos;
13. Anotar no prontuário: o procedimento, volume e aspecto da urina drenada.

LAVAGENS.

LAVAGEM GÁSTRICA.

DEFINIÇÃO:

Consiste na limpeza do estomago com o uso de uma sonda nasogástrica orogástrica, com a finalidade de remover substâncias tóxicas ou irritantes; como auxiliar no tratamento de hemorragias gástricas; no preparo de exames ou cirurgias.

MATERIAL:

- Um equipo de soro macrogotas;
- Um balde;
- Solução para lavagem gelada (solução fisiológica a 0,9% geralmente 500 ml);
- Uma toalha;
- Um par de luvas de procedimento;
- 01 seringa 20ml;
- 01 cuba rim;
- 01 cúpula estéril;
- 01 extensão mais saco coletor.

PROCEDIMENTO:

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- INÍCIO

- Orientar o paciente sobre o procedimento, solicitando sua colaboração.
- Promover privacidade ao paciente
- Calçar as luvas
- Prepara o material
- Paciente Sondado?
- Se Não: proceder à técnica da sondagem.
- Se SIM: Conectar o equipo da solução na sonda gástrica e infundir lentamente
- Realizar sifonagem do próprio equipo da solução ou desconectar o equipo da sonda, deixando fluir o conteúdo no balde
- Repetir o procedimento até que o líquido de retorno saia claro
- Promover conforto ao paciente e ordem na unidade
- Lavar as mãos
- Realizar anotação de enfermagem como horário volume infundido e drenado, aspecto e reações do paciente

- FIM

ENTEROCLISMA.

DEFINIÇÃO:

É a introdução de uma solução, medicamentos ou não, no intestino grosso por uma sonda retal. Tem como finalidade combater a constipação intestinal, preparar o paciente para cirurgia e exames, auxiliar no tratamento como sedação e regulação hidroelétrica.

MATERIAL:

- Sonda retal;
- Pinça;
- Lubrificante – vaselina ou xylocaina gel 2%;
- Solução prescrita (SF 0,9% mais glicerina = 400 ml SF mais 100 ml glicerina);
- Suporte de soro;
- Comadre;
- Lençol;
- Biombo;
- Um par de luvas de procedimento;
- Gaze;
- Impermeável;

PROCEDIMENTO:

- **INÍCIO**
- Lavar as mãos
- Orientar o paciente sobre o procedimento
- Preparar o material e a solução
- Proteger o leito com biombo ou levar o paciente para o leito adequado
- Preparar o irrigador com a solução prescrita, pinçar a extensão do mesmo.
- Conectar a sonda na extensão, retirar todo o ar do circuito abrindo a pinça e fechando-a logo após.
- Proteger a cama com impermeável, forrado com lençol.
- Colocar o paciente em posição lateral esquerda
- Calçar as luvas
- Lubrificar a sonda

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Afastar os glúteos com auxílio da gaze. Visualizar a região anal
- Solicitar ao paciente que inspire profundamente e introduzir delicadamente a sonda no máximo 10 cm
- Abrir a pinça e infundir lentamente a solução
- Solicitar ao paciente que retenha a solução por 10 a 15 min
- Colocar a comadre ou acompanhar o paciente ao banheiro, orientando-o para não dar descarga
- Observar o aspecto e a quantidade da eliminação
- Deixar o paciente confortável e a umidade em ordem
- Lavar e guardar o material
- Retirar as luvas
- Lavar as mãos
- Anotar horário, quantidade e aspecto da eliminação
- **FIM**

OXIGENOTERAPIA.

É a administração de oxigênio medicinal com finalidade terapêutica.

MEDIDAS DE SEGURANÇA:

Sendo o oxigênio inflamável, é muito importante:

1. Não permitir fumar no local – colocar avisos de “Não fumar”.
2. Cuidado com aparelhos elétricos que podem emitir faíscas.
3. Nunca usar graxa ou óleo nas válvulas e no manômetro de oxigênio.
4. Transportar o torpedão com cuidado. A queda pode provocar explosão. O ideal é que seja canalizado.

CUIDADOS COM O UMIDIFICADOR:

1. O oxigênio precisa sempre ser administrado umidificador. A inalação por longos períodos com baixa umidade lesa o epitélio ciliar da mucosa respiratória, dificultando a eliminação do muco e provocando uma reação inflamatória sub epitelial.
2. Manter o umidificador sempre com água até a marca no mínimo 2/3 de sua capacidade.
3. A água usada no umidificador deve ser estéril e trocada diariamente.
4. Ao verificar que o nível da água no umidificador está baixo, desprezar a água restante, e recolocar nova água, para evitar que se torne um meio de cultura.

MATERIAL BÁSICO:

- Oxigênio canalizado ou em torpedão.
- Manômetros: para iniciar a quantidade de oxigênio no torpedão e o fluxo de saída (fluxômetro).
- Umidificador.
- Aviso de “Não Fumar”.
- Esparadrapo, micropore ou fita adesiva.
- Gaze.
- Solução para resíduos.
- Intermediário de látex ou plástico, com 1 ou 2 metros de comprimento, para permitir que o paciente possa se movimentar.

MEIOS DE ADMINISTRAÇÃO:

O oxigênio pode ser administrado por intermédio de;

- Cânula nasal (óculos para oxigênio ou prolong).
- Cateter nasal.
- Máscara facial.
- Cânula endotraqueal.
- Incubadora (crianças).
- Halo (capacetes).

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Tendo de O₂ para crianças.

CÂNULA NASAL:

É usada quando não é necessária grande pressão na administração de oxigênio.
Acrescentar ao material básico;

- Cânula nasal.

MÉTODO:

1. Conversar com o paciente sobre o cuidado.
2. Preparar o ambiente, verificando as medidas de segurança.
3. Organizar e trazer o material para junto do paciente.
4. Colocar o paciente em posição confortável.
5. Adaptar a cânula ao intermediário e este ao umidificador.
6. Abrir o fluxômetro.
7. Colocar a cânula no nariz do paciente, fixando-a com fita adesiva.
8. Manter o fluxo de oxigênio – 3 a 5 litros por minuto ou conforme prescrição médica.
9. Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem.
10. Anotar o cuidado e fazer as observações necessárias.

CATETER NASAL:

Acrescentar ao material básico:

- Cateter nasal (nº 6, 8,10 ou 12), conforme a idade do paciente e a quantidade de oxigênio desejada.
- Ampola de solução fisiológica.
- Luvas de procedimento.

MÉTODO:

1. Explicar ao paciente sobre o cuidado.
2. Preparar o ambiente, verificando as medidas de segurança.
3. Organizar o material e trazer para perto do paciente.
4. Colocar o paciente em posição de Fowler.
5. Unir o cateter ao intermediário e este ao umidificador.
6. Calçar as luvas.
7. Medir, com cateter, a distância entre a base do nariz e o lóbulo da orelha, marcando com o adesivo, para determinar quanto o cateter deve ser introduzido.
8. Abrir o fluxômetro, e deixar fluir um pouco de oxigênio para evitar acidentes por saída intempestiva de oxigênio.
9. Umedecer o cateter com solução fisiológica, segurando-o com gaze.
10. Hiper estender (para trás) a cabeça do paciente ou tracionar para baixo o lábio superior.
11. Introduzir o cateter pelo assoalho de uma das narinas, até o ponto marcado.
12. Observar a posição do cateter através da boca do paciente – o extremo do cateter deve aparecer atrás da úvula platina. Se ultrapassá-la, poderão ocorrer náuseas.
13. Tirar as luvas.
14. Fixar as cânulas com fita adesiva, observando que não fique incômoda.
15. Manter o fluxo de oxigênio: 3 a 5 litros/ min, ou conforme prescrição.
16. Deixar o paciente confortável.
17. Providenciar a limpeza e a ordem do material.
18. Anotar o cuidado, descrevendo as observações.

OBSERVAÇÕES:

1. Observar o paciente durante o tratamento.
2. Se o oxigênio for contínuo, trocar o cateter no mínimo a cada 24 horas, alternando as narinas, a fim de evitar ferimento da mucosa nasal e obstrução do cateter por secreção.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Fazer higiene nasal com soro fisiológico, de 8/8 horas.

MÁSCARA FACIAL:

Acrescentar ao material básico:

- Máscara de oxigênio.
- Cadarço.
- Tubo de extensão.

MÉTODO:

Seguir técnica de “cateter nasal” até o item 5, depois:

- Unir a máscara ao intermediário, e este ao umidificador.
- Abrir o fluxômetro e deixar sair um pouco de oxigênio, para evitar saída intempestiva.
- Adaptar a máscara à face do paciente e fixar com cadarço.
- Regular o fluxo de oxigênio até a quantidade prescrita. Geralmente 5 a 8 litros.
- Deixar o paciente confortável.
- Providenciar a limpeza e a ordem do material.
- Tirar as luvas e lavar as mãos.
- Anotar o cuidado prestado.

OBSRVAÇÕES

- A máscara é desconfortável para o paciente. Por isso é usada com reserva.
- Se possível, tirar a máscara de 2/2 horas, deixando o paciente repousar alguns minutos, antes de recolocá-la. Nesse intervalo lavar a pele, a fim de evitar irritação e reduzir o desconforto.
- Existem vários modelos de máscara com funcionamento e cuidados diferentes.
- Retirar o acúmulo de água no tubo de extensão.
- Trocar a máscara a cada 24 horas ou mais freqüentemente, quando necessário.

NEBULIZAÇÃO / INALACAO:

É a administração de medicamentos por via respiratória, através de um aparelho chamado nebulizador ou inalador. O medicamento líquido é transformado em névoa, que é inalada, para fluidificar as secreções aderidas na parede brônquica.

Medicamentos mais usados: Solução fisiológica, Adrenalina, Atrovent, Salbutamol.

MATERIAL:

- Fonte de oxigênio ou ar comprimido.
- Nebulizador (existem diversos tipos) com a medicação e solução fisiológica.
- Intermediário de borracha.
- Cuba rim ou escarradeira.
- Lenço de papel.
- Saco plástico para resíduos,

MÉTODO:

- Explicar ao paciente o cuidado a ser prestado.
- Organizar o material, colocando a solução fisiológica com o medicamento no nebulizador.
- Preparar o paciente para receber o tratamento: em posição de Fowler, ou sentado em uma cadeira.
- Retirar o frasco umidificador e ligar o nebulizador à fonte de oxigênio ou ar comprimido, para que o fluxo aja diretamente sobre o medicamento que está no nebulizador.
- Regular o fluxo de oxigênio ou ar comprimido de acordo com a prescrição: Geralmente 3 litros.
- Instruir o paciente para inspirar profundamente a medicação e expirar lentamente, permanecendo com a boca semi aberta, sem conversar.
- Manter a nebulização até consumir a solução medicamentosa.
- Oferecer o lenço de papel e orientar para escarrar, tossindo profundamente.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

9. Ajudar a saída de secreção, fazendo tapotagem ou vibração onde essa se acumula, adotando uma posição que facilite sua drenagem.
10. Providenciar a limpeza e a ordem do material.
11. Anotar o cuidado prestado, volume e característica do escarro eliminado.

OBSERVAÇÕES:

1. No momento de usar o nebulizador, enxágua-lo em água corrente para remover o desinfetante.
2. Os nebulizadores são também chamados inaladores. Atualmente os mais usados são de plástico.
3. Após o uso, o nebulizador deve ser lavado, enxaguado e depois colocado em recipiente fechado contendo uma solução desinfetante, como hipoclorito de sódio, por uma hora. Em seguida, enxaguar e secar.
4. Os líquidos usados em nebulizadores deverão ser estéreis.
5. Frascos contendo doses múltiplas deverão ser datados, podendo ser utilizados até 7 dias após a abertura.
6. Após a nebulização, estimular o paciente a tossir, respirar profundamente e, se possível, inclinar o tronco para frente, a fim de auxiliar a drenagem de secreções broncopulmonares.

ASPIRAÇÃO TRAQUEAL

DEFINIÇÃO:

É retirada de secreções endotraqueais via tubo endotraqueal ou traqueostomia de forma asséptica, por meio de um sistema de sucção (aspiração elétrica ou rede de vácuo).

MATERIAL:

- Um par de luvas estéreis;
- Um pacote de gaze (10 unidades);
- Uma seringa de 10ml;
- 10ml de soro fisiológico ou de água destilada;
- Uma sonda de aspiração (estéril) flexível com diâmetro interno adequado;
- Equipamento de proteção individual (óculos, máscara e avental);
- Ambu com O₂;
- Aspirador elétrico ou rede de vácuo.

Atenção: observar a saturação de oxigênio na presença de oximetria de pulso.

PROCEDIMENTO:

- **INÍCIO**
- Lavar as mãos
- Orientar o paciente quanto ao procedimento e á finalidade
- Reunir o material
- Conectar a sonda de aspiração ao aspirador, mantendo a extremidade da sonda estéril
- Utilizar uma seringa com água destilada estéril para fluidificar a secreção
- O paciente usa aspirador?
- **SIM:** desconectar o aspirador
- **NÃO:** introduzir a sonda até o máximo do comprimento da cânula
- Aspirar continuamente por um período mínimo possível e no Máximo por 15 segundos
- Lavar as mãos
- Anotar o procedimento no prontuário quanto ao aspecto, à cor e à quantidade da secreção aspirada
- **FIM**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

- Observar a saturação do paciente;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Manter a oxigenação adequada;
- Observar a oxigenação da pele;
- Manter o paciente calmo e confortável entre as aspirações;
- Se a secreção for rolhosa utilizar ambu com O2 umidificado.

CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA.

DEFINIÇÃO.

São os cuidados prestados a pacientes traqueostomizados, para limpeza e manutenção de sua permeabilidade.

MATERIAL:

- Uma bandeja;
- Um par de luvas de procedimento;
- Dois pacotes de gaze;
- Soro fisiológico;
- Um fixador de cânula de traqueostomia (cadarço);
- Máscara.

PROCEDIMENTO:

- **INÍCIO**
- Lavar as mãos
- Preparar o material e acomodá-lo em uma bandeja
- Explicar o procedimento ao paciente
- Colocar a máscara
- Abrir os pacotes de gaze
- Calçar as luvas
- Retirar as gazes que estão ao redor da cânula de traqueostomia
- Embeber a gaze em soro fisiológico e promover a limpeza das bordas da cânula
- Repetir o procedimento até retirar a sujidade
- Cânula de metal?
- **NÃO:** Trocar o fixador de cânula de traqueostomia, tornando-se o cuidado de segurar as bordas da cânula, para que esta não saia durante a troca.
- **SIM:** Retirar a cânula interna e lavá-la em água corrente
- Utilizar escova apropriada para auxiliar na remoção de crostas
- Recolocar a cânula interna
- Em ambas: colocar gazes limpas entre as bordas da cânula e a pele do paciente
- Retirar as luvas
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário
- **FIM**

COLETA DE EXAMES.

URINA DE 24 HORAS.

DEFINIÇÃO:

Coleta de urina de 24 horas para fins diagnósticos.

MATERIAL:

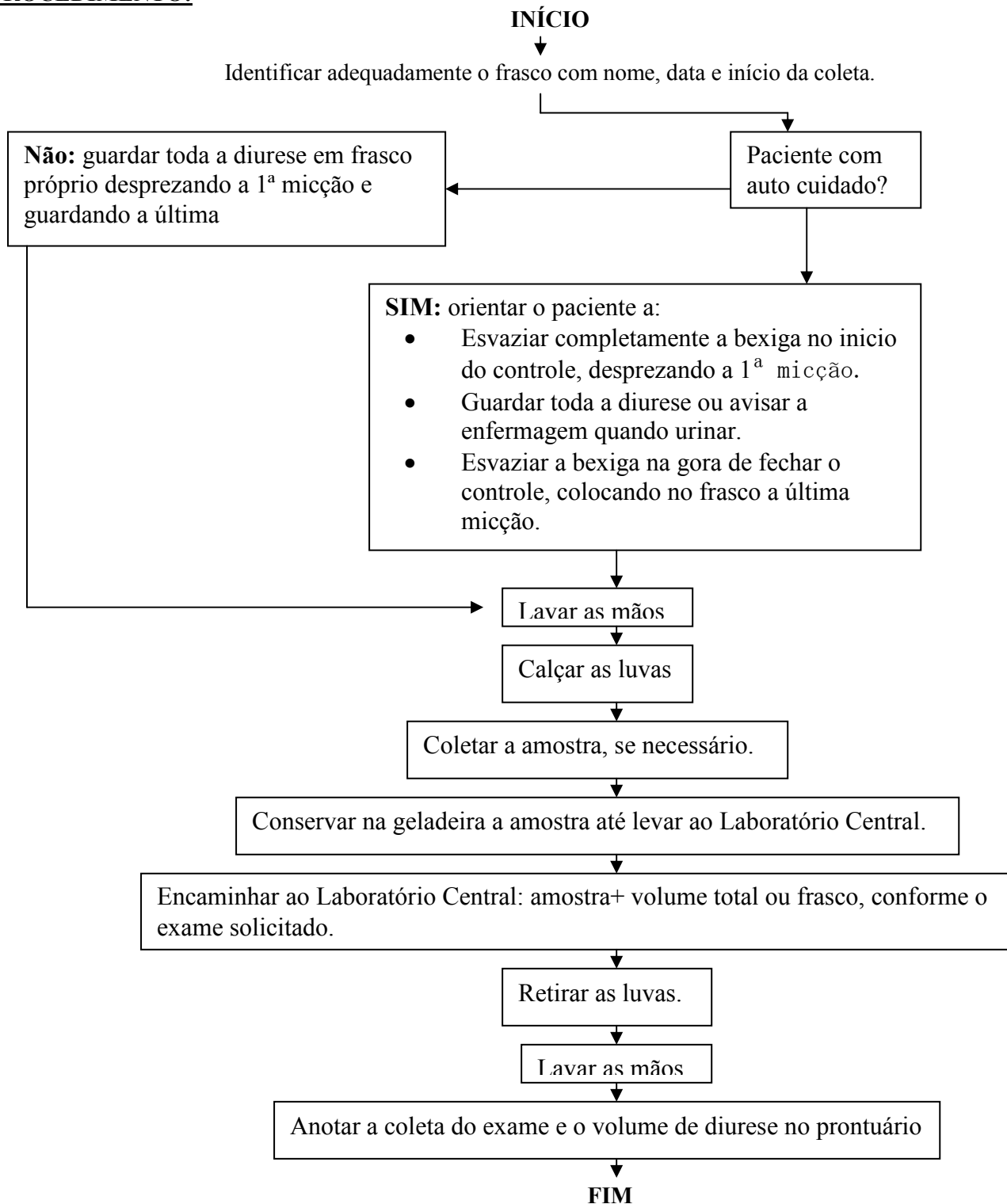
- Frasco adequado para o exame solicitado;
- Um par de luvas de procedimento;

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Papagaio ou comadre.

PROCEDIMENTO:



COLETA DE ESCARRO.

DEFINIÇÃO:

Coleta de material para fins diagnósticos.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

MATERIAL:

- Coletor universal.

PROCEDIMENTO:

- **INÍCIO**
- Orientar o paciente a escovar os dentes, a mucosa bucal e a língua, sem utilizar pasta dental.
- Enxaguar a cavidade oral.
- Tossir e expectorar no coletor universal, tendo o cuidado de evitar saliva.
- Identificar o frasco com os dados do paciente, data e horário da coleta.
- Encaminhar o material ao laboratório.
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário
- **FIM**

COLETA DE UROCULTURA.

DEFINIÇÃO:

É a coleta de urina para exame laboratorial, com finalidade diagnóstica.

MATERIAL:

- Uma cuba rim estéril;
- Um pacote de gaze estéril;
- Sabão neutro;
- Uma seringa de 10 ml;
- Tubo estéril.

PROCEDIMENTO:

- **INÍCIO**
- Orientar o paciente quanto ao procedimento
- Fornecer o material necessário
- Sexo Feminino ou Masculino?
- **FEMININO**
- Fazer a higiene na região perineal, nos grandes lábios e no meato urinário.
- Usar a gaze por vez, com água e sabão neutro.
- Limpar o meato uretral, afastando os pequenos lábios com o polegar e o indicador da mão esquerda, mantendo-os afastados.
- **MASCULINO**
- Fazer higiene no pênis com gaze, água e sabão neutro.
- Retrair o prepúcio e iniciar a limpeza da glande e do meato uretral, repetindo o procedimento três vezes.
- Retirar o excesso de sabão com gaze e água e secar
- **Em ambos:** urinar na cuba rim estéril, desprezando o 1ª jato, sem interromper o fluxo.
- Coletar + ou – 5 ml com seringa e colocar em tudo estéril ou lâmina de cultivo, colocando então uma etiqueta com o nome do paciente, data e hora da coleta.
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário
- **FIM.**

COLETA DE URINA DE Sonda Vesical de Demora.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

DEFINIÇÃO:

É a coleta de urina para fins diagnósticos.

MATERIAL:

- Duas bolas de algodão com álcool a 70%;
- Uma seringa de 10 ml;
- Uma agulha 30 x 8mm;
- Um par de luvas de procedimento;
- Tubo estéril ou coletor universal.

PROCEDIMENTO:

- **INÍCIO**
- Lavar as mãos
- Preparar o material
- Fechar o coletor de sistema ½ hora
- Calçar as luvas
- Fazer desinfecção do local apropriado para coleta, com álcool a 70%
- Puncionar o local adequado, na extensão e aspirar a quantidade de urina necessária
- Colocar no frasco adequado, de acordo com o exame solicitado
- Identificar o frasco com os dados do paciente
- Retirar as luvas
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário
- **FIM**

COLETA DE SANGUE PARA HEMOCULTURA.

DEFINIÇÃO:

Amostra de sangue para fins diagnósticos.

MATERIAL:

- Duas agulhas 30 x 8mm;
- Seringa de 20 ml;
- Álcool a 70%;
- Solução anti-séptica;
- Duas bolas de algodão;
- Um par de luva de procedimento;
- Frascos para hemocultura;
 - aeróbico.
 - anaeróbico.

PROCEDIMENTO:

- **INÍCIO**
- Lavar as mãos
- Preparar o material necessário
- Orientar o paciente ao procedimento
- Orientar o paciente quanto ao procedimento
- Calçar as luvas
- Fazer a anti-sepsia no local a ser puncionado, com álcool a 70% e deixar secar, em seguida fazer nova anti-sepsia com solução anti-séptica e deixar secar
- Puncionar a veia e coletar o volume necessário (cerca de 20 ml) de sangue

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
 São Vicente - São Paulo
 Telefone (13) 3466-1000

- Retirar o lacre dos frascos e injetar o volume necessário de sangue em cada um
- Identificar os frascos com os dados do paciente, colocando hora, data e quantidade de sangue injetado.
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário
- **FIM**

COLETA DE FEZES.

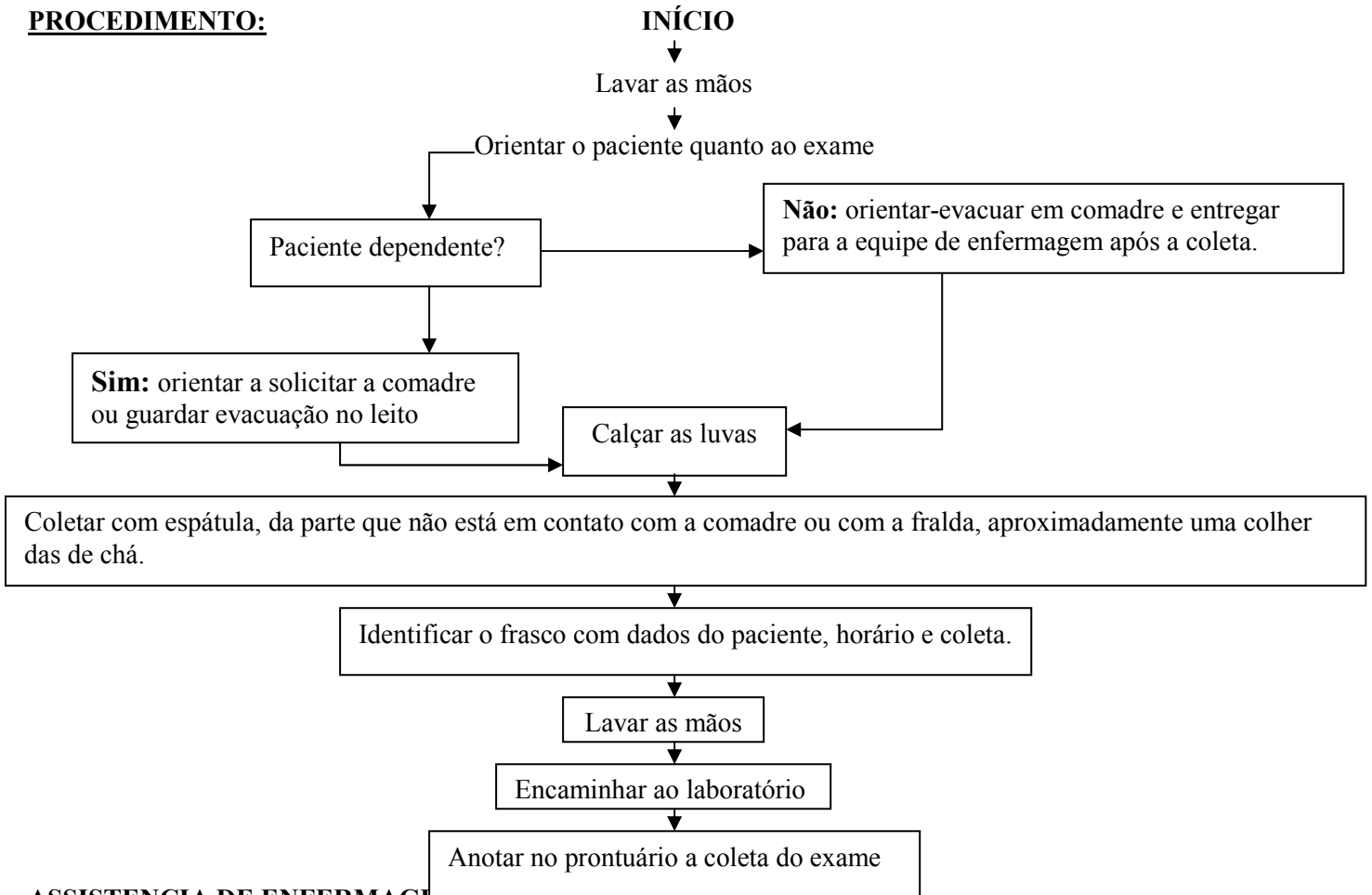
DEFINIÇÃO:

- **PPF** – É o exame laboratorial que tem por finalidade a pesquisa de helmintos e protozoários nas fezes.
- **Coprocultura** – É o exame laboratorial que permite pesquisar, identificar e quantificar a presença de colônias de bactérias nas fezes.

MATERIAL:

- Uma comadre estéril (ser coprocultura);
- Uma espátula;
- Um frasco coletor adequado;
- Um par de luvas de procedimento.

PROCEDIMENTO:



ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM:

- Se PPF, conservar em gel até o período de espera seja superior a 12 horas.
- Se coprocultura, encaminhar ao máximo em 12 horas após a coleta e deixar em temperatura ambiente.

FIM

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

Ambiente.

GLICOSÚRIA

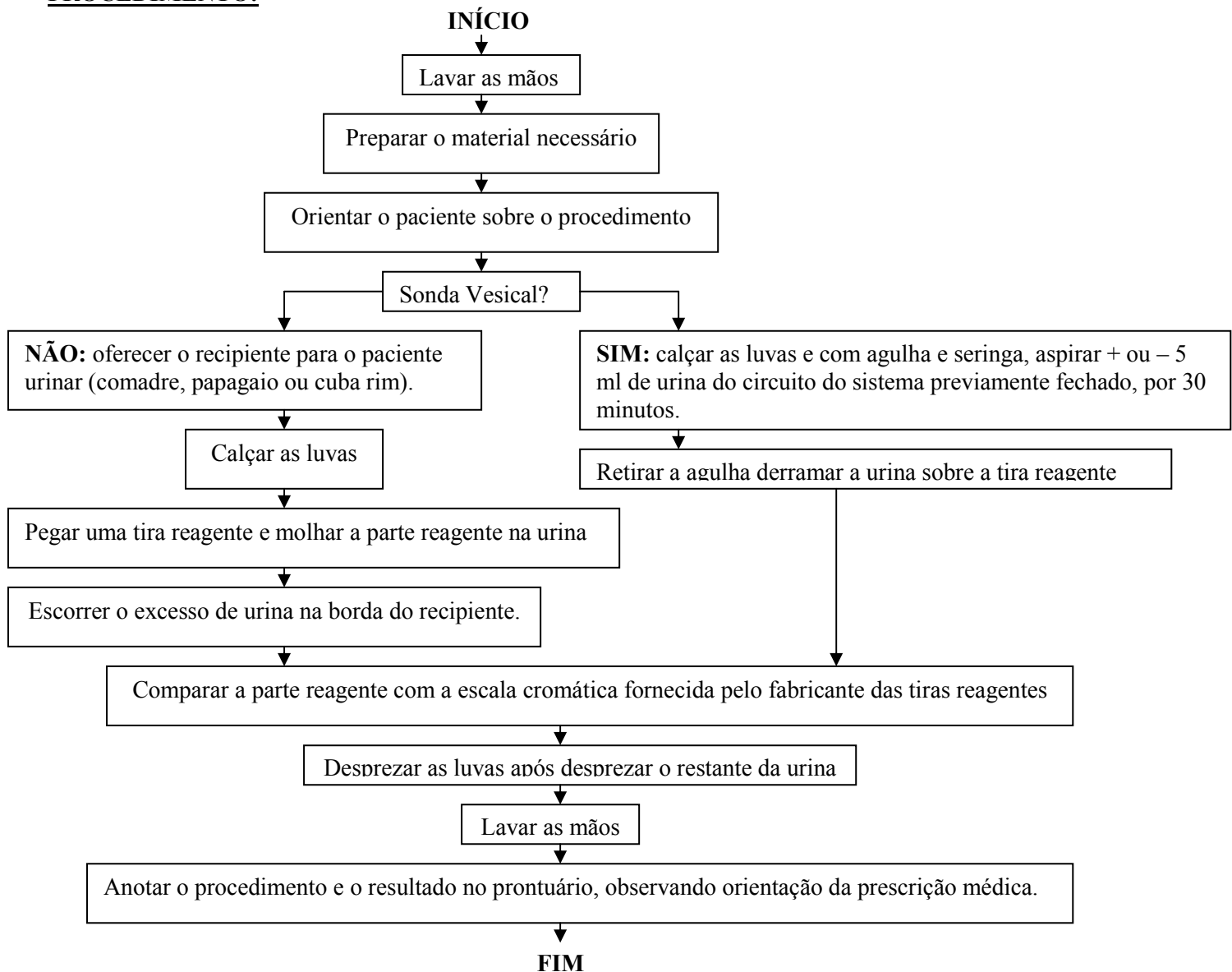
DEFINIÇÃO:

É a verificação da dosagem aproximada da presença de glicose na urina.

MATERIAL:

- Um par de luvas de procedimento;
- Tiras reagentes;
- Comadre ou papagaio ou cuba rim (limpas);
- Uma seringa de 5ml;
- Uma agulha descartável.

PROCEDIMENTO:



GLICEMIA CAPILAR (DEXTRO)

DEFINIÇÃO:

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

É a verificação da dosagem de glicose no sangue por meio do glucosímetro.

MATERIAL:

- Uma bandeja;
- Um par de luvas de procedimento;
- Duas bolas de algodão embebido em álcool a 70%;
- Uma agulha fina (25 x 6mm ou 25 x 7mm); ou agulha própria do aparelho que encaixa em uma caneta;
- Tiras reagentes;
- Glucosímetro

PROCEDIMENTO:

- 1- INÍCIO
- 2- Lavar as mãos
- 3- Preparar o material e acondicioná-lo na bandeja
- 4- Explicar o procedimento ao paciente
- 5- Calçar as luvas
- 6- Fazer anti-sepsia da ponta do dedo do paciente, previamente escolhida para ser puncionado
- 7- Esperar mais ou menos 15 segundos para que ocorra a evaporação do álcool utilizado para anti-sepsia
- 8- Puncionar a ponta do dedo, fazendo pressão acima do local punção, até que se obtenha uma gota de sangue
- 9- Pressionar a área puncionada algodão embebido em álcool a 70%
- 10- Proceder à leitura da dosagem de glicose de acordo com as orientações do fabricante do glucosímetro
- 11- Retirar as luvas
- 12- Lavar as mãos
- 13- Anotar o horário e o resultado do procedimento no prontuário do paciente
- 14- FIM

APLICAÇÕES DE QUENTE E FRIO

As aplicações externas de calor e frio tem por objetivo ajudar as funções naturais do corpo. É um dos tratamentos mais antigos e os pacientes recebem-no muito bem, encontrando alívio após a sua aplicação. Modernamente, além dos

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

raios solares, água fria ou quente, vapor, compressa, as aplicações elétricas, raios infravermelhos, bolsas elétricas e duchas, são empregados com bons resultados.

O calor age estimulando ou acalmando, de acordo com a temperatura, tempo de aplicação e local onde é aplicado. Calor moderado relaxa os músculos, calor em grau mais elevado facilita a circulação pela dilatação dos vasos sanguíneos e diminui a dor local.

O frio diminui a circulação local pela constrição dos vasos sanguíneos, retarda a supuração de abscesso, diminui a dor local.

APLICAÇÕES QUENTES

FINALIDADES:

1. Relaxar os tecidos.
2. Facilitar a supuração.
3. Aliviar a congestão.
4. Aumentar a circulação local.
5. Aquecer e dar conforto.
6. Aliviar a dor local.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Feridas cirúrgicas.
- Hemorragias.
- Lesões abertas.
- Luxações ou torções, antes de 24 horas.
- Presença de fenômenos tromboembólicos no MMI.
- Pacientes hemofílicos.
- Pacientes com fragilidade capilar.
- Pacientes em tratamento com anticoagulantes.

BOLSA DE ÁGUA QUENTE

MATERIAL:

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

MÉTODO:

1. Conversar com o paciente sobre o cuidado a ser prestado.
2. Verificar as condições de uso da bolsa.
3. Colocar a água quente na bolsa:

$\frac{3}{4}$ da bolsa } aquecer pés, mãos.
 } Local em que haja suporte ósseo.

$\frac{1}{3}$ da bolsa } abdome.
 } Epigástrico.

4. Retirar o ar da bolsa, colocando-a sobre uma superfície plana, deixando a água chegar até o gargalo.
5. Fechá-la bem.
6. Colocar o plano protetor.
7. Aplicar no local indicado, onde permanecerá por cerca de 20 minutos.
8. Terminada a aplicação. Retirar a bolsa .
9. Colocar o pano protetor no hamper.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- 10.** Esvaziar a bolsa, deixando-a pendurada para secar bem.
- 11.** Encher a bolsa, deixando-a pendurada para secar bem.
- 12.** Anotar o cuidado prestado.

OBSERVAÇÕES:

- 1- Para os pacientes inconscientes e crianças, envolver a bolsa com toalha, para maior proteção.
- 2- Vigiar para não queimar o paciente.
- 3- Nunca colocar bolsa quente debaixo do paciente, mas sobre ele, como no caso de lombalgia. Para aquecer os pés, colocá-la entre eles ou ao seu lado.
- 4- Trocar a água sempre que necessário, para manter o aquecimento.
- 5- Pode ser usada com gel aquecida.

COMPRESSAS QUENTES:

São indicadas com frequência para envolver os membros inferiores em casos de flebite e superiores, quando há traumatismos venosos resultantes de punções venosas, flebite e soroma.

MATERIAL:

- Bacia com água quente.
- 02 compressas ou toalhas de rosto.
- Impermeável.
- Toalha.

Acessórios:

- Faixas ou ataduras.
- Fita crepe.

MÉTODO:

1. Explicar ao paciente o que vai ser feito.
2. Preparar o ambiente, fechando janelas e portas.
3. Organizar e levar o material.
4. Proteger o leito com o impermeável e a toalha.
5. Colocar a compressa na água quente, com as pontas para fora.
6. Torcer a compressa.
7. Testar a temperatura da compressa, na face interna do antebraço.
8. colocar a compressa no local indicado, cobrindo-a com a toalha seca e o impermeável.
9. Prepara a outra compressa que irá substituir a que está no paciente.
10. Fazer a aplicação durante 20 a 30 minutos, alternando as compressas.
11. Terminado o tratamento, secar o local envolvendo-o com toalha seca por alguns minutos, evitando o choque térmico.
12. Deixar o paciente confortável.
13. Providenciar a limpeza e a ordem do material.
14. Anotar o cuidado prestado, descrevendo as observações.

OBSERVAÇÕES:

- 1- Mudar as compressas sem expor desnecessariamente o local.
- 2- Quando se faz compressas de um membro ou membros inferiores deve-se envolver completamente o membro, dos pés até a raiz da coxa.
- 3- Torcer bem as compressas, se necessário com o auxílio de uma toalha ou torcedor específico, a fim de evitar queimaduras e molhar as roupas de cama.
- 4- Observar a coloração da pele após a aplicação.

II - APLICACÕES FRIAS:

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

São indicadas para abaixar a febre, diminuir a congestão e a inflamação, controlar hemorragias, aliviar a dor, diminuir o edema nas luxações e contusões e evitar a formação de bolhas nas queimaduras de 1º grau.

CONTRA-INDICAÇÕES: Estase circulatória, estados de desnutrição, pacientes debilitados e idosos.

MATERIAL: Bandeja contendo:

- Bolsa de gelo.
- Recipiente com gelo picado.
- Flanela ou pano protetor para a bolsa.

METÓDO:

- 1- Explicar ao paciente o tratamento.
- 2- Preparar o gelo, passando os pedaços na água, para tirar as arestas.
- 3- Verificar se a bolsa está íntegra e bem vedada.
- 4- Envolver a bolsa com flanela ou pano, exceto quando colocada sobre local enfaixado ou protegido.
- 5- Colocá-la sobre o local indicado, prendendo-a com atadura ou faixa, se necessária.
- 6- Deixá-la até que o gelo derreta, e renová-la, quando se tratar de aplicações prolongadas.
- 7- Terminando o tratamento, esvaziar a bolsa lavá-la, enxugá-la, enchê-la de ar e guardá-la.
- 8- Anotar o cuidado, descrevendo as observações.

OBSERVAÇÕES:

- 1- Não fazer aplicações frias demoradas, porque podem causar necrose dos tecidos.
- 2- Vigiar com frequência, e o local da aplicação.
- 3- Em alguns casos, é aconselhável colocar bolsa de água quente nos pés do paciente que está sob o tratamento de aplicações frias, para diminuir a sensação de frio.
- 4- Pode ser usada bolsa com gel, que dispensa o gelo picado.

COMPRESSAS GELADAS:

Geralmente usadas para aplicar na testa ou sobre os olhos, para diminuir congestão e dor.

MATERIAL:

- Bacia com água gelada ou gelo.
- Compressas ou toalhas de rosto.
- Impermeável.

MÉTODO:

1. Explicar ao paciente o que vai ser feito.
2. Organizar o material e levar junto do paciente.
3. Proteger o leito com o impermeável.
4. Colocar a compressa na água gelada e torcer.
5. Colocar sobre o local indicado.
6. Colocar na água a outra compressa que irá substituir a que está no paciente.
7. Troca-las a cada 03 minutos, durante meia hora ou mais (casos de queimaduras).
8. Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem.
9. Providenciar a limpeza e a ordem do material.
10. Anotar o cuidado, descrevendo as observações.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Administração de medicamentos é um dos deveres de maior responsabilidades da equipe de enfermagem. Requer conhecimentos de farmacologia e terapêutica médica no que diz respeito a ação, dose, efeitos colaterais, métodos e precauções na administração de drogas.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. GASTROINTESTINAL

- Oral ou bucal.
- Sublingual.
- Gástrica.
- Retal.

2. VAGINAL.

3. CUTÂNEA

4. NASAL

5. OCULAR

6. AURICULAR

7. RESPIRATÓRIA

8. PARENTEAL

- Intradérmica (ID)

- Subcutânea (SC)

- Intramuscular (IM)

- Endovenosa (EV) ou intravenosa (IV).

- Outras utilizadas só por especialistas: intra-arterial, intra-óssea, intratecal, intraperitoneal, intrapleurial, intracardiaca.

REGRAS GERAIS:

- 1) Todo medicamento deve ser prescrito e assinado pelo Médico. Somente em caso de emergência, a enfermagem pode atender prescrição verbal, que deverá ser transcrita pelo médico logo que possível.
- 2) Nunca administrar medicamento com rótulo ilegível, sem rótulo ou vencido.
- 3) Inteira-se sobre as diversas drogas, para conhecer cuidados específicos e efeitos colaterais:
 - Melhor hora
 - rio;
 - Diluição: formas, tempo de validade;
 - Ingestão com água, leite ou suco;
 - Antes, durante ou após as refeições ou em jejum;
 - Incompatibilidade ou não de mistura de drogas.
- 4) Tendo dúvida sobre o medicamento, obter esclarecimento antes de administrá-lo.

É de grande utilidade seguir o roteiro para a correta administração de medicamentos:

1. O cliente tem alguma alergia?
2. Que medicamentos foram prescritos?
3. Por que está recebendo esses medicamentos?
4. Que informações devem ser dadas pela enfermagem, em relação ao efeito desses medicamentos sobre o cliente?
5. Existem cuidados de enfermagem específica devido á ação das drogas contidas nestes medicamentos?
6. Como devem ser administrados os medicamentos?
7. Que precauções devem ser tomadas na administração de tais medicamentos?
8. Existem precauções especiais que devem ser tomadas por causa da idade, condição física ou estados mental do paciente?
9. Alguns dos medicamentos exigem especiais na administração?
10. O paciente precisa aprender alguma coisa com relação á sua terapia médica?
11. O paciente ou sua família necessita de conhecimento ou habilidades específicas para continuar a terapia em casa?

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- 1) Ao preparar a bandeja de medicamentos, fazê-lo atentamente e não conversar.
- 2) Ter sempre á frente, enquanto prepara o medicamento, o cartão ou a prescrição médica.
- 3) Ler o rotulo do medicamento três vezes, comparando-o com a prescrição:
 - a) Antes de retirar o recipiente do armário;
 - b) Antes de colocar o medicamento no recipiente para administrar;
 - c) Antes de repor o recipiente no armário.
- 4) Colocar o cartão e o recipiente de medicamentos sempre juntos, na bandeja.
- 5) Não tocar com a mão em comprimidos, cápsulas, drágeas, pastilhas.
- 6) Identificar o paciente antes de administrar o medicamento, solicitando nome completo e certificando-se da exatidão do mesmo, pelo cartão de medicamento do prontuário.
- 7) Lembrar a regra dos 5 certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa, via certa.
- 8) Cancelar o horário da medicação somente após administrá-la, rubricando ao lado.
- 9) Quando o medicamento deixar de ser administrado por estar em falta , por recusa do paciente, jejum, esquecimento, ou erro, fazer a anotação no relatório.
- 10) Fazer anotações cuidadosas sobre efeitos dos medicamentos ou queixas do paciente.
- 11) Para uma perfeita, ao despejar o medicamento no copo graduado, levantá-lo á altura dos olhos.
- 12) **Correspondência de doses:** colher de sopa (15ml), colher de sobremesa (10ml), colher de chá (5ml) e colher de café (3ml).
- 13) Ter sempre o cuidado de limpar com gaze a boca dos vidros de medicamentos, antes de guardá-los.
- 14) Ao colocar o medicamento no copo, manter o rótulo do frasco voltado para mão, afim de não sujá-lo.
- 15) Se faltar medicamentos, tomar providências imediatas, seguindo normas e rotinas do serviço.
- 16) Certificar-se sobre as ordens de controle hídrico, dieta, jejum, suspensão de medicamentos antes de prepará-los.

CUIDADOS EM RELAÇÃO AO CONTROLE DOS MEDICAMENTOS

1. A fim de evitar acidentes, desperdícios, roubos e uso abusivo, os medicamentos devem ser guardados em lugar apropriado e controlados.
2. As saídas podem ser controladas pelo receituário, folha de prescrição ou relatório de enfermagem. O importante é que exista um sistema de controle.
3. Existe a tendência de utilizar o sistema de “ medicação individualizada”, eliminando-se os estoques de medicamentos nos Postos de Enfermagem.
4. O cancelamento no local apropriado (relatório, ficha ou prontuário) deve ser feito logo após a aplicação.
5. Sendo as anotações de enfermagem um documento oficial, é de grande importância que o cuidado seja assinado ou rubricado por que o fez.

VIA ORAL OU BUCAL

É a administração de medicamento pela boca. É a chamada via enteral, na qual os medicamentos são introduzidos no sistema digestivo.

CONTRA – INDICAÇÕES:

- Pacientes incapazes de deglutir ou inconscientes.
- Em casos de vômito.
- Quando o paciente está em jejum para cirurgia ou exame.

MATERIAL

- Pratinhos ou copinhos descartáveis.
- Conta-gotas.
- Copo graduado.

MÉTODO:

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

1. Identificar o recipiente com o nome do paciente, número do leito, medicamento e dose.
2. Colocar os medicamentos nos recipientes identificados, diluindo-os se for necessário.
3. Levar a bandeja para junto do paciente.
4. Perguntar o nome do paciente, fazendo a verificação no cartão de identificação.
5. Colocar o comprimido na mão ou na boca do paciente. Se for líquido, dar no copinho descartável.
6. Oferecer-lhe água ou leite, de acordo com o medicamento.
7. Verificar se o paciente deglutiu o medicamento, nunca deixando-o sobre a mesa da cabeceira.
8. Checar o horário e fazer as anotações.

CUIDADOS DE DILUIÇÃO:

- 1- Todas As drogas que provocam irritações e com gosto forte, devem ser diluídas, caso não haja contra-indicação.
- 2- Normalmente, não é aconselhável misturar medicamentos líquidos. Poderá ocorrer uma reação química, resultando em precipitado.
- 3- Água fresca deve ser usada para aumentar o paladar, se não houver contra-indicação.
- 4- Satisfazer o quanto possível os pedidos do paciente quanto ao gosto, que pode ser melhorado, dissolvendo-se o medicamento em água, leite, suco de frutas ou acrescentando açúcar, se não houver contra-indicação.
- 5- Medicamentos amargos podem ser diluídos na água. Diminui-se o amargor colocando-se gelo na boca antes e depois da medicação.
- 6- Xaropes devem ser administrados puros ou com leite quente.
- 7- Salicilatos, digital, corticóides, irritam a mucosa gástrica e podem produzir náuseas e vômitos. Devem ser com leite, e ou durante as refeições.
- 8- O óleo de rícino ou outros óleos podem ser misturados com suco de laranja ou de limão, café ou chá. Gelo também desestimula as papilas gustativas, É bom tomar com substâncias efervescentes e geladas (coca-cola, guaraná).
- 9- Antibióticos, de modo geral, devem ser ingeridos com água, não com leite ou distantes das refeições.

OBSERVAÇÕES:

- 1- Os medicamentos em pó devem ser dissolvidos em água.
- 2- Pacientes inconscientes não devem tomar medicamentos por via oral.
- 3- Gotas devem ser medidas com conta-gotas.
- 4- Dissolver os medicamentos para os pacientes que tem dificuldades em deglutir.
- 5- Ao administrar digitálicos, contar pulso radial e apical. Se estiver abaixo de 60 b.p.m, aguardar orientação médica. Acima de 120 p.b.m. pode indicar intoxicação digitálica.
- 6- Considerar sempre o melhor horário para administrar os medicamentos. Exemplo: os diuréticos devem ser administrados, no período da manhã, preferencialmente.

VIA SUBLINGUAL:

Consiste em colocar o medicamento debaixo da língua e deixar que seja absorvido pela mucosa bucal.

MÉTODO:

- 1- Separar o medicamento.
- 2- Dar água para o paciente enxaguar a boca.
- 3- Colocar o medicamento sob a língua e pedir para abster-se de engolir a saliva por alguns minutos, a fim de que a droga seja absorvida.
- 4- Checar o horário e fazer as anotações necessárias.

VIA GÁSTRICA:

É a introdução do medicamento através da sonda nasogástrica. Utilizada para pacientes inconscientes ou impossibilitados de deglutir.

Os medicamentos sólidos são dissolvidos em água e introduzidos na via gástrica com seringa. As cápsulas são abertas, dissolvendo-se o pó medicamentoso nelas contido.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

VIA RETAL:

É a introdução do medicamento no reto, em forma de supositório ou clister medicamentoso.

MATERIAL:

Bandeja contendo:

- Supositório.
- Gaze, papel higiênico.
- Cuba-rim.
- Saco plástico para resíduos.
- Luva de procedimento.

SUPOSITÓRIO:

- 1- Explicar ao paciente o que vai fazer,
- 2- Lavar as mãos e calçar luvas.
- 3- Colocar o supositório sobre uma gaze, numa cuba-rim ou bandeja pequena.
- 4- Colocar o paciente em decúbito lateral.
- 5- Com o polegar e indicador da mão não dominante, entreabrir as nádegas.
- 6- Introduzir o supositório no reto, delicadamente, e pedir ao paciente que o retenha.
- 7- Colocar o material em ordem.
- 8- Tirar as luvas e lavar as mãos.
- 9- Anotar o cuidado prestado.

OBSERVAÇÕES:

- 1- O paciente poderá colocar o supositório sem auxílio da enfermagem, desde que seja esclarecido e orientado.
- 2- Em se tratando de criança ou adulto incapacitado para retê-lo, comprimir levemente as nádegas para evitar o retorno do supositório.
- 3- Às vezes é necessário colocar imediatamente a comadre ou encaminhar o paciente ao banheiro.

VIA VAGINAL:

É a introdução de medicamentos no canal vaginal. O medicamento pode ser introduzido sob a forma de:

1. Velas, tampões, supositórios, comprimidos, óvulos.
2. Soluções medicamentosas.
3. Cremes ou gel.

MATERIAL:

- Luvas de procedimento.
 - Aplicador vaginal.
 - Gaze com vaselina.
 - Medicamento prescrito.
 - Saco plástico para resíduos
- Se necessário:
- Comadre.
 - Biombo.

MÉTODO:

- 1- Explicar à paciente sobre o que vai ser feito.
- 2- Organizar o material e levá-lo para junto do paciente.
- 3- Lavar as mãos e calçar as luvas.
- 4- Cercar o leito com biombo, se necessário.
- 5- Colocar o paciente em posição ginecológica, com um travesseiro sob os quadris.
- 6- Colocar o medicamento no aplicador e lubrificar a ponta com o próprio creme, ou umedecê-la com água, para facilitar a penetração do aplicador.
- 7- Abrir os lábios menores podendo, expor o orifício vaginal e introduzir o aplicador com o medicamento.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- O aplicador deve ser dirigido em direção ao sacro, para baixo e para trás, cerca de 5 cm, para que o medicamento seja introduzido na parede posterior da vagina.
- 8- Pressionar o êmbolo, introduzir o medicamento.
- 9- Pedir para que a paciente permaneça em decúbito dorsal, aproximadamente por 15 min., para melhor distribuição do medicamento sobre a mucosa.
- 10- Colocar um absorvente se necessário.
- 11- Providenciar a limpeza e a ordem do material.
- 12- Tirar as luvas e lavar as mãos.
- 13- Anotar o cuidado prestado.

VIA TÓPICA OU CUTÂNEA:

É a aplicação de medicamento por fricção na pele, sob a forma de pomadas, cremes, pós. Sua ação pode ser local ou geral.

MATERIAL:

Bandeja contendo:

- Medicamento.
- Gaze.
- Espátula.
- Saco plástico para resíduo.
- Luvas de procedimento.

MÉTODO:

- 1- Explicar ao paciente sobre o cuidado e fazer ou orientar para que faça higiene local, se necessário.
- 2- Organizar o material e dispô-lo junto ao paciente.
- 3- Calçar as luvas.
- 4- Expor o local.
- 5- Colocar o medicamento sobre a gaze ou diretamente sobre a pele, com a espátula.
- 6- Aplicar e espalhar delicadamente o medicamento, fazendo fricção, se necessário.
- 7- Deixar o paciente confortável.
- 8- Providenciar a limpeza e a ordem do material.
- 9- Tirar as luvas e lavar as mãos.
- 10- Anotar o cuidado prestado.

VIA NASAL:

Consiste em levar à mucosa nasal um medicamento líquido ou pomada.

MATERIAL:

Bandeja contendo:

- Frasco de medicamento ou tubo de pomada.
- Conta-gotas.
- Algodão ou cotonete.
- Cuba-rim.
- Gaze ou lenço de papel.
- Saco plástico para resíduos.

MÉTODO:

- 1- Levantar o material e orientar o paciente sobre o cuidado.
- 2- Solicitar que faça a higiene das narinas, se necessário.
- 3- Incliná-la para trás (sentado ou deitado).
- 4- Retirar, através do conta-gotas, a dosagem do medicamento prescrita.
- 5- Pingar a medicação na parte superior da cavidade nasal, evitando que o conta-gotas toque a mucosa.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

6- Solicitar o paciente que permaneça nesta posição por mais alguns minutos.

7- Providenciar a limpeza e a ordem do material.

8- Anotar o cuidado prestado.

Obs. A pomada deve ser aplicada com cotonete sobre a mucosa lesada, ou diretamente, pressionando-se a asa do nariz para espalhá-la no local.

VIA OCULAR:

É a aplicação de colírio ou pomada na conjuntiva ocular.

MATERIAL:

Bandeja contendo:

- Colírio ou pomada.
- Conta-gotas.
- Algodão, gaze ou lenço de papel.
- Espátula.
- Saco plástico para resíduos.

Aplicação de colírio:

- 1- Levar o material e explicar ao paciente sobre o cuidado.
- 2- Posicionar o paciente com a cabeça um pouco inclinada para trás.
- 3- Retirar, com o conta-gotas, a quantidade de medicação prescrita.
- 4- Afastar com o polegar a pálpebra inferior, com auxílio do lenço ou gaze, expondo o saco conjuntival.
- 5- Solicitar ao paciente que olhe para cima e instilar a medicação no ponto médio do fundo do saco conjuntival, mantendo o olho levemente aberto, sem forçar, para que o colírio não se perca.
- 6- Enxugar o excesso de líquido com gaze ou lenço de papel.
- 7- Providenciar a limpeza e a ordem do material.
- 8- Anotar o cuidado prestado.

Aplicação da pomada:

1. Afastar a pálpebra inferior com o polegar.
2. Colocar cerca de 2 cm de pomada com o auxílio de uma espátula ou própria bisnaga.
3. Após a aplicação, solicitar ao paciente que feche lentamente as pálpebras e faça movimentos giratórios do globo ocular.
4. Com auxílio do algodão ou lenço de papel, retirar o excesso de pomada e fazer uma pequena fricção sobre o olho, para que a medicação se espalhe.
5. Ocluir o olho com monóculo, quando indicado.

VIA AURICULAR:

Consiste em introduzir o medicamento no canal auditivo externo.

MATERIAL:

Bandeja contendo:

- Medicamento prescrito.
- Contas-gota.
- Cuba-rim.
- Gaze, bola de algodão ou cotonete.
- Saco plástico para resíduos.

MÉTODO:

1. Levar o material e explicar ao paciente sobre o cuidado.
2. Inclinare a cabeça do paciente lateralmente (sentado ou deitado).

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

3. Retirar, através de conta-gotas, a medicação prescrita.
4. Entreabrir a orelha e inserir a medicação, no conduto auditivo, sem contaminar.-No adulto, puxar com delicadeza o pavilhão da orelha para cima e para trás, a fim de retificar o canal auditivo. Na criança, puxar para baixo e para trás.
5. Colocar um floco de algodão no orifício externo da orelha.
6. Providenciar a limpeza e a ordem do material.
7. Anotar o cuidado prestado.

A medicação deve ser administrada à temperatura ambiente. Se estiver na geladeira, retirar e aguardar o tempo necessário para que fique na temperatura indicada ou aquecê-la com as mãos.

VIA PARENTERAL

É a administração de drogas ou nutrientes pelas vias **Intradérmica** (ID), **Subcutânea** (SC), **Intramuscular** (IM), **Intravenosa** (IV) ou **Endovenosa** (EV)

REQUISITOS BÁSICOS:

- Drogas em forma líquida. Contidas em veículo aquoso ou oleoso, em estado solúvel ou suspensão, cristalina ou coloidal.
- Soluções absolutamente estéreis, isentas de substâncias pirogênicas.
- O material utilizado na aplicação deve ser estéril e descartável.
- A introdução de líquidos deve ser lenta, a fim de evitar ruptura de capilares, dando origem a microembolias locais generalizadas.

PROBLEMAS QUE PODEM OCORRER:

Muito utilizada para administração de medicamentos, a via parenteral não é isenta de riscos.

As aplicações devem ser feitas com conhecimento e zelo, a fim de diminuir acidentes e traumas.

Os acidentes causam: dor, prejuízo (falta à escola e ou serviço, gastos) lesões teciduais e até morte.

Além dos problemas específicos a cada via, temos alguns problemas gerais enumerados.

1- Infecções:

Podem resultar da contaminação do material, da droga ou em consequência de condições predisponentes do cliente, tais como: mal estado geral e presença fê focos infecciosos.

As infecções podem ser locais ou gerais.

Na infecção local, a área avermelhada, intumescida, mais quente ao toque e dolorida.

Além disso, pode haver acúmulo de pus, formando abscesso.

Pode aparecer também fleimão ou flegmão, que é uma inflamação piogênica, com infiltração e propagação para os tecidos, caracterizando-se pela ulceração ou supuração.

Além das infecções locais em casos mais graves, a infecção pode generalizar-se,aparecendo então a septicemia: infecção generalizada, conseqüente à pronunciada invasão na corrente sanguínea por microorganismos oriundos de um ou mais focos nos tecidos, com a multiplicação dos próprios microorganismos no sangue.

2- Fenômenos alérgicos:

Os fenômenos alérgicos aparecem devido à susceptibilidade do indivíduo ao produto usado para anti-sepsia ou às drogas injetadas. A reação pode ser local ou geral. Pode aparecer urticária, edema, o “Fenômeno de Arthus” ou até choque anafilático. “Fenômeno de Arthus” é uma reação provocada por injeções repetidas no mesmo local, caracterizada pela não absorção do antígeno, ocasionando infiltração, edema, hemorragia e necrose no ponto de inoculação. No choque anafilático aparece a dilatação geral dos vasos, com congestionamento da face, seguida de palidez, vertigem, agitação, ansiedade, tremores, hiperemia, cianose, edema de glote, podendo levar à morte.

3- Má absorção das drogas:

Quando a droga é de difícil absorção, ou é injetada em local inadequado pode ocorrer a formação de nódulos ou abscessos assépticos, que além de incomodativos e dolorosos, impedem que a droga surta o efeito desejado.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

4- Embolias:

Resultam da introdução na corrente sanguínea de ar, coagulados, óleos ou cristais de drogas em suspensão. É um acidente grave conseqüente da falta de conhecimento e habilidade do profissional. Pode ser devido à falta de aspiração antes de injetar uma droga, introdução inadvertida de ar, coágulo, substância oleosa por via intravenosa, ou à aplicação de pressão muito forte no local da injeção de drogas em suspensão ou oleosas, causando a ruptura de capilares, com conseqüente microembolias locais ou gerais.

5-Traumas:

Podemos dividi-los em trauma psicológico e trauma tissular. No trauma psicológico, o cliente demonstra medo, tensão, choro, recusa do tratamento, podendo chegar à lipotímia. O medo pode levar à exagerada contração muscular, impedindo a penetração da agulha, acarretando acidentes ou a contaminação acidental do material. É sempre de grande importância orientar o cliente e acalmá-lo antes da aplicação. Se houver necessidade faz-se uma imobilização adequada, a fim de evitar outros danos. Os traumas tissulares são de etiologias diversas, podendo ser conseqüentes à agulha muito calibrosa ou técnica incorreta, Podem ocorrer: lesão na pele, hemorragias, equimoses, dor paresias, paralisias, nódulos e necrose. A técnica correta prevê locais adequados e rodízio para as diversas aplicações, habilidade profissional e material correta.

Material:

Bandeja contendo:

- Seringas e agulhas descartáveis;
- Medicamento prescrito;
- Algodão;
- Recipiente com álcool a 70%;
- Garrote;
- Cartão de identificação;
- Saco para resíduos;

Preparo do medicamento em ampola:

- 1- Certifica-se do medicamento a ser aplicado, dose, via e paciente a que se destina;
- 2- Antes de abrir ampola, certifica-se que toda a medicação esta no corpo da ampola e não no gargalo. Se não estiver, fazer movimentos rotatórios com a ampola.
- 3- Desinfetar o gargalo da ampola com algodão embebido em álcool a 70%.
- 4- Proteger os dedos com algodão, ao quebrar o gargalo;
- 5- Abrir a embalagem da seringa;
- 6- Adaptar a agulha ao bico da seringa, cuidando para não tocar em nenhuma das partes internas;
- 7- Certifica-se do funcionamento da seringa, verificando também se a agulha esta firmemente adaptada;
- 8- Manter a seringa com os dedos polegar e indicador e segurar a ampola entre os dedos médios e indicador da outra mão;
- 9- Introduzir a agulha na ampola, e proceder a aspiração do conteúdo, invertendo lentamente a ampola, sem encostar-se à borda da ampola.
- 10- Virar a seringa com a agulha para cima, em posição vertical e expelir o ar que tenha penetrado.
- 11- Desprezar a agulha usada para aspirar.
- 12- Escolher para aplicação, uma agulha de calibre apropriado a solubilidade da droga e à espessura do tecido subcutâneo do paciente.
- 13- Manter a agulha protegida com o protetor próprio.
- 14- Identificar a seringa e colocá-la na bandeja com o algodão e o recipiente com algodão a 70%.

Preparo de Medicamento em Frasco (pó)

- 1- Retirar a parte descartável da tampa metálica, e fazer desinfecção da tampa de borracha com algodão embebido em álcool 70%.
- 2- Abrir a ampola.
- 3- Preparar a seringa, escolhendo uma agulha de maior calibre (25 ou 30 X 9, 10 ou 12)

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- 4- Aspirar o líquido da ampola e introduzi-la no frasco. A agulha deve atravessar a tampa da rolha, no centro.
- 5- Retirar a seringa, deixando a agulha no frasco.
- 6- Homogeneizar a solução, fazendo a rotação do frasco, evitando a formação de espuma.
- 7- Colocar ar na seringa, em volume igual ao medicamento a ser aspirado.
- 8- Só erguer o frasco, aspirando o líquido nele contido.
- 9- Retirar o ar da seringa.
- 10- Identificar a seringa e trocar a agulha.

Injeção Intradérmica (ID)

É a aplicação de drogas na derme ou córion. A via ID é geralmente utilizada para realizar testes de hipersensibilidade, em processo de dessensibilização e imunização. Exemplo: BCG.

Área de Aplicação:

Na face interna do antebraço ou região escapular, locais onde a pilosidade é menor e oferece acesso fácil a leitura da reação aos alérgicos. A vacina BCG intradérmica é aplicada na área de inserção inferior do deltóide direito.

Material:

Bandeja contendo:

- Seringa especial, tipo insulina;
- Algodão seco;
- Agulha pequena 13 X 3,8 ou 4,5.
- Etiqueta de identificação.
- Saco plástico para resíduos.

Método:

- 1- Preparar o medicamento, conforme técnica anteriormente descrita.
- 2- Explicar ao paciente o que vai fazer e deixá-lo em posição confortável e adequada.
- 3- Expor a área de aplicação;
- 4- Firmar a pele com o dedo polegar e indicador da mão não dominante;
- 5- Com a mão dominante, segurar a seringa quase paralela à superfície da pele (15°) e com o bisel da agulha voltado para cima, injetar o conteúdo da seringa. *A penetração da agulha não deve passar de 2 mm (somente bisel).
- 6- Retirar a agulha. Colocar algodão seco somente se houver sangramento ou extravasamento da droga. Pressionar sem friccionar.
- 7- Providenciar a limpeza e a ordem do material.
- 8- Anotar o cuidado prestado.

OBSERVAÇÕES:

1. A injeção ID geralmente é feita sem anti-sepsia local, evitando interferir na reação da droga..
2. A substância injetada deve formar uma pequena pápula na pele, aspecto conhecido por “casca de laranja”.

INJEÇÃO SUBCUTÂNEA:

A via subcutânea, também chamada hipodérmica, é indicada principalmente para drogas que não necessitam ser tão rapidamente absorvidas, quando se deseja eficácia da dosagem e também uma absorção contínua e segura do medicamento.

Certas vacinas, como a anti-rábica, drogas como a insulina, a adrenalina, a heparina e outros hormônios, tem indicação específica por esta via.

ÁREAS DE APLICAÇÃO:

Os locais mais adequados para aplicação são aqueles afastados das articulações, nervos e grandes vasos sanguíneos.

- Parte externa e superior dos braços.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Face lateral externa e frontal das coxas.
- Região gástrica e abdome (hipocôndrio D e E), exceto as linhas da cintura pélvica.
- Nádegas.
- Costas (logo acima da cintura pélvica).

OBSERVAÇÕES:

1. Na aplicação de injeções subcutâneas o paciente pode estar em pé, sentado ou deitado, com a área exposta.
2. Selecionar os pontos indicados e numerá-los no papel, seguindo a sua ordem estabelecida, evitando repeti-los.
3. Evitar aplicações na área em que o paciente sentir dor ou se detectar abscesso, caroço ou lipoatrofia.
4. Não se deve aplicar:
 - Nos braços e pernas.
 - Nas proximidades do umbigo e da cintura pélvica.
 - Próximo das articulações.
 - Na região genital e inguinal.

MÉTODO:

- 1- Preparo de medicação conforme técnica anteriormente descrita.
- 2- Explicar ao paciente o que vai se fazer e deixá-lo confortável, sentado ou deitado.
- 3- Expor a área de aplicação e proceder a anti-sepsia do local escolhido.
- 4- Permanecer com o algodão na mão dominante.
- 5- Segurar a seringa com a mão dominante, como se fosse um lápis.
- 6- Com a mão não dominante, fazer uma prega na pele, na região onde foi feita a anti-sepsia.
- 7- Nesta prega, introduzir a agulha com rapidez e firmeza, com ângulo de 90 ° (perpendicular à pele).
- 8- Aspirar para ver se atingiu um vaso sanguíneo. Na administração da heparina, ou liquemine não se deve aspirar para evitar traumatismo de tecido.
- 9- Injetar o líquido vagarosamente.
- 10- Esvaziada a seringa, retirar rapidamente a agulha, e com algodão fazer leve pressão e logo após. Fazer a massagem.
- 11- Observar o paciente alguns minutos, para detectar alterações.
- 12- Providenciar a limpeza e a ordem do material.
- 13- Anotar o cuidado prestado.

OBSERVAÇÕES:

- 1- Utilizando a agulha 25 ou 30X6, a angulação será de 45° para indivíduos normais, 60° para obesos e 30° para excessivamente magros.
- 2- A diluição das drogas deve ser feita com precisão e segurança. Na dúvida, primeiro esclarecer, depois aplicar.
- 3- Na aplicação da heparina ou liquemine subcutânea, para evitar traumatismo do tecido, não é recomendado aspirar antes de injetar a medicação e para evitar absorção rápida da medicação, não se deve massagear o local após a aplicação.
- 4- Na aplicação de insulina, utilizar a técnica do revezamento, que é um sistema padronizado de rodízio dos locais das injeções para evitar abscessos, lipodistrofias e o endurecimento dos tecidos na área da injeção.

INJEÇÃO INTRAMUSCULAR (IM)

É a deposição de medicamento dentro do tecido muscular.

Depois da via endovenosa é a de mais rápida absorção: daí o seu largo emprego.

1- LOCAIS DE APLICAÇÃO:

São indicados, para aplicação de injeções intramusculares as seguintes regiões:

- Região deltóide – músculo deltóide.
- Região ventro-glútea (VG) ou de Hochstetter – músculo glúteo médio.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Região da face antero-lateral da coxa (FALC) – músculo vaso lateral (terço médio da coxa).
- Região dorso-glúteo (DG) – músculo grande glúteo (quadrante superior externo).

2-ESCOLHA DO LOCAL:

Na escolha do local para aplicação, é muito importante levar em consideração:

- À distância em relação a vasos e nervos importantes.
- Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento.
- Espessura do tecido adiposo.
- Idade do paciente.
- Irritabilidade da droga .
- Atividade do cliente.

ESCOLHA DA AGULHA:

Para aplicar com agulha ideal, deve-se levar em consideração: o grupo etário, a condição física do cliente e a solubilidade da droga a ser injetada.

TABELA I

Dimensões de agulhas em relação ao grupo etário, condição física e tipo de solução (injeção IM)

Espessura da tela subcutânea	Solução aquosas	Soluções oleosas e suspensões
Adulto: Magro	25 X 6 ou 7	25 X 8 ou 9
Normal	30 X 6 ou 7	30 X 8 ou 9
Obeso	40 X 6 ou 7	40 X 8 ou 9
Criança: Magra	20 X 6 ou 7	20 X 8
Normal	25 X 6 ou 7	25 X 8
Obesa	30 X 6 ou 7	30 X 8

Angulação da agulha:

Nas regiões D e DG, a posição é perpendicular à pele, num ângulo de 90°.

- Na região VG, recomenda-se que a agulha seja dirigida ligeiramente à crista ilíaca.
- Na região FALC o ângulo deve ser 45°, em direção do pé.

MÉTODO:

1. Preparar o medicamento conforme técnica descrita.
2. Levar o material para perto do paciente, colocando a bandeja sobre a mesinha.
3. Explicar o que se vai fazer e expor a área de aplicação.
4. Com os dedos polegar e indicador da mão dominante, segurar o corpo da seringa e colocar o dedo médio sobre o canhão da agulha.
5. Com a mão dominante, proceder à anti-sepsia do local. Depois, manter o algodão entre o dedo mínimo e anular da mesma mão.
6. Ainda com a mão não dominante, esticar a pele segurando firmemente o músculo.
7. Introduzir rapidamente a agulha com o bisel voltado para o lado, no sentido das fibras musculares.
8. Com a mão não dominante, puxar o êmbolo, aspirar, verificando se não atingiu um vaso sanguíneo.
9. Empurrar o êmbolo vagarosamente, introduzindo o medicamento.
10. Terminada a aplicação, retirar rapidamente a agulha e fazer uma leve pressão com o algodão.
11. Fazer a massagem local enquanto observa o paciente.
12. Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem.
13. Providenciar a limpeza e a ordem do material.
14. Anotar o cuidado prestado.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

OBSERVAÇÕES:

1. Em caso de substância oleosa, pode-se aquecer um pouco a ampola com as mãos para torná-la mais fluída.
2. Se ao aspirar, vier sangue na seringa, retirá-la imediatamente e aplicar o medicamento em outro local.
3. O volume máximo para injeção IM é de 5ml. Volume acima de 5ml, fracionar e aplicar em locais diferentes.
4. Estabelecer rodízio nos locais da aplicação de injeções.
5. A utilização do músculo deltóide é contra-indicado em pacientes com complicações vasculares do membro superior, pacientes com parestesia ou paralisia do braço, e mulheres que sofram mastectomia.

INJEÇÃO ENDOVENOSA (EV)

É a introdução de medicamento diretamente na veia.

FINALIDADES:

1. Obter efeito imediato do medicamento.
2. Administrar drogas contra-indicadas pela via oral, SC, IM, por sofrerem a ação dos sucos digestórios ou por serem irritantes para os tecidos.
3. Permitir introdução de grandes volumes de soluções em caso de desidratação, choque, hemorragias, cirurgias.
4. Efetuar nutrição parenteral.
5. Instalar terapêutica com sangue e hemoderivados.

LOCAIS DE APLICAÇÃO:

Qualquer veia acessível, dando-se preferência para:

- Veias superficiais de grande calibre da dobra do cotovelo: cefálica e basilica.
- Veias do dorso da mão e antebraço

MATERIAL:

Bandeja contendo:

- Seringa, de preferência com bico lateral.
- Luvas de procedimento.
- Algodão e álcool a 70%.
- Garrote.
- Toalha, papel-toalha, plástico ou pano para forrar o local da aplicação.
- Etiqueta ou cartão de identificação.
- Saco plástico para resíduos.
- Agulhas: tamanho 25 X 8, ou
- Scalp com calibre correspondente à medicação, ou
- Jelco ou outro tipo de cateter.

MÉTODO:

1. Preparar a injeção técnica já descrita.
2. Levar a bandeja para perto do paciente.
3. Deixar a bandeja na mesa de cabeceira e preparar o paciente.
 - explicar o procedimento;
 - expor a área de aplicação, verificando as condições das veias;
 - colocar o forro para proteger as roupas de cama.
4. Calçar as luvas.
5. Garrotear sem compressão exagerada, aproximadamente 4 dedos acima do local escolhido para a injeção. Em pacientes com muitos pêlos, pode-se proteger a pele com pano ou com a roupa do paciente.
6. Pedir que o paciente abra e feche a mão diversas vezes e depois a conserve fechada, mantendo o braço imóvel.
7. Fazer a anti-sepsia ampla do local, com movimentos de baixo para cima.
8. Fixar a veia com o polegar da mão não dominante.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

9. Fixar a veia com o polegar da mão não dominante sobre o canhão da agulha. Com os demais dedos, segurar. O bisel deve estar voltado para cima.
10. Se a veia for fixa, penetrar pela face anterior. Se for móvel, penetrar por uma das faces laterais, empurrando com a agulha até fixá-la.
11. Evidenciada a presença de sangue na seringa, pedir para o paciente abrir a mão. Soltar o garrote.
12. Injetar a droga lentamente, observando as reações do paciente.
13. Terminada a aplicação, apoiar o local da introdução da agulha com algodão embebido em álcool.
14. Retirar a agulha, comprimir o vaso com algodão seco e solicitar ao paciente para permanecer com o braço distendido.
15. Providenciar a limpeza e a ordem do material.
16. Tirar as luvas e lavar as mãos.
17. Anotar o cuidado prestado.

OBSERVAÇÕES:

1. Não administrar drogas que contenham precipitados ou flóculos em suspensão.
2. Para administrar dois medicamentos, puncionar a veia e usar uma seringa para cada droga. Só misturar drogas na mesma seringa se não existir contra indicação.
3. Usar material em bom estado: seringa bem adaptada, agulha de calibre adequado.
4. Revezar os locais de aplicação;
5. A presença de hematoma ou dor indica que a veia foi transfixada ou a agulha esta fora dela: retirar a agulha e pressionar o local com algodão. A nova punção deverá ser feita em outro local, porque a recolocação do garrote aumenta o hematoma;
6. Ao se processar a anti-sepsia emprega-se embebido em álcool, sem excesso evitando a penetração do mesmo no local da punção venosa.

Para facilitar o aparecimento da veio:

- Aquecer o local com auxílio de compressas ou bolsas de água quente.
- Fazer massagem local com suavidade, pois além de dolorosos podem lesar o vaso. Nas pessoas com ateroma, pode haver seu desprendimento, causando serias complicações.
- Pedir ao paciente que, com o braço voltado para baixo, movimente a mão (abrir e fechar) e o braço (fletir e estender) diversas vezes.

APLICAÇÃO DE INJEÇÃO ENDOVENOSA EM PACIENTES COM SORO:

* Preferencialmente a administração deve ser feita pelo infusor lateral (Polifix).
Caso seja equipo simples:

1. Pinçar o equipo de soro e desconectá-lo do scalp.
2. Adaptar a seringa com a medicação no scalp, mantendo a extremidade do equipo entre os dedos, sem contaminá-lo.
3. Aspirar com a seringa. Havendo refluxo de sangue, administrar lentamente o medicamento.
4. Terminada a aplicação, adaptar novamente o equipo ao scalp, evitando a entrada de ar.
5. Regular o gotejamento do soro.

VENÓCLISE:

É a introdução de grande quantidade de líquido, por via endovenosa.

LOCAIS DE APLICAÇÃO:

De preferência veias que estejam distantes de articulações, para evitar que com o movimento a agulha transfixe a veia.

MATERIAL:

Bandeja contendo:

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Agulha ou gelco.
- Equipo para soro (plastequipo).
- Frasco com a solução prescrita.
- Esparadrapo ou micropore.
- Etiqueta de identificação.
- Saco plástico para resíduo.
- Luvas de procedimento.
- Tesoura.
- Garrote.
- Algodão.
- Cuba-rim.
- Álcool a 70%.

Quando necessário: Suporte para o frasco de solução medicamentosa. Tala e ataduras para imobilização.

VANTAGEM DO SCALP SOBRE A AGULHA COMUM:

1. As asas podem ser dobradas para cima, facilitando a introdução da veia.
2. A ausência de canhão permite melhor controle sobre a agulha e evita maior angulação.
3. É menos traumatizante, pois são apresentados em diversos calibres e com bisel curto que reduz a possibilidade de transfixar a veia.
4. Após a introdução na veia, as asas são soltas, proporcionar um contato plano, menos irritante para o paciente.
5. A numeração do scalp na escala descendente é 27, 25, 23, 21, 19 e 17 para o uso comum, existindo outros calibres para tratamentos especializados.

MÉTODO:

I- Preparo do ambiente e do paciente:

1. Conversar com o paciente sobre o cuidado a ser executado.
2. Providenciar suporte para o soro.
3. Verificar as condições de iluminação e aeração.
4. Desocupar a mesa de cabeceira

II – Preparo de medicamento:

1. Lavar as mãos.
2. Abrir o frasco com a solução e o plastequipo.
3. Introduzir no frasco os medicamentos prescritos.
4. Adaptar o plastequipo no frasco e fechá-lo.
5. Retirar o ar, pinçar e proteger a extremidade do plastequipo.
6. Rotular o frasco com o nome do paciente, leito, o conteúdo da solução, horário de início e término, número de gotas/ minuto, data e assinatura do responsável pelo preparo.

Exemplo de rótulo:

Nome: José Santos	L. 10
Soro glicosado 5%	500ml
Início: 10 h	
Término: 18 h	
Gotejamento 21 gts/ min.	
Data:	Iniciais de quem preparou

III – Aplicação:

1. Levar o material da bandeja e colocar na mesa de cabeceira.
2. Separar as tiras de esparadrapo ou micropore.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

3. Selecionar a veia a ser puncionada.
4. Colocar o frasco no suporte e aproximá-lo do paciente.
5. Posicionar o paciente de modo a mantê-lo confortável e facilitar a visualização das veias.
6. Calçar as luvas.
7. Prender o garrote aproximadamente 4 dedos acima do local da punção e pedir ao paciente para abrir e fechar a mão, e conservá-la fechada.
8. Fazer anti-sepsia ampla da área, com movimentos firmes e no sentido do retorno venoso, para estimular o aparecimento das veias. Desprezar o algodão no saco plástico.
9. Com o polegar da mão não dominante, fixar a veia, esticando a pele, abaixo do ponto de punção.
10. Introduzir o scalp e tão logo o sangue preencha totalmente o mesmo, pedir para o paciente abrir a mão, soltar o garrote e adaptá-lo ao equipo.
11. Abrir o equipo iniciando-se o gotejamento da solução e observando o local da punção.
12. Fixar o scalp com o esparadrapo ou micropore.
13. Controlar o gotejamento da solução, conforme prescrito.
14. Deixar o paciente confortável.
15. Providenciar a limpeza e a ordem do material.
16. Tirar as luvas e lavar as mãos.
17. Anotar o cuidado.

OBSERVAÇÕES:

1. Observar o local da punção, para detectar se o scalp está na veia, evitando edema, hematoma, dor, vermelhão, flebite ou soroma.
2. Controlar o gotejamento do soro de 2/2 horas.
3. No caso de obstrução do cateter ou scalp, tentar aspirar o coágulo com um aseringa. Jamais empurrá-lo. Usa-se também injetar heparina para mobilizar o coágulo e aspirá-lo.
4. Existe material transparente para fazer a fixação do scalp ou agulha. Este material facilita a visualização de intercorrências.
5. Verificar se o soro permanece na veia:
 - a) Observar a ausência de edema, vermelhidão ou dor no local.
 - b) Colocar o frasco abaixo do local de punção, a fim de verificar se há refluxo de sangue para o scalp. (Devido ao risco de contaminação, e risco de obstruir o scalp, não se deve desconectar o equipo do scalp, para ver se o sangue reflui).
 - c) Caso os testes demonstrem problemas, providenciar imediatamente nova punção.
6. Em casos de pacientes inconscientes, agitados e crianças, fazer imobilizações, firmes, suaves e seguras.
7. Pelo risco de contaminação, não é recomendado perfurar o frasco de solução venosa inserindo agulha para respiro.
8. Usualmente o frasco fica pendurado no suporte, numa altura aproximada de um metro acima do leito, mas pode variar conforme a pressão que se deseja obter. Quanto mais alto estiver o frasco, maior será a força da gravidade que impulsiona o líquido.

HEPARINIZAÇÃO:

É a administração de uma solução anticoagulantes (heparina) para evitar a coagulação do sangue durante a aplicação de venoclise.

São bastante controvertidas as quantidades recomendadas para heparinizar.

Divisão hospitalar recomenda:

- 0,2 ml de heparina I. V. (concentração de 5.000 U.I. /ml).
- 9,8 ml de soro fisiológico.
- Aplicar 0,5 a 1,0 ml da solução preparada.

OBSERVAÇÕES:

1. O scalp heparinizado deve ser trocado quando surgirem sinais de flebite ou infiltração como: edema, dor vermelhidão no local.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

2. A heparina diluída, guardada no refrigerador a 4° C, pode ser utilizada até 72 horas após seu preparo.
3. Certos serviços hospitalares utilizam a heparina que vem diluída da farmácia, pronta para uso.
4. Recomenda-se trocar a solução heparinizada contida no interior do cateter, a cada 8 horas, caso não haja administração de medicamento neste período.
5. Para manter o cateter desobstruído, a tendência é empregar somente solução salina isotônica.

CÁLCULO PARA GOTEJAMENTO DE SOLUÇÕES EV

Para calcular o ritmo do fluxo das soluções a serem administradas num determinado período de tempo, deve-se considerar o tipo de equipo, a quantidade e o número de horas estabelecidas. Existem equipos padrão que permitem o gotejamento de 20 gotas por ml e equipos de microgotas a 60 gotas por ml. Para administrar a solução de 500 ml em 8 horas, utilizando equipo padrão efetuaremos o seguinte cálculo:

$$1^{\circ}) \begin{array}{l} 1\text{ML} = 20 \text{ gotas} \\ 500 \text{ ML} = X = 10.000 \text{ gotas} \end{array}$$

$$2^{\circ}) \begin{array}{l} 1 \text{ hora} = 60 \text{ minutos} \\ 8 \text{ horas} = X = 480 \text{ minutos} \end{array}$$

$$3^{\circ}) \begin{array}{l} 10.000 \text{ gotas} \\ 480 \text{ minutos} = 20,8 = 21,0 \text{ gotas por minuto} \end{array}$$

CATETERES VENOSOS:

Recomenda-se a utilização de cateteres venosos, de curta ou longa permanência, em situação de uso constante da rede venosa para administração de medicamentos. O cateter de curta permanência mais comum é o Intracath. Dentre os longa permanência, existem os totalmente implantados (Portacath) e os parcialmente implantados: Broviac e Hickman.

Os cuidados variam conforme o tipo de cateter. Geralmente é recomendado;

1. Manter o cateter sob infusão contínua (preferencialmente) ou heparinizado.
2. Fazer diariamente curativo no local de implantação do cateter, observando as condições locais.
3. Controlar o tempo de permanência do cateter.
4. Observar possíveis complicações, como febre ou outros sintomas sugestivos de infecção
5. Efetuar controle de infecção através dos exames laboratoriais de rotina.

CUIDADOS COM PACIENTES GRAVES E AGONIZANTES

Estado grave é aquele em que o paciente apresenta seu equilíbrio orgânico bastante alterado, em consequência de traumas, acidentes ou enfermidade.

Nem sempre o indivíduo em estado grave irá morrer, mas sempre requer maior atenção no plano físico, psicológico e religioso.

1. Assistência física.

- Mantê-lo só sempre que possível ou colocar biombo em volta do leito, se for quarto coletivo.
- Manter o paciente higienizado e em posição adequada.
- Em caso de agitação, fazer contenção ou colocar grades no leito.
- Zelar pelo ambiente: penumbra, livre de maus odores, arejado e silencioso.
- Retirar próteses dentárias a fim de prevenir acidentes.
- Controlar sinais vitais, oxigênio, sondas, e drenagens.
- Administrar a medicação prescrita ou de emergência.
- Fazer mudança de decúbito cada 2 horas e demais cuidados preventivos de escaras.
- Colocar compressas úmidas sobre as pálpebras, prevenindo queratinização da córnea em pacientes comatosos.

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Umedecer lábios e língua com algodão embebido em água bicarbonatada e fazer higiene oral, com freqüência.
- Em caso de urgência providenciar imediatamente assistência médica.
- Notificar o setor de informações, o serviço social e/ou família.
- Falar em tom de voz normal, palavras nítidas e bem pronunciadas, lembrando que a audição é o último sentido a desaparecer e que os cochichos provocam ansiedade no paciente.
- Evitar tudo que possa ocasionar-lhe desconforto.
- Observar e anotar qualquer anormalidade.

2. Assistência psicológica e religiosa.

b) Paciente consciente:

- Conversar com ele em termos da verdade, usando tática especial para que aceite a morte (situação muito difícil, principalmente tratando-se de paciente com certa cultura, que percebe a evolução da doença).
- Dar-lhe toda assistência: transmitir seus recados, escrever suas cartas, procurando tranquilizá-lo.

c) Paciente inconsciente:

- Não deixar pessoas da família chorar perto do paciente ou tecer comentários a respeito do seu estado.
- Falar-lhe frases curtas, palavras bem pronunciadas, junto à orelha para que não tenha a sensação de isolamento e solidão.
- Providenciar assistência religiosa, segundo sua crença.

3. Assistência à família.

- Prestar esclarecimento sobre o estado do paciente.
- Orientá-la sobre a conduta ideal, preparando-a psicologicamente.
- Permitir que permaneça o máximo possível junto ao paciente.

CUIDADOS COM O CORPO APÓS A MORTE.

Após a constatação do óbito, que deve ser feita pelo médico, a enfermagem deve colocar o corpo falecido em posição horizontal e começar o procedimento para preparar o corpo, antes que ocorra a rigidez.

FINALIDADES:

1. Deixar o corpo limpo e asseado.
2. Colocar em boa posição.
3. Evitar a saída de gases, mau odor, sangue e excreções.

MATERIAL:

Bandeja contendo:

- 1 bacia com água.
- 2 etiquetas de identificação com os dados do falecido.
- 1 cuba rim com pinça anatômica.
- Esparadrapo.
- Ataduras.
- Luva de banho.
- Luvas de procedimento.
- Algodão.
- Saco plástico para resíduos.
- Tesoura.
- Material para curativo.

Acrescentar:

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

- Avental de isolamento.
- 2 lençóis.
- Hamper.

Acessórios:

- Biombo, se necessário.

MÉTODO:

1. Cercar o leito com o biombo.
2. Colocar o avental de isolamento, e calçar a luvas.
3. Retirar todos os travesseiros, deixando o cadáver em posição plana.
4. Trazer o material, colocando a bandeja na mesa-de-cabeceira.
5. Retirar sondas, drenos, cateteres e trocar os curativos, fixando-os bem.
6. Soltar a roupa de cama.
7. Retirar-lhe a roupa do corpo, colocando-a no hamper.
8. Lavar o corpo, mantendo-o coberto com lençol.
9. Tamponar orelha e orofaringe (boca e faringe).
 - Na orelha introduzir o algodão o mais profundamente possível;
 - Para a região orofaríngea, tracionar a língua para frente. Com a pinça, introduzir o algodão de modo a bloquear a orofaringe.
10. Tamponar a vagina e o ânus, introduzindo algodão e, extremamente, colocar absorvente ou algodão para coletar urina ou fezes.
11. Colocar a etiqueta de esparadrapo no peito do morto.
12. Vestir a roupa a ser usada para o sepultamento.
13. Enfaixar o queixo, pés e mãos, usando ataduras ou fitas.
14. Virar o corpo em decúbito lateral e estender o lençol sobre o colchão.
15. Envolver o corpo com o lençol.
16. Colocar a etiqueta de cartão presa com alfinete de segurança no lençol, á altura do peito.
17. Colocar o corpo sobre a marca e transportá-lo para o necrotério, morgue ou capela mortuária.
18. Providenciar a limpeza, e a ordem do material.
19. Tirar o avental, as luvas e lavar as mãos.
20. Anotar no prontuário “óbito”, horário e demais informações.

OBSERVAÇÕES:

1. Zelar para que a família seja imediatamente avisada. Dar apoio emocional e orientações para o funeral, se necessário.
2. Se o paciente tiver prótese dentária, colocá-la imediatamente após a morte.
3. Fechar os olhos do morto, fazendo compressão nas pálpebras ou colocando compressas de gaze embebida em água fria, gelada ou éter.
4. Se houver curativo, substituir por curativo limpo.
5. O tamponamento só pode ser efetuado após a assinatura do atestado de óbito.
6. Nas etiquetas devem constar: nome, leito, clínica, data e hora do falecimento.
7. Entregar à família ou pessoa responsável, os objetos de uso pessoal e os valores pertencentes ao falecido.
8. O corpo permanecerá no necrotério, até ser feita a autópsia ou enterro.

No caso de portador de doença transmissível – HIV e outras

1. Usar avental, luvas e máscara.
2. Manipular o corpo o mínimo possível.
3. Envolver o corpo em lençol e plástico (para o transporte), colocando rótulo “ Risco potencial de comunicação “.
4. A urna deverá permanecer fechada durante o velório.

BALANÇO HÍDRICO

Circuito Escola

R. Frei Gaspar nº 2450 CEP 11340-000
São Vicente - São Paulo
Telefone (13) 3466-1000

DEFINIÇÃO:

É o resultado da mensuração da quantidade de líquidos ingerida, infundida e eliminada pelo paciente com o objetivo de identificar a retenção e ou perda excessiva de água.

- Líquidos ingeridos = via oral, via nasogástrica/ enteral.
- Líquidos infundidos = soros, transfusão, medicações, solução parenteral.
- Líquidos eliminados = vômitos, diurese, drenagens em geral, sangramentos, diarréias.

MATERIAL:

- Um par de luvas de procedimento
- Um cálice graduado.

PROCEDIMENTO:

- Início
- Mensurar e anotar no impresso próprio os líquidos ingeridos e ou infundidos e os eliminados, fechando as somas a cada hora em UTI e a cada 24 horas fora da UTI.
- FIM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

- Peso diário.
- Observar presença de edema.
- Auscultar pulmonar.
- Técnicas de precauções padrão para manipulação de material biológico.
- Pesar fraldas, toalhas, lençóis que contenham excretas.